|  |
| --- |
| **Дисгормональные заболевания и рак молочной железы** |
| Ситуационная задача №1 Больной 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 №10  D.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 №2 Больной 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 № 20  D.S.: Перорально, по 1 таблетке 1 раз в день, до обеда  **Ответ 5:** К III диспансерной группе. |
| Ситуационная задача №3 У 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 №1 Пациент 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 №1 Больной 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 №1 В 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 inflac  S. В качестве антисептика при перевязках  **Ответ 5:** Защита от инсоляции, отказ от вредных привычек. |
| Ситуационная задача №2  У 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 ml  D.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 №1  Больная 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. |