**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?

1. Код МКБ-10: Z03. 1 Наблюдение при подозрении на злокачественную опухоль.

Новообразование правой молочной железы?

1. План обследования:
* данные анамнеза;
* данные физикального обследования в объеме общего осмотра, пальпации, перкуссии и аускультации внутренних органов, пальпации молочных желез и зон регионарного метастазирования (подмышечных, над-, подключичных);
* Лабораторные диагностические исследования (ОАК с подсчетом лейкоцитарной формулы и количества тромбоцитов; биохимический общетерапевтический анализ крови с определением показателей функции печени, почек, уровня щелочной фосфатазы, кальция, глюкозы; коагулограмма, ОАМ)
* инструментальных исследований (билатеральная маммография, УЗИ молочных желез и регионарных лимфатических узлов, при наличии показаний выполнить МРТ молочных желез; УЗИ ОМТ, ОБП, забрюшинного пространства или КТ / МРТ органов брюшной полости и малого таза с контрастированием – по показаниям; R-графию органов грудной клетки; КТ / МРТ органов грудной клетки – по показаниям);
* данные морфологического исследования при обнаружении образования - патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала молочной железы с применением иммуногистохимических и цитологических методов.
1. Панцирная форма рака правой молочной железы
2. Rp. Tabl. Ketoprofeni 100 mg N.10

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

1. Назначил физиолечение не полностью собрав анамнез, не уточнил характер боли, ее иррадиацию, упустил жалобы на онкопатологию.

**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?

1. Диффузная мастопатия
2. Гинекомастия
3. Усиление синтеза ФСГ, которое приводит к пролиферации железистой ткани
4. Rp. Tabl. Adenometianini 400 mg N.20

 D.S. внутрь по 1 таблетке 1 раз после обеда

1. Группа диспансерного наблюдения будет известна после уточнения диагноза.

**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?

1. Узловой формой рака молочной железы, очаговым фиброзом, липомой молочной железы, фиброаденомой.
2. План обследования:
* данные анамнеза;
* данные физикального обследования в объеме общего осмотра, пальпации, перкуссии и аускультации внутренних органов, пальпации молочных желез и зон регионарного метастазирования (подмышечных, над-, подключичных);
* Лабораторные диагностические исследования (ОАК с подсчетом лейкоцитарной формулы и количества тромбоцитов; биохимический общетерапевтический анализ крови с определением показателей функции печени, почек, уровня щелочной фосфатазы, кальция, глюкозы; коагулограмма, ОАМ)
* инструментальных исследований (билатеральная маммография, УЗИ молочных желез и регионарных лимфатических узлов, при наличии показаний выполнить МРТ молочных желез; УЗИ ОМТ, ОБП, забрюшинного пространства или КТ / МРТ органов брюшной полости и малого таза с контрастированием – по показаниям; R-графию органов грудной клетки; КТ / МРТ органов грудной клетки – по показаниям);
* данные морфологического исследования при обнаружении образования - патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала молочной железы с применением иммуногистохимических и цитологических методов.
1. Фиброаденома
2. Онколог, маммолог, гинеколог.
3. 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. Z03. 1 - Наблюдение при подозрении на злокачественную опухоль.

Новообразование предстательной железы?

1. Используется для гистологической оценки дифференцировки рака простаты (малые значения шкалы соответствуют высокодифференцированным формам, а высокие — низкодифференцированным). Высокие значения по шкале Глисона связывают с плохим прогнозом исхода заболевания.
2. Возраст, гормональный фон, терапия сопутствующих заболеваний.
3. ПЭТ-КТ, МРТ, остеоденситометрия.
4. 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?
6. Токсико-анемическая форма.
7. Облигатные: аденоматозные полипы (5-25%), ворсинчатые опухоли (30-50%), семейный полипоз (до 30 лет у 50% больных возникает рак).

Факультативные: неспецифический язвенный колит (0,6-10,8%), болезнь Крона, шистосомоз, облучение в анамнезе.

1. Иммунохимический тест определения скрытой крови IFOBT (FIT).
2. Правосторонняя гемиколэктомия.
3. Болюсное введение 5-FU + лейковорин еженедельно в течение 6 недель, 2 недели перерыв => 3 цикла каждые 8 недель.

**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. Стандарт гистологического исследования:
* Определение максимальной толщины опухоли в мм по Бреслоу.
* Определение уровня инвазии по Кларку
* Указание о наличии / отсутствии изъязвления первичной опухоли
* Определение митотического индекса (количество митозов на 1 мм2) при толщине опухоли до 1 мм включительно
* Наличие транзиторных или сателлитных метастазов
* Нейротропизм
* Десмоплазия
* Оценка краев резекции на наличие опухолевых клеток
* Количество удаленных лимфатических узлов
* Количество пораженных лимфатических узлов и характер поражения: частичное; полное поражение; прорастание капсулы.
1. Иссечение, обработка послеоперационной раны.
2. Rp.: Sol. Spiritus Aethilici 70% - 100,0 ml

 D.S. для наружного применения обработки раны.

1. 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?

1. Опухолевая фаза грибовидного микоза.
2. Лимфопролеферативное заболевание.
3. Гистологическое исследование, цитология, определение степень дифференцировки клеточного состава, гистоархитектоника.
4. Rp.: Chlorhexidine bigluconati 0,05% - 400,0 ml

 D.S. для наружного применения обработки операционного поля.

1. 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. МРТ информативнее КТ при оценке глубины инвазии и перехода опухоли на параметрий и смежные органы. Точность определения глубины инвазии с помощью МРТ составляет 71—97%.
3. Фоновый процесс.
4. Цитологический метод.
5. Операция Вартгейма, постлучевая терапия, химиотерапия.