**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?

Рак молочной железы IV стадии.

Вопрос 2: План обследования?

Маммография, рентгенография/КТ органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости, сцинтиграфия костей скелета, трепанбиопсия молочной железы.

Вопрос 3: Какая клиническая форма рака молочной железы?

Панцирная форма.

Вопрос 4: Выпишите рецепт на нестероидный противовоспалительный препарат (таблетки кетонала)?

Rp: Tabl. Ketonali 0,1 N.20 D.S. Внутрь 1 таблетке 2 раз в сутки

Вопрос 5: Какие ошибки допустил невролог?

Не провел полноценное физикальное и инструментальное обследование пациента, назначил физиолечение.

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?  
Диффузная мастопатия?

Вопрос 2: При каком заболевании у мужчин могут нагрубать грудные железы и выделяться молозиво?  
Гиперпролактинемия (пролактинома).

Вопрос 3: Какие факторы усиливают клинические проявления данного заболевания в этом случае?  
Повышение секреции прогестерона, эстрогена и пролактина перед менструацией, злоупотребление кофе.

Вопрос 4: Выпишите рецепт на препарат адеметионин для улучшения функции печени?  
Rp.: Tabl. Ademethionini 0,4 № 20  
D.S.: Перорально, по 1 таблетке 1 раз в день, до обеда

Вопрос 5: К какой диспансерной группе относится пациентка?  
1 диспансерная группа.

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?  
Фиброаденома; узловая мастопатия, липома, рак молочной железы, болезнь Минца   
(внутрипротоковая папиллома), киста.

Вопрос 2: Каков алгоритм обследования?  
Сбор анамнеза, осмотр, пальпация, УЗИ молочной железы, маммография, рентген грудной клетки, пункционная биопсия.

Вопрос 3: Наиболее вероятный диагноз?  
Фиброаденома молочной железы.

Вопрос 4: Консультация какого специалиста необходима?  
Гинеколога, онколога.

Вопрос 5: Какая операция предпочтительна в данной ситуации?  
Секторальная резекция молочной железы.

**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?

Рак предстательной железы T2аN0M0, гистологически мелкоацинарная аденокарцинона, умереннодифференцированная (Глиссон 6). ХБС 1. Соп.: ИБС, постинфарктный кардиосклероз, стенокардия напряжения II ф.кл., СН IIА ст.; ХОБЛ; язвенная болезнь желудка с частыми обострениями.

Вопрос 2: О чем говорит индекс Глиссона?

Шкала Глисона (сумма Глисона) используется для гистологической оценки дифференцировки рака простаты.

Вопрос 3: Какие факторы могли повлиять на уровень ПСА у данного пациента?

Прием финастерида, наличие раза простаты, хронического простатита, недавнее ректальное исследование или ТРУЗИ (при их проведении до сдачи крови на ПСА).

Вопрос 4: Какие дополнительные методы обследования необходимы для уточнения диагноза при появлении болей в костях?

Остеосцинтиграфия, ПЭТ-КТ.

Вопрос 5: План лечения?

Лучевая терапия, андрогенная блокада.

**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?

Токсико-анемическая форма рака печеночного угла ободочной кишки.

2. Какой предраковый процесс чаще предшествует раку ободочной кишки?

Аденоматозные полипы, ворсиначатые опухоли, семейные полипозы.

3. Назовите самый информативный скрининг-тест на скрытую кровь при колоректальном раке?

Иммунохимический тест определения скрытой крови IFOBT (FIT).

4. Объем оперативного лечения?

Правосторонняя гемиколэктомия.

5. Назовите наиболее распространенные схемы химиотерапии колоректального рака?

Болюсное введение 5-FU + лейковорин еженедельно в течение 6 недель, 2 недели перерыв, далее 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?  
Пигментный невус кожи щеки.

Вопрос 2: Способ гистологической диагностики пигментной опухоли?  
Эксцизионная биопсия под местной анестезий со срочным гистологическим исследованием.

Вопрос 3: Тактика при доброкачественном характере пигментного образования?  
Ограничение объема операции тотальной биопсией опухоли.

Вопрос 4: Выписать рецепт на антисептик для наружного применения (этиловый спирт) при перевязках после операции?  
Rp.: Sol.Spiritus aethylici 95% - 50.0  
D.t.d.N 1 in flac   
S. Применять для приготовления полуспиртовых повязок.

Вопрос 5: Вариант профилактики у данного больного?  
Вторичная профилактика.

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?  
Меланома кожи средней трети правого бедра? Метастазы в паховые лимфоузлы?

Вопрос 2: Клиническая форма и гистологический вариант опухоли?  
Узловая форма, плоскоклеточный рак.

Вопрос 3: Методы морфологической верификации первичного очага и лимфогенных метастазов?  
Выполнить соскоб с поверхности опухоли и пункцию лимфатического узла с цитологическим исследованием.

Вопрос 4: Выпишите рецепт на кожный антисептик (хлоргексидин) для обработки операционного поля?  
Rp.: Sol. Сhlorhexidini Spirituosae 0,5% - 500 ml  
D.S. Для обработки операционного поля

Вопрос 5: Объем операции у данного пациента?  
Широкое иссечение опухоли кожи бедра с пластикой свободным кожным лоскутом, операция Дюкена.

**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.

1. Какую стадию рака шейки матки по FIGO можно предварительно поставить пациентке без дополнительного обследования в случае морфологической верификации процесса?  
T2b.

2. Укажите наиболее информативный метод оценки глубины инвазии и перехода опухоли на параметрий и смежные органы?  
МРТ. малого таза с контрастированием.

3. К какой группе заболеваний нужно отнести эрозию шейки матки?  
К группе фоновых заболеваний.

4. Назовите стандарт цервикального скрининга шейки матки на поликлиническом уровне?  
ПАП-тест (жидкостную онкоцитологию) и тестирование на ВПЧ (вирус папилломы человека).

5. Какие варианты комбинированного лечения возможны в данном случае при подтверждении распространения опухоли на параметрий?  
Операция Вертгейма, лучевая и химиотерапия.