**Дисгормональные заболевания и рак молочной железы**

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. C-r mammae dexter
2. - Бимануальная пальпация молочных желез и лимфоузлов регионарных зон

- общий анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы

- биохимический анализ крови с определением показателей функции печени, почек, уровня щелочной фосфатазы, кальция, глюкозы;

- билатеральная маммография

- УЗИ молочных желез и регионарных зон

- R-графия органов грудной клетки

- УЗИ органов брюшной полости и малого таза,

- радиоизотопное исследование скелета

- биопсия опухоли с патоморфологическим исследованием опухолевой ткани

- определение в опухолевой ткани рецепторов эстрогенов (РЭ) и прогестерона (РП), HER2 и Ki67

- оценка функции яичников

3. Панцирная форма рака молочной железы.

4. Рецепт на Кетонал

Rp.: Tab. Ketoprofeni 0,1 N.20  
D.S. Внутрь по 1 таблетки 2 раза в день

5. Не полностью собрал анамнез. Не провел осмотр пациента. Назначил лечение без постановки диагноза, дополнительного обследования. Физиолечение противопоказано.

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?

Ответы:

1. Фиброзно-кистозная мастопатия.
2. Гинекомастия
3. В предменструальный период усиление синтеза ФСГ приводит к пролиферация железистой ткани молочной железы. Нарушение функции печени (перенесенный гепатит B)
4. Рецепт на адеметионин

Rp.: Tab. Ademetionini 0,4 N.20

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

5. 1Б 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?

Ответы:

1. Рак молочной железы, узловая форма фиброзно-кистозной мастопатии, фиброаденома, липома.
2. Сбор жалоб и анамнеза, бимануальная пальпация, ОАК, БхАК, маммография, УЗИ молочных желез, биопсия.
3. Фиброаденома
4. Онколога, маммолога
5. Секторальная резекция со срочным гистологическим исследованием

**Рак предстательной 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?

Ответы:

1. C-r предстательной железы, мелкоацинарная аденокарцинома T2aN0M0 Grade 1 (Высоко дифференцированный рак)
2. О дифференцировки опухоли предстательной железы и вероятности распространения.
3. Возраст, так же у пациента возможно ДГПЖ, так как принимал терапию используемую при ДГПЖ (омник, финастерид), возможно проводилось пальцевое ректальное исследование до исследования ПСА
4. Сцинтиграфия костей ОФЭКТ, ПЭТ-КТ, МРТ
5. Так как локализованный РПЖ (2a), низкий риск прогрессирования (ПСА <10; Глисон <6), тяжелые интеркуррентные сопутствующие заболевания (ИБС, постинфарктный кардиосклероз, стенокардия напряжения II ф.кл., СН IIА ст.)

Активное наблюдение (выжидательная тактика, отсроченное лечение). Ежегодно 1 раз в 2 года: ПРИ, ПСА, повторные биопсии.

**Колоректальный рак**

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?

Ответы:

1. Токсико-анемическая форма
2. Семейный полипоз, ворсиначатые опухоли,
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.

**Рак кожи, меланома**

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. Меланома кожи?
2. Эксцизионной биопсии пигментного образования с отступом не более 0,5 см
3. При доброкачественном характере пигментного образования ранее выполненной эксцизии будет достаточно. Перевязки и обработка.
4. Rp.: Sol.Spiritus aethylici 70% - 100 ml  
   D.S. Наружно для обработки раны
5. Исключить травматизацию невусов, гиперинсоляцию

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. Грибовидный микоз
2. Опухолевая форма. B-клеточная лимфома.
3. Гистологическое исследование, цитология, определение степень

дифференцировки клеточного состава, гистоархитектоника.

1. Rp.: Sol. Сhlorhexidini Spirituosae 0,5% - 500 ml  
   D.S. Для обработки операционного поля
2. Хирургическое лечение не применяется

**Рак шейки матки**

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?

Ответ:

1. Стадия IIb
2. КТ или МРТ органов малого таза
3. К фоновым процессам
4. Цитологическое исследование мазков
5. Адъювантная химиолучевая терапия, расширенная экстирпация матки