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: Рак молочной железы IV стадии.

Ответ 2: Маммография, ФЛГ, УЗИ органов брюшной полости, сцинтиграфия костей скелета,

трепанбиопсия молочной железы.

Ответ 3: Диффузный рак молочной железы (панцирная форма).

Ответ 4: Rp: Tabl. Ketonali 0,01 N.20 D.S. Внутрь 1 таблетке 2 раз в сутки

Ответ 5: Длительное наблюдение и консервативное лечение.

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?

1.Диффузная мастопатия.

2.Гинекомастия.

3.Хронический вирусный гепатит В, злоупотребление кофе.

4.Rp.: Tabl. Ademetionini 0,4 N.10

D.S. Внутрь по 1 таблетке 2 раза в день.

5.IIIа диспансерная группа.

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?

1.Фиброаденома; узловая мастопатия; липома; рак молочной железы; болезнь Минца

(внутрипротоковая папиллома); киста

2.Сбор анамнеза; осмотр; пальпация; УЗИ молочной железы; пункционная биопсия;

консультация гинеколога

3.Фиброаденома молочной железы

4.Маммолога, гинеколога. Онколога

5.Секторальная резекция молочной железы.

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. Per rectum: 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: Рак предстательной T2аN0M0.

Ответ 2: О степени дифференцировки и вероятности распространения опухоли.

Ответ 3: Прием финастерида. У пациентов, длительно принимающих ингибиторы 5-

альфаредуктазы, ПСА снижается.

Ответ 4: Остеосцинтиграфия, ПЭТ-КТ.

Ответ 5: Наиболее целесообразным является проведение пациенту лучевой терапии

(брахитерапии) с полной андрогенной блокадой.

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.

Укажите клиническую форму рака ободочной кишки?

Какой предраковый процесс чаще предшествует раку ободочной кишки?

Назовите самый информативный скрининг-тест на скрытую кровь при колоректальном раке?

Объем оперативного лечения?

Назовите наиболее распространенные схемы химиотерапии колоректального рака?

1) токсико-анемическая форма

2)Аденоматозные полипы, ворсиначатые опухоли, семейные полипозы

3)Иммунохимический тест определения скрытой крови IFOBT (FIT)

4)правосторонняя гемиколэктомия

5)Болюсное введение 5-FU + лейковорин еженедельно в течение 6 недель, 2 недели

перерыв => 3 цикла каждые 8 недель

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?

1. Меланома кожи щеки.

2. Инцизионная биопсия противопоказана, возможен мазок-отпечаток с поверхности опухоли.

3. Выполнить соскоб с цитологическим исследованием, при подтверждении меланомы – широкое

иссечение опухоли с пластикой перемещенным кожным лоскутом + паротидэктомия +

фасциально-футлярная лимфаденэктомия.

4. Система мер по предупреждению и раннему выявлению прогрессирования заболевания

(рецидивов, регионального и отдаленного метастазирования).

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?

1)Опухолевая фаза грибовидного микоза

2) лимфопролеферативное заболевание

3)гистологическое исследование, цитология, определение степень дифференцировки

клеточного состава, гистоархитектоника

4)Rp.: Chlorhexidine bigluconati 0,05%-400,0 ml.

D.S. Промывать рану.

5) удаление опухоли, удаление и ревизия регионарных лимфоузлов

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.

Какую стадию рака шейки матки по FIGO можно предварительно поставить пациентке без дополнительного обследования в случае морфологической верификации процесса?

Укажите наиболее информативный метод оценки глубины инвазии и перехода опухоли на параметрий и смежные органы?

К какой группе заболеваний нужно отнести эрозию шейки матки?

Назовите стандарт цервикального скрининга шейки матки на поликлиническом уровне?

Какие варианты комбинированного лечения возможны в данном случае при подтверждении распространения опухоли на параметрий?

1)T2b

2)кт обследование, интраоперационный

3) фоновый процесс

4) популяционный анализ мазков шейки матки

5)операция Вартгейма, постлучевая терапия, химиотерапия