|  |
| --- |
| **Дисгормональные заболевания и рак молочной железы** |
| Ситуационная задача №1Больной 58 лет. Обратилась к онкологу в связи с тем, что за последние шесть месяцев правая молочная железа уменьшилась в размере, стала плотной как "камень". Четыре месяца назад появились резкие боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника. Анамнез: три месяца назад больная обратилась к неврологу по поводу этих болей в позвоночнике. Была проведена противовоспалительная терапия и физиолечение. Боли не только не уменьшились, но и стали постоянными.**Вопрос 1:** Предварительный диагноз?**Вопрос 2:** План обследования?**Вопрос 3:** Какая клиническая форма рака молочной железы?**Вопрос 4:** Выпишите рецепт на нестероидный противовоспалительный препарат (таблетки кетонала)?**Вопрос 5:** Какие ошибки допустил невролог?**Ответ 1:** Предварительный диагноз – Рак молочной железы, МКБ С50.**Ответ 2:** Сбор анамнеза, осмотр и проведение пальпации молочных желёз пациента.Назначение анализов: Общий анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы, тромбоцитов. Биохимический анализ крови для определения функции почек, печени, уровня кальция и щелочной фосфатазы.Инструментальные исследования: Билатеральная маммография, УЗИ молочных желез и регионарных зон, МРТ молочных желез, R-графию органов грудной клетки; КТМРТ органов грудной клетки, брюшной полости и малого таза. Биопсия опухоли с патоморфологическим исследованием опухолевой ткани, определение в опухолевой ткани рецепторов эстрогенов (РЭ) и прогестерона (РП), HER2 и Ki67.**Ответ 3:** Панцирная клиническая форма рака молочной железы.**Ответ 4:** Rp.: Tabl."Ketonal" 0,1 №10D.S.: Внутрь, по 1 таблетке 1 раз в сутки, после еды**Ответ 5:** Невролог не учёл данные анамнеза, не был задействован онколог (не привлечен к консультации). |
| Ситуационная задача №2Больной 25 лет. Обратилась к хирургу с жалобами на болезненность обеих молочных желез, усиливающуюся перед менструацией, чувство полноты и распирания в молочных железах. Анамнез: несколько лет назад больная переболела вирусным гепатитом В, диету соблюдает, однако злоупотребляет крепким кофе. Менструации с 13 лет, регулярные, замужем, 1 беременность, 1 роды. Пальпаторно в верхне-наружных квадрантах молочных желез больше справа определяются диффузные уплотнения и тяжистость тканей.**Вопрос 1:** Предполагаемый диагноз?**Вопрос 2:** При каком заболевании у мужчин могут нагрубать грудные железы и выделяться молозиво?**Вопрос 3:** Какие факторы усиливают клинические проявления данного заболевания в этом случае?**Вопрос 4:** Выпишите рецепт на препарат адеметионин для улучшения функции печени?**Вопрос 5:** К какой диспансерной группе относится пациентка?**Ответ 1:** Предварительный диагноз – Двусторонняя мастоплазия.**Ответ 2:** При заболевании – Гинекомастия.**Ответ 3:** Наличие в анамнезе заболевания Гепатит В и чрезмерного употребления крепкого кофе.**Ответ 4:** Rp.: Tabl. Ademethionini 0,4 № 20D.S.: Перорально, по 1 таблетке 1 раз в день, до обеда**Ответ 5:** К III диспансерной группе. |
| Ситуационная задача №3У больной 20 лет в верхне-наружном квадранте молочной железы пальпируется опухоль размером 1,5x2,0 см, подвижная, плотная, с четкими контурами, безболезненная. Кожные симптомы отрицательные. Выделений из соска нет. Подмышечные лимфоузлы не уве­личены. Опухоль больная заметила месяц назад.**Вопрос 1**: Между какими заболеваниями Вы будете проводить дифференциальную диагности­ку?**Вопрос 2:** Каков алгоритм обследования?**Вопрос 3:** Наиболее вероятный диагноз?**Вопрос 4:** Консультация какого специалиста необходима?**Вопрос 5:** Какая операция предпочтительна в данной ситуации?**Ответ 1:** Между заболеваниями **–** Фиброаденома, рак молочной железы, узловая мастопатия.**Ответ 2:** Сбор анамнеза, осмотр и проведение пальпации молочных желёз пациента.Назначение анализов: Общий анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы, тромбоцитов. Биохимический анализ крови для определения функции почек, печени, уровня кальция и щелочной фосфатазы.Инструментальные исследования: Билатеральная маммография, УЗИ молочных желез и регионарных зон, МРТ молочных желез, R-графию органов грудной клетки; КТМРТ органов грудной клетки, брюшной полости и малого таза. Биопсия опухоли с патоморфологическим исследованием опухолевой ткани, определение в опухолевой ткани рецепторов эстрогенов (РЭ) и прогестерона (РП), HER2 и Ki67.**Ответ 3:** Наиболее вероятный диагноз – Фиброаденома.**Ответ 4:** Консультация Врача-онколога.**Ответ 5:** Секторальная резекция со скорым гистологическим исследованием. |

|  |
| --- |
| **Рак предстательной железы** |
| Ситуационная задача №1Пациент 68 лет, обратился к урологу с жалобами на затрудненное мочеиспускание, ранее принимал омник, финастерид. Из анамнеза выяснена сопутствующая патология: ИБС, постинфарктный кардиосклероз, стенокардия напряжения II ф.кл., СН IIА ст.; ХОБЛ; язвенная болезнь желудка с частыми обострениями. При осмотре: Поясничная область не изменена. Почки не пальпируются. Симптом XII ребра отрицателен с обеих сторон. Мочевой пузырь над лоном не определяется. Мочится 8-10 раз в сутки, мочеиспускание затруднено. Отеков нет. Perrectum: Тонус сфинктера сохранен. Ампула прямой кишки свободна. Простата симметрична, незначительно увеличена. В правой доле по периферии определяется плотный узел до 1 см в диаметре, безболезненный. Семенные пузырьки не пальпируются. Срединная бороздка сглажена. Наружные половые органы по мужскому типу. Яички в мошонке, не изменены. Шкала IPSS – 12 баллов. Произведена биопсия простаты, гистол. заключение ххх: мелкоацинарная аденокарцинома, индекс Глисона – 6, около 40% опухолевой ткани в положительных биоптатах. ПСА 8 нг/мл. ТРУЗИ простаты: объем – 40 см3, структура простаты неоднородная. В правой доле узел пониженной эхогенности 10х12х10 мм. Объем остаточной мочи – 25 мл.**Вопрос 1:** Диагноз?**Вопрос 2:** О чем говорит индекс Глиссона?**Вопрос 3:** Какие факторы могли повлиять на уровень ПСА у данного пациента?**Вопрос 4:** Какие дополнительные методы обследования необходимы для уточнения диагноза при появлении болей в костях?**Вопрос 5:** План лечения?**Ответ 1:** Диагноз: Рак предстательной железы.**Ответ 2:** Индекс/Шкала/Сумма Глисона – это классификация указывающая на зависимость вероятности распространения опухоли от гистологических особенностей опухоли. У пациента индекс Глисона равен 6, что указывает на на высокодифференцированный рак с вероятностью распространения 25%.**Ответ 3:** Наличие рака предстательной железы.**Ответ 4:** Дополнительные методы обследования необходимые для уточнения диагноза при появлении болей в костях – Сцинтиграфия костей.**Ответ 5:** У пациента коморбидное состояние, тяжелая сопутствующая патология. Риск прогрессирования опухоли низкий, наиболее оптимальной тактикой при выборе лечения данного пациенты будет являться выжидательная тактика, ежегодное проведение ПРИ, ПСА, периодическая биопсия. |

|  |
| --- |
| **Колоректальный рак** |
| Ситуационная задача №1Больной С., 59 лет обратился в поликлинику по месту жительства с жалобами на общую слабость и мелькание «мушек» перед глазами. Слабость нарастала в течение последнего месяца. Явной примеси крови в стуле не замечал. Родственники больной обратили внимание на бледность кожных покровов. По общему анализу крови - гемоглобин 55 г/л. Живот с развитой жировой клетчаткой, мягкий, слегка болезненный в правом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. При фиброколоноскопии в печеночном углу ободочной кишки экзофитная опухоль с язвенным дефектом до 5,5 см в диаметре, на одну треть перекрывающая просвет кишки, взята биопсия - аденокарцинома.**Вопрос 1:** Укажите клиническую форму рака ободочной кишки?**Вопрос 2:** Какой предраковый процесс чаще предшествует раку ободочной кишки?**Вопрос 3:** Назовите самый информативный скрининг-тест на скрытую кровь при колоректальном раке?**Вопрос 4:** Объем оперативного лечения?**Вопрос 5:** Назовите наиболее распространенные схемы химиотерапии колоректального рака?**Ответ 1:** Клиническая форма рака ободочной кишки: Токсико-анемическая.**Ответ 2:** Семейный аденоматозный полипоз (САП).**Ответ 3:** Гемокульт-тест и иммунохимический тест определения скрытой крови IFOBT (FIT).**Ответ 4:** Резекция ободочной кишки.**Ответ 5:** Цель химиотерапии – замедление деления клеток и распространения опухоли, уменьшение её размеров. Химиотерапия имеет системное воздействие.Основой химиотерапии колоректального рака является лечение препаратами, называемыми фторпиримидинами , которые принимаются отдельно (монотерапия) или в сочетании с другими препаратами (комбинированная терапия). Используются такие фторпиримидины, как 5-фторурацил (5-FU), который вводится внутривенно , и капецитабин или тегафур-урацил (UFT), который принимается перорально. Фторпиримидины обычно сочетаются с лейковорином (LV), также известным как фолиновая кислота, препаратом, который повышает эффективность действия фторпиримидина . Обычно 5-FU принимается вместе с LV, что сокращенно обозначается 5-FU/LV.  |

|  |
| --- |
| **Рак кожи, меланома** |
| Ситуационная задача №1В больницу обратился мужчина 30 лет. Неделю назад во время бритья он поранил крупную родинку, она увеличилась в размере, потемнела, появился зуд. При осмотре на левой щеке обнаружен невус в диаметре 0,7 см, неправильной формы, темно коричневого цвета с венчиком гиперемии.**Вопрос 1:** Диагноз?**Вопрос 2:** Способ гистологической диагностики пигментной опухоли?**Вопрос 3:** Тактика при доброкачественном характере пигментного образования?**Вопрос 4:** Выписать рецепт на антисептик для наружного применения (этиловый спирт) при перевязках после операции?**Вопрос 5:** Вариант профилактики у данного больного?**Ответ 1:** Диагноз **–** приобретенный невоклеточный невус**Ответ 2:** Определение максимальной толщины опухоли в мм по Бреслоу, определение уровня инвазии по Кларку, указание о наличии или отсутствии изъязвления, определение митотического индекса.**Ответ 3:**Если образование доброкачественное, то дальнейшего обследования не требуется.**Ответ 4:** Rp.: Sol.Spiritusaethylici 70% - 100,0 D.t.d. № 1 inflacS. В качестве антисептика при перевязках**Ответ 5:** Защита от инсоляции, отказ от вредных привычек. |
| Ситуационная задача №2У больного 55 лет по наружной поверхности средней трети правого бедра появилось образование с широким основанием по типу грибовидного нароста диаметром 4,0 см, которое за прошедший месяц увеличилось в 2 раза. В паховой области пальпаторно определяются плотные, не спаянные с кожей, безболезненные лимфатические узлы диаметром 1,5 см.**Вопрос 1:** Диагноз?**Вопрос 2:** Клиническая форма и гистологический вариант опухоли?**Вопрос 3:** Методы морфологической верификации первичного очага и лимфогенных метастазов?**Вопрос 4:** Выпишите рецепт на кожный антисептик (хлоргексидин) для обработки операционного поля?**Вопрос 5:** Объем операции у данного пациента?**Ответ 1:** Диагноз – Плоскоклеточный рак.**Ответ 2:** Клиническая форма и гистологический вариант опухоли – Экзофитнаяновообразование**.****Ответ 3:** На первом этапе эксцизионная биопсия подозрительного образования на всю толщину кожи (не плоскостная резекция) с отступом не более 5 мм (оптимально 1-3 мм).Поиск метастазов: КТ/ рентгенография органов грудной клетки, КТ/ МРТ/ УЗИ органов брюшной полости и малого таза, УЗИ регионарных лимфоузлов.**Ответ 4:** Rp.: Sol. СhlorhexidiniSpirituosae 0,5% - 500 mlD.S. Для обработки операционного поля**Ответ 5:** Эксцизионная биопсия подозрительного образования на всю толщину кожи.Возможно выполнение биопсии метастазов под контролем лучевых методов, имеет влияние на тактику лечения. |

|  |
| --- |
| **Рак шейки матки** |
| Ситуационная задача №1Больная Р., 42 лет бригадой скорой медицинской помощи доставлена с умеренными кровянистыми выделениями из влагалища, которые возникли после обычного полового сношения. В течение 10 лет нерегулярно наблюдалась у гинеколога по месту жительства по поводу эрозии шейки матки. После санации влагалища при осмотре гинекологом в зеркалах на шейке матки визуализируется опухолевая язва с неровными краями, кровоточащей поверхностью диаметром более 4,0 см с переходом на верхнюю треть влагалища. При пальпации опухоль не переходит на стенки таза, но имеется инфильтрация, распространяющаяся на параметрий справа. При обследовании живот умеренно болезненный в нижних отделах больше справа, симптомов раздражения брюшины нет.**Вопрос 1:** Какую стадию рака шейки матки по FIGO можно предварительно поставить пациентке без дополнительного обследования в случае морфологической верификации процесса?**Вопрос 2:** Укажите наиболее информативный метод оценки глубины инвазии и перехода опухоли на параметрий и смежные органы?**Вопрос 3:** К какой группе заболеваний нужно отнести эрозию шейки матки?**Вопрос 4:** Назовите стандарт цервикального скрининга шейки матки на поликлиническом уровне?**Вопрос 5:** Какие варианты комбинированного лечения возможны в данном случае при подтверждении распространения опухоли на параметрий?**Ответ 1:** Стадия по FIGO– IIb.**Ответ 2:** наиболее информативным методом будет МРТ органов малого таза с внутривенным контрастированием.**Ответ 3:** Можно отнести к фоновым процессам (которые составляют 80-85% патологических изменений на шейке матки).**Ответ 4:** Мазок для цитологического исследования следует брать с поверхности экзоцервикса, с помощью шпателя из эндоцервикса — с помощью щетки эндобранша. Допустимо два образца (с экзоцервикса и эндоцервикса) наносить на одно стекло. Материал тонким слоем наносят на специально обработанное обезжиренное стекло с последующей фиксацией. Для классификации как «удовлетворительный» образец должен содержать как минимум 8000 —12 000 хорошо визуализируемых плоских клеток в традиционном мазке и 5000 плоских клеток в жидкостном образце.**Ответ 5:** Расширенная экстирпация матки и химиотерапия. |