**Дисгормональные заболевания и рак молочной железы**

**Задача 1.** 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?

Ответы:

1. Рак правой молочной железы ? Метастазы в спинной мозг или в тела позвонков?
2. Необходимо провести:

1.Физикальный осмотр, пальпаторное исследование молочных желез и регионарных лимфоузлов.

2.Маммография

3.УЗИ молочных желез.

4.УЗИ ОБП, малого таза, лимфоузлов над- и подключичных, шейных.

5.Рентгенография легких, пояснично-крестцового отдела позвоночника.

6. МРТ грудного и поясничного отдела позвоночника

7. Ращвернутый анализ крови. Б/х АСТ, АЛТ, ЩФ, калий, креатинин, мочевина, СРБ, билирубин общ. ОАМ. Направление в онкодиспансер для определения тактики ведения и лечения пациента.

1. Панцирная клиническая форма рака.
2. Rp. Tabl. Ketoprofeni 0,1 N.20

D.S. внутрь по 1 таблетке 1 раз в день утром после еды, при болях.

1. Невролог недостоверно собрал жалобы и анамнез заболевания, вслелствие чего не исключил подозрение на рак, назначив физиолечение на область вероятного метастазирования. При ЗНО физиолечение противопоказано.

**Задача 2.** 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. Мастопатия с двух сторон?
2. Гинекомастия
3. Предместруальный период, усиление синтеза ФСГ
4. Rp. Tabl. Ademetionini 0.4 N.30

D.S. внутрь по 1 таблетке 2 раза в день за 30 минут до еды утром и вечером, 14 дней.

1. Диспансерная группа Iа.

**Задача 3.** 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. Мастопатия и рак молочной железы, фиброз, фиброаденома
2. Сбор анамнеза и жалоб. Проведение УЗИ молочных желез, Разв АК, б.х крови, ОАМ, рентген ОГК
3. Фиброаденома молочной железы
4. С результатами УЗИ молочных желез – консультация гинеколога, онколога-маммолога
5. Секторальная резекция.

**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?

1.Основной: рак предстательной железы?
Соп.: ИБС, постинфарктный кардиосклероз, стенокардия напряжения II ф.кл., СН IIА ст.; ХОБЛ; язвенная болезнь желудка с частыми обострениями.

2. Говорит о степени дифференцировки опухоли.

3.Возраст, гормональный фон, хронический простатит.

4. МРТ, остеоденситометрия, рентгенография, КТ-ПЭТ

5.Проведение лучевой терапии, далее переход к применению индивидуальной химиотерапи.
Оперативное вмешательство противопоказано ввиду сопутствующих заболеваний.

**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.

**Вопрос 1:**Укажите клиническую форму рака ободочной кишки?

**Вопрос 2**: Какой предраковый процесс чаще предшествует раку ободочной кишки?

**Вопрос 3:** Назовите самый информативный скрининг-тест на скрытую кровь при колоректальном раке?

**Вопрос 4:**Объем оперативного лечения?

**Вопрос 5:** Назовите наиболее распространенные схемы химиотерапии колоректального рака?

Ответ:

1. Токсико-анемическая форма

2. Аденоматозные полипы, 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.Если у пациента есть метастазы, химиопрепараты часто сочетают с таргетной терапией. Это такие препараты, как бевацизумаб, цетуксимаб/панитумумаб, афлиберцепт, регорафениб. Таргетные препараты назначают в зависимости от мутаций, которые есть в опухоли.

**Рак кожи, меланома

Задача 1**

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. Новоклеточный невус?

2. Дерматоскопия, цитологическое исследование.

3. Иссечение, обработка послеоперационной раны.

4. Rp. Sol Spiritus Aethilici 70%

 S. . наружно на область послеоперационного шва 1 раз в день.

5. Осмотр кожных покровов, снизить травматизацию невусов, гиперинсоляцию.

**Задача 2**

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. Опухолевая фаза грибовидного микоза. Метастазы в паховые лимфоузлы?

2. Лимфопролеферативное заболевание. Узловая меланома?

3. Биопсия, цитология, определение дифференцировки клеточного состава.

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

 D.S. Наружно. Для обработки операционного поля

5. Иссечение 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.

**Вопрос 1:** Какую стадию рака шейки матки по FIGO можно предварительно поставить пациентке без дополнительного обследования в случае морфологической верификации процесса?

**Вопрос 2:** наиболее информативный метод оценки глубины инвазии и перехода опухоли на параметрий и смежные органы?

**Вопрос 3:** К какой группе заболеваний нужно отнести эрозию шейки матки?

**Вопрос 4:** Назовите стандарт цервикального скрининга шейки матки на поликлиническом уровне?

**Вопрос 5:** Какие варианты комбинированного лечения возможны в данном случае при подтверждении распространения опухоли на параметрий?

Ответ:

1.T2bNxMx

2.Кт,МРТ

3.Факультативный предраковый процесс?

4.Цитологическое исследование мазков шейки матки, ПАП - тест

5.Экстрипация матки, постлучевая терапия на 2- 3 ст. , химиотерапия.