

**ДИСЦИПЛИНА «ОНКОЛОГИЯ, ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ»
СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 31.05.01 «ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО»**

Примерные ситуационные задачи для самостоятельной работы студента и подготовки к промежуточной аттестации (в форме зачета):

ОСЕННИЙ СЕМЕСТР

Рак прямой кишки.

Задача №1

Больной И. 65 лет, шофер. Жалобы на боли при дефекации, на периодически появляющиеся прожилки крови в кале. Похудел за последние 3 месяца на 5 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, живот мягкий, безболезненный, дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Perrectum: на высоте пальца плотное образование, до 3 см в диаметре. Ирригоскопия: в верхней и средней трети прямой кишки по правой стенке имеется дефект наполнения, деформирующий контуры кишки и суживающий ее просвет. Ректороманоскопия: на правой стенке кишки экзофитное разрастание в средней и верхней трети, до 4 см в диаметре. Биопсия.

Предварительный диагноз. Какое заключение гистологов вы ожидаете? Какие органы могут поражаться при данном заболевании? Назначьте обследование. Каков объем лечения?

Задача №2

Больная К. 65 лет, страдает геморроем 20 лет. В прошлом работник химкомбината в течении 45 лет. Жалобы на запоры, боли в прямой кишке, лентовидный стул. За последние 3 месяца похудела на 8 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, живот мягкий, безболезненный, дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Perrectum: невоспаленный геморрой. Ирригоскопия: ампула прямой кишки уменьшена в объеме, деформирована за счет инфильтрации. Ректороманоскопия: слизистая инфильтративно изменена, ригидна в нижней и средней трети. Биопсия.

Предварительный диагноз. Какое заключение гистологов вы ожидаете? Какие органы могут поражаться при данном заболевании? Назначьте обследование. Каков объем лечения?

Задача №3

Больная Х., 65 лет. Жалобы на боли в области прямой кишки, выделение слизи, крови при акте дефекации. В анамнезе: хронический проктит. При обследовании установлен диагноз: рак прямой кишки. Отдаленных метастазов не выявлено. Поскольку опухоль локализована в нижеампулярном отделе, принято решение о проведении комбинированного лечения: лучевая терапия + операция в объеме брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки.

Какие методы лучевой терапии используются при облучении?

Каковы основные принципы реабилитации больного с колостомой (что должен знать больной, чтобы научиться управлять колостомой)?

Задача №4

Больная У., 62 лет. Жалобы на боли в области прямой кишки, выделение слизи, крови при акте дефекации. В анамнезе: хронический проктит. При обследовании установлен диагноз: рак прямой кишки. Отдаленных метастазов не выявлено. Поскольку опухоль локализована в нижеампулярном отделе, принято решение о проведении

комбинированного лечения: лучевая терапия + операция в объеме брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки.

Какие методы лучевой терапии используются при облучении?

Каковы основные принципы реабилитации больного с колостомой (что должен знать больной, чтобы научиться управлять колостомой)?

Задача №5

Больная О. 55 лет, страдает геморроем 30 лет. В прошлом работник химкомбината. Жалобы на примеси крови в кале, боли в прямой кишке, лентовидный стул. За последние 3 месяца похудела на 8 кг. Объективно: увеличены паховые лимфоузлы, плотные, безболезненные, несмещающиеся, живот мягкий, безболезненный, дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Perrectum: на высоте пальца узловых образований нет, стенка кишки ригидна. Ирригоскопия: ампула прямой кишки уменьшена в объеме, деформирована за счет инфильтрации. Ректороманоскопия: слизистая инфильтративно изменена, бледная, ригидна в нижней и средней трети. Биопсия.

Предварительный диагноз. Какое заключение гистологов вы ожидаете? Какие органы могут поражаться при данном заболевании? Назначьте обследование. Каков объем лечения?

Задача №6

Больной О. 55 лет, учитель, страдает геморроем 20 лет. Жалобы на примеси крови в кале, боли в прямой кишке, лентовидный стул. За последние 3 месяца похудел на 8 кг. Объективно: увеличены паховые лимфоузлы, плотные, безболезненные, несмещающиеся, живот мягкий, безболезненный, дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Perrectum: на высоте пальца узловых образований нет, стенка кишки ригидна. Ирригоскопия: ампула прямой кишки уменьшена в объеме, деформирована за счет инфильтрации. Ректороманоскопия: слизистая инфильтративно изменена, бледная, ригидна в нижней и средней трети. Биопсия. Гистологическое заключение: низкодифференцированная аденокарцинома.

Предварительный диагноз. Какие органы могут поражаться при данном заболевании? Назначьте обследование. Каков объем лечения? Каков прогноз и чем он определяется?

Задача №7

Больной Ф. 45 лет, мать и дедушка страдали полипозом толстой кишки. Из анамнеза: полипоз прямой кишки. Жалобы на боли при дефекации, на периодически появляющиеся прожилки крови в кале. Похудел за последние 3 месяца на 5 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, живот мягкий, безболезненный, дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Perrectum: на высоте пальца плотное образование, до 3 см в диаметре. Ирригоскопия: в верхней и средней трети прямой кишки по правой стенке имеется дефект наполнения, деформирующий контуры кишки и суживающий ее просвет. Ректороманоскопия: на правой стенке кишки экзофитное разрастание в средней и верхней трети, до 4 см в диаметре. Биопсия.

Предварительный диагноз. Какое заключение гистологов вы ожидаете? Чем обусловлено раннее развитие болезни? Консультацию какого специалиста следует назначить? Какие органы могут поражаться при данном заболевании? Назначьте обследование. Каков объем лечения?

Задача №8

Больной Е. 62 лет. Жалобы на периодически появляющиеся прожилки крови в кале. Похудел за последние 2 месяца на 5 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, живот мягкий, безболезненный, дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Perrectum: на высоте пальца плотное образование, до 3,5 см в диаметре.

Ирригоскопия: в верхней и средней трети прямой кишки по правой стенке имеется дефект наполнения, деформирующий контуры кишки и суживающий ее просвет. Ректороманоскопия: на правой стенке кишки экзофитное разрастание в средней и верхней трети, до 4 см в диаметре. Биопсия.

Предварительный диагноз. Какое заключение гистологов вы ожидаете? Какие органы могут поражаться при данном заболевании? Назначьте обследование. Каков объем лечения?

Задача №9

Больной К. 63 лет. Жалобы на периодически появляющиеся прожилки крови в кале, слизь. Похудел за последние 2 месяца на 5 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, живот мягкий, безболезненный, дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Perrectum: на высоте пальца плотное образование, до 4 см в диаметре. Ирригоскопия: в верхней и средней трети прямой кишки по правой стенке имеется дефект наполнения, деформирующий контуры кишки и суживающий ее просвет.

Предварительный диагноз. Какие методы исследования нужно использовать для верификации диагноза? Какой гистологический тип опухоли встречается чаще всего? Какие органы могут поражаться при данном заболевании? Назначьте обследование. Каков объем лечения?

Задача №10

Больная З. 67 лет. Жалобы на запоры, вздутие живота, боли. В анамнезе: семейный полипоз. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, живот мягкий, подвздут, болезненный в левой подвздошной области, дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Perrectum: на высоте пальца опухолевой патологии не определяется. Ирригоскопия: в ректосигмовидном отделе имеется сужение просвета за счет экзофитнорастущей опухоли, контуры кишки деформированы. По данным заключения гистологов опухоль высокодифференцированная.

Предварительный диагноз. Какие методы исследования нужно использовать для верификации диагноза? Какой гистологический тип опухоли встречается чаще всего? Какие органы могут поражаться при данном заболевании? Назначьте обследование. Каков объем лечения? Каков прогноз и что его определяет?

Задача №12

Больной И. 50 лет, шофер, страдает геморроем 20 лет. Жалобы примеси крови в кале, боли в прямой кишке, лентовидный стул. За последние 3 месяца похудел на 8 кг. Объективно: увеличены паховые лимфоузлы, плотные, безболезненные, несмещаемые, живот мягкий, безболезненный, дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Perrectum: на высоте пальца узловых образований нет, стенка кишки ригидна. Ирригоскопия: ампула прямой кишки уменьшена в объеме, деформирована за счет инфильтрации. Ректороманоскопия: слизистая инфильтративно изменена, бледная, ригидна в нижней и средней трети. Биопсия. Гистологическое заключение: низкодифференцированная аденокарцинома.

Предварительный диагноз. Какие органы могут поражаться при данном заболевании? Назначьте обследование. Каков объем лечения? Каков прогноз и чем он определяется?

Задача №10

Больной Ж. 68 лет. Жалобы на запоры, вздутие живота. В анамнезе: семейный полипоз. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, живот мягкий, подвздут, болезненный в левой подвздошной области, дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Perrectum: на высоте пальца опухолевой патологии не определяется. Ирригоскопия: в ректосигмовидном отделе имеется сужение просвета за счет

экзофитнорастающей опухоли, контуры кишки деформированы. По данным заключения гистологов опухоль высокодифференцированная.

Предварительный диагноз. Какие методы исследования нужно использовать для верификации диагноза? Какой гистологический тип опухоли встречается чаще всего? Какие органы могут поражаться при данном заболевании? Назначьте обследование. Каков объем лечения? Каков прогноз и что его определяет?

Задача №13

Больная К., 42 лет. Жалобы примеси крови в кале, боли в прямой кишке, лентовидный стул. За последние 3 месяца похудела на 8 кг. Объективно: увеличены паховые лимфоузлы, плотные, безболезненные, несмещающиеся, живот мягкий, безболезненный, дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Perrectum: на высоте пальца узловых образований нет, стенка кишки ригидна. Ирригоскопия: ампула прямой кишки уменьшена в объеме, деформирована за счет инфильтрации. Ректороманоскопия: слизистая инфильтративно изменена, бледная, ригидна в нижней и средней трети. Биопсия. Гистологическое заключение: низкодифференцированная аденокарцинома.

Предварительный диагноз. Какие органы могут поражаться при данном заболевании? Назначьте обследование. Каков объем лечения? Каков прогноз и чем он определяется?

Задача №14

Больная Л., 63 лет. Жалобы на выделение слизи, крови при акте дефекации. В анамнезе: хронический проктит. При обследовании установлен диагноз: рак прямой кишки. Отдаленных метастазов не выявлено. Поскольку опухоль локализована в нижеампулярном отделе, принято решение о проведении комбинированного лечения: лучевая терапия + операция в объеме брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки.

Какие методы лучевой терапии используются при облучении?

Каковы основные принципы реабилитации больного с колостомой (что должен знать больной, чтобы научиться управлять колостомой)?

Задача №15

Больная Д., 65 лет В анамнезе хронический проктит. Жалобы на боли при дефекации, на периодически появляющиеся прожилки крови в кале. Похудела за последние 3 месяца на 5 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, живот мягкий, безболезненный, дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Perrectum: на высоте пальца плотное образование, до 3 см в диаметре. Ирригоскопия: в верхней и средней трети прямой кишки по правой стенке имеется дефект наполнения, деформирующий контуры кишки и суживающий ее просвет. Ректороманоскопия: на правой стенке верхней трети кишки имеется экзофитное опухолевидное образование с изъязвлением в центре, до 4 см в диаметре. Биопсия.

Предварительный диагноз. Какое заключение гистологов вы ожидаете? Какие органы могут поражаться при данном заболевании? Назначьте обследование. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику? Каков объем лечения?

Задача №16

Больная И., 66 лет В анамнезе хронический проктит. Жалобы на периодически появляющиеся прожилки крови в кале. Похудела за последние 3 месяца на 5 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, живот мягкий, безболезненный, дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Perrectum: на высоте пальца плотное образование, до 3 см в диаметре. Ирригоскопия: в верхней и средней трети прямой кишки по правой стенке имеется дефект наполнения, деформирующий контуры кишки и суживающий ее просвет. Ректороманоскопия: на правой стенке верхней трети кишки

имеется экзофитное опухолевидное образование с изъязвлением в центре, до 4 см в диаметре. Биопсия.

Предварительный диагноз. Какое заключение гистологов вы ожидаете? Какие органы могут поражаться при данном заболевании? Назначьте обследование. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику? Каков объем лечения?

Задача №17

Больной И. 53 лет, шофер, страдает геморроем 30 лет. Жалобы примеси крови в кале, боли в прямой кишке. Объективно: увеличены паховые лимфоузлы, плотные, безболезненные, несмещающиеся, живот мягкий, безболезненный, дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Per rectum: на высоте пальца узловых образований нет, стенка кишки ригидна. Ирригоскопия: ампула прямой кишки уменьшена в объеме, деформирована за счет инфильтрации. Ректороманоскопия: слизистая инфильтративно изменена, бледная, ригидна в нижней и средней трети. Биопсия. Гистологическое заключение: низкодифференцированная аденокарцинома.

Предварительный диагноз. Какие органы могут поражаться при данном заболевании? Назначьте обследование. Каков объем лечения? Какие существуют противопоказания к лучевой терапии?

Задача №18

Больная С. 68 лет. Жалобы на запоры, вздутие живота, урчание. В анамнезе: семейный полипоз. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, живот мягкий, подвздут, болезненный в левой подвздошной области, дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Per rectum: на высоте пальца опухолевой патологии не определяется. Ирригоскопия: в ректосигмовидном отделе имеется сужение просвета за счет экзофитнорастущей опухоли, контуры кишки деформированы. По данным заключения гистологов опухоль высокодифференцированная.

Предварительный диагноз. Какие методы исследования нужно использовать для верификации диагноза? Какой гистологический тип опухоли встречается чаще всего? Какие органы могут поражаться при данном заболевании? Назначьте обследование. Каков объем лечения? Какие существуют противопоказания к лучевой терапии?

Задача №19

Больная С. 68 лет. Жалоб нет. В анамнезе: семейный полипоз. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, живот мягкий, подвздут, болезненный в левой подвздошной области, дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Per rectum: на высоте пальца опухолевой патологии не определяется. Ирригоскопия: в ректосигмовидном отделе имеется полиповидное образование, до 2 см в диаметре, контуры кишки не деформированы. По данным заключения гистологов: высокодифференцированная аденокарцинома.

Предварительный диагноз. Какие методы исследования нужно использовать для верификации диагноза? Какой гистологический тип опухоли встречается чаще всего? Какие органы могут поражаться при данном заболевании? Назначьте обследование. Каков объем лечения? Какие существуют противопоказания к лучевой терапии?

Задача №20

Больной А. 47 лет, мать и дедушка страдали полипозом толстой кишки. Из анамнеза: полипоз прямой кишки. Жалобы на боли при дефекации, на периодически появляющиеся прожилки крови в кале. Похудел за последние 3 месяца на 5 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, живот мягкий, безболезненный, дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Per rectum: на высоте пальца плотное образование, до 3 см в диаметре. Ирригоскопия: в верхней и средней трети прямой кишки

по правой стенке имеется дефект наполнения, деформирующий контуры кишки и суживающий ее просвет. Ректороманоскопия: на правой стенке кишки экзофитное разрастание в средней и верхней трети, до 4 см в диаметре. Биопсия.

Предварительный диагноз. Какое заключение гистологов вы ожидаете? Чем обусловлено раннее развитие болезни? Консультацию какого специалиста следует назначить? Какие органы могут поражаться при данном заболевании? Назначьте обследование. Каков объем лечения?

Рак печени.

Задача № 1.

Больной С., 60 лет. Жалобы на тупые боли в верхней половине живота, потерю аппетита, похудание, желтушности кожи. В анамнезе: хронический вирусный гепатит В, в течение 15 лет. Объективно: кожные покровы желтые, периферические лимфоузлы не увеличены, живот мягкий, увеличен в объеме, отмечается гепатомегалия. УЗИ, КТ брюшной полости: 4,5,6 сегменты печени занимает объемное образование размерами 4х5 см в диаметре с нечеткими границами, в воротах печени увеличенные лимфатические узлы, асцит до 10 литров. Онкомаркер: АФП 1200 нг\мл. Общий билирубин – 90 ммоль\л.

Вопросы:

1. Какой предположительный диагноз у данного больного?
2. Какое лечение на первом этапе необходимо провести данному больному?

Задача № 2.

Больной И., 56 лет. В течение 10-х лет болен хроническим вирусным гепатитом С. За последние 2 месяца появились жалобы на тянущие боли в правом подреберье, снижение аппетита, слабость. При МРТ брюшной полости с в\в контрастированием в правой доле печени, на фоне цирротических изменений определяется объемное бугристое образование до 7,0 см в диаметре, других проявлений опухолевого процесса при дополнительном обследовании не выявлено. Онкомаркер АФП – 500 нг\мл. Желтухи по клинικο-лабораторным данным нет. Данных за портальную гипертензию нет. Предположительный клинический диагноз: гепатоцеллюлярный рак правой доли печени.

Вопросы:

1. Какое диагностическое мероприятие следует выполнить пациенту для установки точного диагноза?
2. Определите дальнейшую лечебную тактику у данного пациента.

Задача №3

У больного П., 60 лет через 3 года после резекции печени по поводу гепатоцеллюлярного рака левой доли печени при контрольном обследовании в онкологической клинике выявлены: множественные очаги в печени от 1,0 до 2,5 см. Лимфоузлы ворот печени не увеличены. Желтухи и асцита нет. При рентгенографии ОГК - без очаговых изменений.

Вопросы:

1. Проявлением какого заболевания вероятнее всего являются очаги в печени и какой онкомаркер поможет установить правильный диагноз?
2. Какого дальнейшая тактика лечения у данного больного.

Задача №4

Больная К., 64 лет, в течение 40 лет проработала зоотехником на птицефабрике, обратилась к врачу с жалобами на слабость, тяжесть в правом подреберье, тошноту, вздутие живота, отсутствие аппетита. Вирусными гепатитами не болела. При ЭГДС – хронический гастрит. При колоноскопии – без патологии. При УЗИ печень увеличена,

печеночные протоки не расширены, 5 очагов в паренхиме печени определяются до 5,0 см. Имеется увеличенные в лимфоузлы печени до 1,2 см, другой патологии в брюшной полости не выявлено. Асцита нет.. Онкомаркеры в сыворотке крови повышены: РЭА 550 нг\мл, СА-19.9 – 2700 Ед\мл. АФП – в пределах нормы.

Вопросы:

1. Какой предположительный диагноз у больной?
2. Какая диагностическая и лечебная тактика?

Задача № 5

Больной Г., 62 лет. В течение 15 лет болен хроническим вирусным гепатитом С. Курит в течение 35 лет по 1 пачке сигарет в день. За последние 3 месяца появились жалобы на тяжесть в эпигастрии, снижение аппетита, слабость, похудел на 5 кг. При УЗИ брюшной полости в левой доле печени, на фоне цирротических изменений определяется объемное бугристое образование до 8,0 см в диаметре, других проявлений опухолевого процесса при дополнительном обследовании не выявлено. Онкомаркер АФП – 280 нг\мл. Желтухи, асцита и портальной гипертензии нет. При рентгенографии ОГК – без патологии. Предположительный клинический диагноз: гепатоцеллюлярный рак левой доли печени.

Вопросы:

1. Какие диагностические мероприятия следует выполнить пациенту для установки точного диагноза и уточнения распространенности опухолевого процесса?
2. Определите дальнейшую лечебную тактику у данного пациента.

Задача № 6.

У больного В., 55 лет через 2 года после правосторонней гемигепатэктомии по поводу гепатоцеллюлярного рака правой доли печени при контрольном обследовании в выявлены: 3 очага в печени от 1,0 до 3,0 см. Лимфоузлы ворот печени не увеличены. При цитологическом исследовании пунктата из очага печени) – рак, метастатический. Желтухи, асцита и портальной гипертензии нет. При рентгенографии ОГК – множественные очаги в легких от 0,5 до 1,5 см.

Вопросы:

1. Какие уточняющие диагностические мероприятия следует провести больному?
2. Какого дальнейшая тактика лечения у данного больного.

Задача № 7.

Больной А., 48 лет 2 года назад перенес в онкологическом диспансере резекцию сигмовидной кишки по поводу железистого рака T2N0M0. При настоящем обследовании в проекции 5 сегмента печени определяется солитарный опухолевый очаг, размером 5,0х3,0 см, при комплексном обследовании других проявлений опухолевого процесса нет. При цитологическом исследовании пунктата очага печени: рак, метастатический.

Вопросы:

1. Определение каких онкомаркеров может также помочь в диагностике данному пациенту?
2. Определите лечебную тактику.

Задача № 8.

Больной С., 68 лет. 2 года назад перенес комбинированное лечение, включающее переднюю резекцию прямой кишки, по поводу рака прямой кишки T3N1M0. При настоящем обследовании при УЗИ в правой доле печени определяется один опухолевый очаг 4,0 см, в левой доле печени также имеется опухолевый один очаг 3,0 см в диаметре. Печеночные протоки не расширены. Желтухи нет. При рентгенографии ОГК – без патологии.

Вопросы:

1. Какие уточняющие диагностические мероприятия следует провести больному?
2. Определите лечебную тактику данному больному.

Задача № 9.

Больной В., 63 лет обратилась у онкологу с жалобами на тяжесть в правом подреберьи, тошноту, вздутие живота, слабость, похудание, отсутствие аппетита. При обследовании выявлен рак восходящего отдела ободочной кишки T3N0M1 с множественными метастазами в обе доли печени. По данным УЗИ и МРТ брюшной полости с в\в контрастированием: имеются множественные очаги в обеих долях печени от 1,0 до 5,0 см, лимфоузлы ворот печени не увеличены. При цитологическом исследовании (пунктат очага печени) – рак, метастатический. Желтухи и асцита нет. При КТ ОГК – без патологии. По данным колоноскопии в восходящем отделе ободочной кишки имеется бугристая опухоль на 1\2 перекрывающая просвет кишки. Взята биопсия. Гистологическое заключение: низкодифференцированная аденокарцинома. Клинических проявлений кишечной непроходимости у больной нет.

Вопросы:

1. Определение каких онкомаркеров может помочь в комплексной диагностике данному пациенту?
2. Определите лечебную тактику пациенту.

Задача № 10.

У больного А., 65 лет спустя 2 года после левосторонней гемиколэктомии по поводу рака нисходящего отдела ободочной кишки T3N0M0 по данным УЗИ и МРТ брюшной полости с в\в контрастированием выявлены множественные очаги в обеих долях печени от 2,0 до 4,5 см, лимфоузлы ворот печени не увеличены. При цитологическом исследовании (пунктат очага печени) – рак, метастатический. Желтухи и асцита нет. По данным рентгенографии ОГК – в правом легком легких очаг до 1,0 см. Метастаз? По данным колоноскопии без признаков рецидива опухоли в анастомозе.

Вопросы:

1. Какой метод диагностики следует выполнить больному для уточнения генеза очага в легком?
2. Определите лечебную тактику пациенту.

Опухоли слюнных желез.**Задача №1**

Больного в течении последнего года беспокоят периодические боли в области левой околоушной слюнной железы. Около 2-х месяцев назад появилась асимметрия лица и уплотнение на этом месте. Обратился к врачу.

А) Тактика действия врача? Наиболее вероятный диагноз?

Задача №2

Через 2 года после лечения рака правой подчелюстной слюнной железы у мужчины появились плотные лимфатические узлы на шее слева.

А)Тактика действия врача? Б)Наиболее вероятный диагноз?

Задача №3

В поликлинику обратился молодой человек, 23 лет с жалобами на опухолевидное образования в околоушной области справа, которая появилась около 3 месяцев назад после удара. В течении этого времени опухолевидное образование увеличивается в размере.

А) Наиболее вероятный диагноз? Б) Ваша тактика действия?

Рак нижней губы.

Задача №1

У курильщика 68 лет появилась образование на слизистой красной каймы нижней губы покрытая корочкой. На шее слева пальпируется плотный лимфатический узел до 2см.

А) Ваш предварительный диагноз? Б) С помощью какого метода это можно установить?
В) Тактика лечения этого больного?

Задача №2

Через 2 года после лечения рака нижней губы у женщины появились плотные лимфатические узлы в подчелюстной области слева. А) Ваш предварительный диагноз? Б) Ваша дальнейшая тактика дообследования и лечения?

Задача №3

Больной обратился в поликлинику с жалобами на наличие язвенного образования на красной кайме нижней губы в течении последних 6-7 месяцев.

А) Ваша тактика действия? Б) К какому специалисту следует направить этого больного?

Рак языка и слизистой оболочки полости рта.

Задача №1

Больному 5 лет назад выполнена радикальная операция по поводу рака языка. При контрольном осмотре жалоб не предъявляет. Рецидива и метастазов нет.

А) Когда ему явиться на следующий контрольный осмотр? Б) Какой минимальный метод обследования необходимо при этом выполнить?

Задача №2

Больного в течение последнего года беспокоят периодические боли на левой боковой поверхности языка. Около 2 месяцев назад появилась уплотнение на этом месте.

Обратился к врачу.

Тактика действия врача?

Задача №3

Через 4 года после лечения рака слизистой дна полости рта у мужчины появились плотные лимфатические узлы в подчелюстной области справа.

Тактика действия врача?

ВЕСЕННИЙ СЕМЕСТР

Трофобластическая болезнь.

Задача №1

Больная И.А.Н., 28 лет. В июле 2009 г. ЭКО в связи с трубным бесплодием. На сроке 5 недель неразвивающаяся беременность по данным УЗИ. 24.07.2009 раздельное диагностическое выскабливание. Гистологическое заключение: в соскобе элементы плодного яйца. С июля по сентябрь 2009 г. отмечались кровянистые выделения из половых органов. Обратилась к гинекологу. Уровень ХГ от 29.09.2009 305,5 МЕ/л. Гинекологическое исследование: наружные половые органы сформированы правильно, оволосение по женскому типу, слизистая шейки матки и влагалища не изменена, тело

матки увеличено, соответствует 10 неделям беременности, безболезненное, справа и слева от матки определяются подвижные округлые образования плотноэластической консистенции до 5 см в диаметре, своды глубокие, параметрии свободные.

А) Ваш предварительный диагноз? Б) Каков минимальный план обследования? В) Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

Задача №2

Больная Б.И.И., 26 лет. Последняя нормальная менструация в июне 2009 г. В августе 2009 г. после задержки менструации в течение 7 дней отметила кровянистые выделения из половых путей. По месту жительства выполнено раздельное диагностическое выскабливание, после которого кровянистые выделения из половых путей усилились. 12.10.2009 повторное раздельное диагностическое выскабливание. Уровень ХГ от 23.10.2009 32 000. МЕ/л.

А) Ваш предварительный диагноз? Б) Каков минимальный план обследования? В) Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

Задача №3

Больная Б.Ю.П., 26 лет. Жалобы на постоянный кашель в течение последних 2 месяцев. Последняя нормальная менструация в январе 2008 г. В октябре 2008 г. кесарево сечение. В последующие 4 месяца ациклические кровянистые выделения из половых путей. Уровень ХГ от 01.03.2009 г. 20 000 МЕ/л.

А) Ваш предварительный диагноз? Б) Каков минимальный план обследования? В) Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

Неходжкинские лимфомы (Лимфосаркомы, НХЛ).

Задача №1

К участковому терапевту обратилась пациентка Н, 30 лет с жалобами на увеличение подмышечных, паховых лимфоузлов с обеих сторон. За последние 6 месяцев пациентка похудела на 10 кг, отмечает вечерний подъем температуры тела до 38 °С, повышенную ночную потливость. При осмотре: выраженная астения, подмышечные и паховые лимфоузлы резко увеличены, малоподвижны, безболезненны.

Вопросы: 1. Какое заболевание можно предположить у данной пациентки на основании данных анамнеза и осмотра? 2. Какие диагностические мероприятия могут подтвердить диагноз?

Задача №2

В отделение гематологии областной больницы поступила пациентка Д., 45 лет с диагнозом: неходжкинская лимфома, 2 стадия, небластный вариант. Диагноз подтвержден гистологическим исследованием с иммунофенотипированием.

Вопросы: 1. От каких факторов зависит дальнейшее лечение пациентки? 2. Приведите схему химиотерапии используемую в данном случае?

Задача №3

В отделение гематологии городской больницы поступила пациентка И., 28 лет, с жалобами на увеличение всех групп периферических лимфоузлов, похудание за 3 месяца на 8 кг, общую слабость, повышение температуры тела к вечеру до 38,5 °С, ночные поты. При осмотре: все группы периферических лимфоузлов увеличены в размерах, астения, кожные покровы и видимые слизистые незначительно эктеричны.

Вопросы: 1. Какое заболевание можно предположить у пациентки? 2. Как подтвердить правильность диагноза? 3. Какой режим химиотерапии назначают при таком варианте течения заболевания?

Некоторые клинические синдромы в онкологии.

Задача № 1

Пациентка Д., 45 лет, 2 года назад закончила комплексное лечение по поводу рака левой молочной железы. Обратилась к неврологу в городскую поликлинику с жалобами на появление интенсивных болей в поясничном отделе позвоночника, слабость и онемения нижних конечностей. Пациентка направлена на МРТ грудного отдела позвоночника. Заключение: литическое метастатическое поражение L1-2. При осмотре невролога имеется неврологической симптоматики в виде явлений нижнего парапареза. При сцинтиграфии костей у пациентки имеются множественные метастазы в ребра, грудной и поясничный отделы позвоночника и бедренные кости.

Вопросы:

1. О каком клиническом синдроме идет речь у больной?
2. Определите тактику лечения у данной больной?

Задача № 2.

К онкологу в онкологический диспансер обратилась пациентка Р., 28 лет с жалобами на боли и уплотнения в молочных железах. При осмотре: на коже лица и рук пациентки имеются мелкие пигментные пятна, при пальпации молочных желез выявлены множественные узловые образования от 1,0 до 2,0 см в диаметре, 2 опухоли в правой молочной железе и 3 опухоли в левой молочной железе. Пациентка направлена на УЗИ молочных желез, заключение: множественные фиброаденомы молочных желез. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Диагноз фиброаденом верифицирован в дальнейшем при помощи диагностической тонкоигольной пункционной биопсии. Из анамнеза пациентки известно, что все родственники женского пола по материнской линии болели раком молочной железы.

Вопросы:

1. О каких генетических синдромах можно думать, исходя из анамнестических и клинических данных заболевания?
2. Какова дальнейшая тактика онколога?

Задача № 3.

Больная Н., 39 лет обратилась к онкологу с жалобами на увеличение правых паховых лимфоузлов. При комплексном обследовании при УЗИ выявлены метастазы в правые паховые лимфоузлы и множественные метастазы в печень. Забрюшинные лимфоузлы не увеличены. При рентгенографии ОГК – без патологии. При цитологическом исследовании пунктата из правого пахового лимфоузла - метастаз меланомы. При МРТ головного мозга – без признаков метастазов. При осмотре кожных покровов, при осмотре гинекологом, при ЭГДС и колоноскопии первичный очаг первичная меланома не выявлена.

Вопросы:

1. О каком синдроме можно думать, исходя из данных клинических обследований?
2. Какова дальнейшая тактика лечения пациентки?

Задача № 4.

У больной Д., 56 лет, через 3 года после комбинированного лечения по поводу рака правой молочной железы T2N1M0 появились жалобы на тошноту, дискомфорт в

эпигастрии снижение аппетита, отвращение к мясным продуктам. При ЭГДС выявлена опухоль в теле желудка. Взята биопсия. Гистологическое заключение: умереннодифференцированная аденокарцинома. При комплексном обследовании пациента, включая диагностическую лапароскопию, данных за метастазы не получено. Установлен клинический диагноз: рак тела желудка T3N0M0.

Вопросы:

1. О каком синдроме можно думать, исходя из данных анамнестических и клинικο-морфологических данных?
2. Какова дальнейшая тактика лечения пациентки?

Задача № 5.

У больного В., 66 лет, при комплексном обследовании в онкодиспансере выявлен диссеминированный мелкоклеточный рак правого легкого с метастазами в лимфоузлы средостения, левое легкое, надпочечники и головной мозг. При осмотре отмечает на себя внимание колбовидное утолщение концевых фаланг кистей и стоп с деформацией их ногтевых пластинок в виде часовых стекол по типу «барабанных палочек».

Вопросы:

1. О каком паранеопластическом синдроме можно думать, исходя из клинических данных?
2. Какова дальнейшая тактика лечения пациентки?

Задача № 6.

У больной В., 62 лет, спустя 3 года после радикальной гастрэктомии по поводу рака желудка T3N0M0 при контрольном комплексном обследовании выявлен канцероматоз брюшины, метастазы в яичники (метастазы Крукенберга), асцит. При осмотре кожных покровов обращает на себя внимание наличие серо-коричневых гиперпигментированных бляшек, которые расположены на шее, в обеих подмышечных областях и на сгибательных поверхностях конечностей.

Вопросы:

1. О каком паранеопластическом синдроме можно думать, исходя из клинических данных?
2. Какова дальнейшая тактика лечения пациентки?

Задача № 7.

Больная А., 48 лет обратилась к онкологу с жалобами на увеличение левых надключичных лимфоузлов и увеличение живота в размерах, слабость, похудание на 5 кг за последние 3 месяца. При комплексном обследовании при УЗИ выявлены метастазы в левые шейно-надключичные лимфоузлы и умеренный асцит. Забрюшинные лимфоузлы не увеличены. При рентгенографии ОГК – без патологии. При ЭГДС – хронический атрофический гастрит, при колоноскопии – хронический колит. При осмотре гинеколога и УЗИ малого таза – матка и яичники не увеличены, без опухолевых образований. При цитологическом исследовании пунктата из левого надключичного лимфоузла – метастаз рака не уточненной локализации. Выполнена биопсия левого надключичного лимфоузла. При гистологическом исследовании – метастаз низкодифференцированной аденокарциномы. При иммуногистохимическом исследовании опухоли – иммунофенотип опухоли соответствует аденокарциноме из желудочно-кишечного тракта. Онкомаркеры повышены: РЭА – 250 нг\мл, СА-19.9 – 900 Ед\мл, СА-125 -185 Ед\мл.

Вопросы:

1. О каком синдроме можно думать, исходя из данных клинических обследований?
2. Как по автору называются метастазы в шейно-надключичные лимфоузлы и при каком раке они встречаются?

Задача № 8.

У больной В., 58 лет, обратилась к врачу с жалобами на наличие одышки, признаков гипсутизма и гипертонических кризов (подъемы АД до 180\110 мм рт. ст.). При осмотре больной обращает на себя ожирение, оволосение по мужскому типу, объем шеи увеличен, «лунообразное» лицо. При УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства в проекции правого надпочечника имеется опухолевый узел до 3,0 см в диаметре. В сыворотке крови у больной повышен уровень кортизола и АКТГ. Больная направлена к онкологу, при комплексного обследования в онкодиспансере выявлен рак коры правого надпочечника без признаков метастазов.

Вопросы:

1. О каком паранеопластическом синдроме можно думать, исходя из клинических данных?
2. Какова дальнейшая тактика лечения пациентки?

Задача № 9

Пациент И., 49 лет, 18 месяцев назад по поводу рака правой почки T4N0M0 была выполнена радикальная нефрэктомия справа. В настоящий момент обратился к неврологу в городскую поликлинику с жалобами на появление интенсивных болей в грудном отделе позвоночника. Пациент направлен на МРТ грудного отдела позвоночника. Заключение: литическая деструкция Th-7-9 позвонков за счет их метастатического поражения. При скintiграфии костей у пациентки имеются множественные метастазы грудной и поясничной отделы позвоночника и кости таза, также при КТ ОГК имеется множественные метастазы в легкие.

Вопросы:

1. О каком клиническом синдроме идет речь у больного?
2. Определите тактику лечения у данной больной?

Задача № 10.

Больная А., 20 лет обратилась в поликлинику к терапевту с жалобами на слабость, вялость, повышение температуры тела до 38,0 С, повышенную утомляемость, боли в костях и суставах. Дважды пациентка отмечала эпизоды носовых кровотечений. В общем анализе крови: лейкоциты - 1,9 тыс., гемоглобин – 85 г\л, тромбоциты – 55 тыс, СОЭ - 60 мм\ч. При осмотре и пальпации - увеличение шейных и подмышечных лимфоузлов, увеличение печени на 2 см. При УЗИ брюшной полости: гепатомегалия и спленомегалия, другой патологии в брюшной полости не выявлено. При рентгенографии ОГК – без патологии. При ЭГДС – хронический гастрит, вне обострения. Врачом заподозрен лейкоз. Пациентка направлена к онкологу-гематологу.

Вопросы:

1. О каком синдроме можно думать, исходя из данных клинических обследовании?
2. Какое диагностическое мероприятие следует выполнить пациентке для установки точного диагноза?