**Дисгормональные заболевания и рак молочной железы.**

**Задачи:**

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?

Вопрос 1: Рак правой молочной железы.

Вопрос 2: Cбор анамнеза, осмотр, бимануальную пальпацию молочных желез и регионарных  лимфоузлов, развернутый анализ крови, биохимический анализ крови с определением показателей функции печени, почек, уровня щелочной фосфатазы, кальция, глюкозы, билатеральная маммографию, УЗИ молочных желез и регионарных зон, МРТ молочных желез – по показаниям, рентгенография графию органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости и малого таза.

Вопрос 3: Панцирная форма рака правой молочной железы.

Вопрос 4:

Rp. Tabl. Ketoprofeni 100mg №10

      D.t.d.N10

      S. внутрь по 1 таблетке 2 раза в день после еды.

Вопрос 5: Назначил физиолечение, которое противопоказано при онкопатологии, не собрав анамнез и жалобы на онкопатологию, не произвел осмотр, не уточнил характер, локализацию и направление иррадиации боли.

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?

**Вопрос 1:** Мастопатия.

**Вопрос 2:** Гинекомастия.

**Вопрос 3:** Усиление синтеза ФСГ, которое приводит к пролиферации железистой ткани молочной железы.

**Вопрос 4:**

Rp. Tabl. Adenometianini 400mg

   D.s. Внутрь по 1 таблетке 1 раз в день после обеда.

**Вопрос 5:** Группа диспансерного наблюдения будет известна после уточнения диагноза.

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?

**Вопрос 1:** Узловая форма рака молочной железы, очаговый фиброз, липома молочной железы, фиброаденома.

**Вопрос 2:** Сбор анамнеза и осмотр, бимануальная пальпация молочных желез и лимфоузлов регионарных зон, а также выявление симптомов, подозрительных в отношении отдаленных метастазов, развернутый анализ крови, биохимический анализ крови с определением показателей функции печени, почек, уровня щелочной фосфатазы, кальция, глюкозы, билатеральная маммография + УЗИ молочных желез и регионарных зон, МРТ молочных желез – по показаниям, рентгенография органов грудной клетки, КТ / МРТ органов грудной клетки – по показаниям, УЗИ органов брюшной полости и малого таза, КТ / МРТ органов брюшной полости и малого таза с контрастированием – по показаниям.

**Вопрос 3:**Фиброаденома.

**Вопрос 4:**Маммолог, акушер-гинеколог.

**Вопрос 5:** Секторальная резекция молочной железы (лампэктомия).

**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?

Вопрос 1: Z03.1 Рак предстательной железы.

Вопрос 2: Гистологическая оценка дифференцировки  клеток рака предстательной железы.

Вопрос 3: Возраст, гормональный фон, национальность, терапия сопутствующих заболеваний.

Вопрос 4: ПЭТ-КТ, МРТ, остеоденситометрия.

Вопрос 5: Лучевая терапия, с дальнейшим перевод на индивидуальную длительную химиотерапию.

**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?

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.

**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?

Вопрос 1: Новоклеточный невус.

Вопрос 2: Биопсия с дальнейшим гистологическим исследованием. цитологическое исследование.

Вопрос 3: Иссечение, обработка послеоперационной раны.

Вопрос 4: Rp. Sol Spiritus Aethilici 70%

S. наружнее применение для обработки раны.

Вопрос 5: Снизить 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?

**Вопрос 1:** Опухолевая фаза грибовидного микоза.

**Вопрос 2:** Лимфопролеферативное заболевание.

**Вопрос 3:** Гистологическое исследование, цитология, определение степень дифференцировки клеточного состава, гистоархитектоника.

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

D.S. Промывать рану.

**Вопрос 5:** Удаление опухоли, удаление и ревизия регионарных лимфоузлов.

**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?

1)T2b

2) Кт обследование, интраоперационный.  
3) Фоновый процесс.  
4) Популяционный анализ мазков шейки матки.  
5) Операция Вартгейма, постлучевая терапия, химиотерапия.