**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.

Ответы:

1.Диагноз: Панцирный рак правой молочной железы

2.План обследования: Сбор анамнеза и осмотр; общий анализ крови с лейкоцитарной формулой; б/х крови – АЛТ, АСТ, билирубин, ЩФ, глюкоза, кальций; Маммография билатеральная; УЗИ молочных желез; МРТ молочных желез по показаниям; КТ или МРТ органов грудной клетки; УЗИ органов брюшной полости и органов малого таза; биопсия опухоли с патоморфологическим исследованием ткани; определение в опухолевой ткани рецепторов эстрогенов и прогестерона, HER2 и Ki67; оценка функции яичников (критерии менопаузы); консультация медицинского генетика.

3.Клиническая форма: Панцирная форма

4.Рецепт на кетонал:

Rp.: Tabl. Ketoprofeni 150 mg № 20

D.S.: по 1 табл., 2 раза в день, внутрь, 10 дней

5.Ошибки невролога: неполный осмотр , диагностика и плохо собран анамнез невролога перед началом лечения

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.

Ответы:

1.Диагноз: Диффузная мастопатия

2.При гинекомастии

3.Хронический гепатит В, злоупотребление крепким кофе

4. Rp.: Tabl. Ademetionini 0,4 N.10

 D.S. по 1 табл, 2 раза в день, внутрь

5.К 1а диспансерной группе

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.

Ответы:

1.Диф диагностика: фиброаденома; узловая мастопатия; липома; рак молочной железы; киста

2.План обследований: сбор анамнеза; осмотр; пальпация; УЗИ молочной железы; пункционная биопсия;

3.Диагноз: Фиброаденома

4.Необходима консультация гинеколога.

5.Операция: секторальная резекция молочной железы

**Рак предстательной железы**

Задача 1

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.

Ответ:

1.Диагноз: Ацинарная аденокарцинома

2.Индекс Глисона имеет особое прогностическое значение для оценки результатов лечения РПЖ. По классификации Глисона степень дифференцировки опухоли оценивают по 5-балльной шкале: 1 балл - наиболее высокодифференцированная опухоль, 5 баллов - наиболее низкодифференцированная опухоль. Поскольку РПЖ, как правило, представляет собой опухоль с неоднородной морфологической структурой, принято выделять наиболее распространенную гистологическую градацию (первичный балл) и следующую по частоте встречаемости градацию дифференцировки (вторичный балл). При сложении первичной и вторичной оценки получают сумму Глисона (от 2 до 10 баллов).

3.Факторы, которые могли повлиять на уровень ПСА: ректальное исследование предстательной железы (ректальный осмотр); ТРУЗИ; биопсия предстательной железы; ИБС.

4.Дополниетельные методы обследования: Сцинтиграфия костей (ОФЭКТ/ПЭТ)

5. План лечения: Радикальная простатэктомия; лучевая терапия; гормонотерапия (т.к. данная карцинома гормонозависимая, используют препараты, подавляющие выработку тестостерона).

**Колоректальный рак**

Задача 1

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.

Ответы:

1.Клиническая форма: Токсико-анемическая форма

2.Чаще предшествует раку ободочной кишки: различные полипы толстой кишки

3.Самый информативный скрининг-тест на скрытую кровь: Иммунохимический тест определения скрытой крови (IFOBT/FIT)

4.Объем оперативного лечения: рекомендуется выполнять правостороннюю гемиколэктомию или расширенную правостороннюю гемиколэктомию с обязательным лигированием у основания a. ileocolica, a. colica dextra, а также a. colica media у основания либо правой ветви a. colica media

5.Схемы химоитерапии:  рекомендуется проводить адъювантную химиотерапию по схеме XELOX в течение 3 мес либо по схеме FOLFOX в течение 6 мес с целью снижения риска прогрессирования заболевания

**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.

Ответ:

1.Диагноз: Меланома кожи левой кожи щеки

2.Способ гистологической диагностики пигментной опухоли: Определение максимальной толщины опухоли в мм по Бреслоу; Определение уровня инвазии по Кларку; Указание о наличии / отсутствии изъязвления первичной опухоли; Определение митотического индекса 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.

3. Тактика при доброкачественном характере пигментного образования: мазок-отпечаток с поверхности опухоли

4.Рецепт на этиловый спирт

Rp.: Spiritus aethylici 70% – 100 ml

D.t.d. №1 in flac

S.: для обработки кожи при перевязках после операций

5. Профилактика: частый самоосмотр кожи для предупреждения и раннему выявлению прогрессирования заболевания (рецидивов, регионального и отдаленного метастазирования).

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.

Ответ

1.Диагноз: Плоскоклеточный рак кожи

2.Клиническая форма: Экзофитная форма

Гистологический вариант: **кератоакантома**

3.Методы верификации: Осмотр; биопсия; УЗИ регионарных лимфатических узлов

4.Рецепт на хлоргексидин

Rp.: Sol. Сhlorhexidini Spirituosae 0,5% - 500 ml
D.S. Для обработки операционного поля

5.Операция: **кюретаж, электрокоагуляция**

**Рак шейки матки**

Задача 1

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.

Ответ:

1.Стадия: II B

2.Метод исследования: УЗИ органов малого таза; МРТ органов малого таза

3.К группе: фоновые или доброкачественные заболеваня

4.Стандарт цервикального скрининга шейки матки: мазок на онкоцитологию (жидкостная) и тест на ВПЧ.

5.Лечение: в этой ситуации назначается сочетанная лучевая терапия, при которой облучение малого таза дистанционно сочетается с внутриполостным введением источника излучения.