Ситуационная задача

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?

 1. Рак молочной железы IV стадии (Любая N, любая Т, М1)

2. План обследования: сбор жалоб и анамнеза, пальпация молочных желез и лимфоузлов.

Общий анализ крови развернутый и анализ крови биохимический , включая показатели функции печени (билирубин, АЛТ, АСТ, ЩФ), исследование свертывающей системы крови (коагулограмма), общий  анализ мочи для оценки функции внутренних органов.

Инструментальные: билатеральная маммография, ФЛГ, УЗИ органов брюшной полости, малого таза. Выполнить КТ или МРТ органов брюшной полости с внутривенным контрастированием в том случае, если результаты УЗИ органов брюшной полости неоднозначны или мало информативны. Сцинтиграфия костей скелета, трепанбиопсия молочной железы.

3. Панцирная форма.

4. 

Rp: Tabl. Ketonali 0,01 N.20

D.S. Внутрь 1 таблетке 2 раз в сутки

5. Не собран анамнез, не проведен осмотр, не было назначено доп.обследование, не проведена диф.диагностика, назначено неверное лечение.

Ситуационная задача

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. Вирусный гепатит В, злоупотребление крепким кофе.

4.

Rp. Tabl. Adenometianini 0,4 N. 20

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

5. Iа

Ситуационная задача

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. Рак молочной железы, мастопатия узловая, фиброаденома.

2. Сбор анамнеза, физикальный осмотр в объеме общего осмотра, пальпации, перкуссии и аускультации внутренних органов, пальпации молочных желез и зон регионарного метастазирования (подмышечных, над-, подключичных) с целью оценки общего состояния пациента и определения клинической стадии заболевания  Дополнительные обследования: общий анализ крови, мочи, развернутый анализ крови,  УЗИ молочной железы, МРТ молочных желез (т.к. возраст пациентки до 30 лет),  выполнить компьютерную томографию или МРТ органов брюшной полости с внутривенным контрастированием в том случае, если результаты УЗИ органов брюшной полости неоднозначны или мало информативны

3. Фиброаденома молочной железы

4. Гинеколога

5. Секторальная резекция молочной железы.

Ситуационная задача

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?

1. Рак предстательной T2а N0 M0

2. Используется для гистологической оценки дифференцировки рака простаты

3. Возраст, прием финастерида. ( Норма 60–69 лет - 0–4,5 нг/мл)

4. Остеосцинтиграфия. В сомнительных случаях по результатам остеосцинтиграфии рекомендовано проводить ПЭТ-КТ с 11С-холином, 18F-фторидом или МРТ всего тела, которые также позволяют диагностировать висцеральные метастазы.

5. Лучевая терапия низкомощностная брахитерапия.

Ситуационная задача

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.

1. Укажите клиническую форму рака ободочной кишки?
2. Какой предраковый процесс чаще предшествует раку ободочной кишки?
3. Назовите самый информативный скрининг-тест на скрытую кровь при колоректальном раке?
4. Объем оперативного лечения?
5. Назовите наиболее распространенные схемы химиотерапии колоректального рака?

1. Токсико-анемическая форма

2. Диффузный полипоз, аденоматозные полипы, ворсиначатые опухоли.

3. Иммунологический тест на скрытую кровь в кале (iFOBT)

4. Гемиколэктомия справа с резекцией печеночного угла ободочной кишки

5.

XELOX - Оксалиплатин в дозе 130 мг/м2 в 1-й день, капецитабин в дозе 2000 мг/м2 в сутки в 1–14-й или 1–15-й дни (в зависимости от времени начала терапии: если введение начинается в первой половине 1-го дня цикла, то длительность – 14 дней). Начало очередного курса – на 22-й день.

FLOX - Оксалиплатин в дозе 85 мг/м2 в течение 2 ч (1, 15 и 29-й дни каждого цикла) + кальция фолинат\*\* в дозе 20 мг/м2 в/в струйно с последующим болюсным введением фторурацила\*\* в дозе 500 мг/м2 еженедельно в течение 6 нед с последующим 2-недельным перерывом.

Ситуационная задача

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. Пигментный невус кожи щеки, механическая травма.

2. Эксцизионная биопсия с гистологическим исследованием под местной анестезией.

3. Полное иссечение опухоли.

4. Rp.: Sol. Ethanoli 95%-100 ml N.1

D.S. Применять наружно с помощью полуспиртовых повязок.

5. Вторичная профилактика заключается в снижении риска травматизации невусов.

Ситуационная задача

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. Рак кожи. Опухолевая фаза грибовидного микоза.

2. Лимфопролеферативное заболевание.

3. Гистологическое исследование опухоли и пункцию лимфатического узла с цитологическим исследованием.

4. Rp.: Sol. Chlorhexidini Bigluconati 0.05% - 200 ml

D.S. обрабатывать операционное поле 2 раза с интервалом 2 мин 6 раз в день

5. Широкое иссечение опухоли кожи бедра с пластикой свободным кожным лоскутом.

Ситуационная задача

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.

1. Какую стадию рака шейки матки по FIGO можно предварительно поставить пациентке без дополнительного обследования в случае морфологической верификации процесса?
2. Укажите наиболее информативный метод оценки глубины инвазии и перехода опухоли на параметрий и смежные органы?
3. К какой группе заболеваний нужно отнести эрозию шейки матки?
4. Назовите стандарт цервикального скрининга шейки матки на поликлиническом уровне?
5. Какие варианты комбинированного лечения возможны в данном случае при подтверждении распространения опухоли на параметрий?

1.T2b (с вовлечением параметрия). Стадия по FIGO 2b.  
2. Рекомендуется выполнить МРТ малого таза с внутривенным контрастированием. При невозможности выполнить КТ. МРТ информативнее КТ при оценке глубины инвазии и перехода опухоли на параметрий и смежные органы.  
3. Фоновый процесс.  
4. Цитологический метод  
5. Операция Вартгейма, постлучевая терапия, химиотерапия.