**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 (?) Отдаленные метастазы в позвоночник (?)
2. Физикальный осмотр, пальпаторное исследование молочных желез и регионарных лимфоузлов. ММГ, УЗИ молочных желез. УЗИ ОБП, малого таза, лимфоузлов над- и подключичных, шейных. Рентгенография легких, пояснично-крестцового отдела позвоночника. Разв АК, АСТ, АЛТ, ЩФ, калий, креатинин, мочевина, СРБ, билирубин общ. ОАМ. Направление в КККОД для решения вопроса о тактике лечения.
3. Вероятна панцирная клиническая форма рака.
4. Rp. Tabl. Ketoprofeni 0,1 N.20

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

1. Невролог не собрал полностью жалобы и анамнез заболевания, ввиду чего пропустил подозрение на рак, назначив физиолечение на область вероятного метастатического поражения – мог привести к прогрессированию заболевания (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. Диффузная фиброзно-кистозная мастопатия с двух сторон.
2. При пролактиноме гипофиза.
3. Предместруальный период, злоупотребление крепким кофе, перенесенный вирусный гепатит В в анамнезе.
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.
2. Проведение УЗИ молочных желез, Разв АК, б.х крови, ОАМ, рентген ОГК
3. Фиброаденома молочной железы с учетом возраста
4. С результатами УЗИ молочных желез – консультация гинеколога, онколога-маммолога при BR 0, 3, 4, 5.
5. Орган-сохраняющая операция – секторальная резекция.

**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.

**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?

Ответы:

1. Осн.: С-r prostatae Iстадия T2аNxMx, 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.
2. Индекс Глиссона говорит о степени дифференцировки опухоли, по нашим данным – умереннодифференцированная.
3. Наличие раза простаты, хронического простатита, недавнее ректальное исследование или ТРУЗИ (при их проведении до сдачи крови на ПСА).
4. Проведение Рентгенографии, МСКТ позвоночника, ПЭТ-КТ, остеосцинтиграфия
5. Предпочтительна лучевая терапия ввиду возраста пациента 68лет, наличия большого количества сопутствующих заболеваний, ухудшающих прогноз жизни и усложняющих проведение операционного вмешательства, так же возможно рассмотрение вопроса об операционном лечении – позадилонной простатэктомии, далее - динамическое наблюдение.

**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?

Ответы:

1. Токсико-анемическая форма
2. Аденоматозные полипы, ворсинчатые опухоли
3. Иммунохимический тест определения скрытой крови IFOBT (FIT)
4. Правосторонняя гемиколэктомия с регионарными л.у
5. Как после операции, так и при метастатической стадии чаще всего [используются](https://www.cancer.org/cancer/colon-rectal-cancer/treating/chemotherapy.html) препараты из группы фторпиримидинов (5-фторурацил, капецитабин), а также препараты платины (оксалиплатин). Они входят в комбинированные режимы [FOLFOX (ФОЛФОКС) и XELOX](https://www.uptodate.com/contents/treatment-protocols-for-small-and-large-bowel-cancer?search=colon%20cancer%20protocol&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1) (КСЕЛОКС), состоящие из двух химиопрепаратов. При метастатической стадии также могут назначать иринотекан в сочетании с оксалиплатином (режим FOLFIRI) или так называемый «триплет» — режим, состоящий из 5-фторурацила, оксалиплатина и иринотекана  (FOLFOXIRI). 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?

Ответы:

1. Меланома кожи левой щеки (?).
2. Дерматоскопия, мазок-отпечаток с поверхности опухоли, биопсия не показана ввиду предшествующего травмирования.
3. Иссечение в пределах здоровых тканей.
4. Sol. Spiritus Aethylycus 70%-100ml

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

 5. Осмотр всех кожных покровов, при злокачестенности образования поиск метастаз, Д наблюдение у онколога, при доброкачественности – Д наблюдение у дерматолога, меры по препятствованию травмирования кожных образований.

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?

Ответы:

1. Меланома кожи средней трети правого бедра T4N1Mx(?). Метастазы в паховые л.у (?)
2. Узловая меланома, Clark 5
3. Биопсия
4. Rp. Sol. Chlohexedini bigluconati 0.05%-100ml

D.S. наружно для обработки операционного поля.

 5. Широкое иссечение опухоли с пластикой перемещенным кожным лоскутом, фасциально-футлярная лимфаденэктомия.

**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?
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?

Ответы:

1. Т2bNxMx
2. МРТ малого таза с внутривенным контрастированием
3. Факультативный предрак
4. Цитологическое исследование жидкостным методом, ПАП-тест
5. Комбинированный метод включает расширенную экстирпацию матки по методу Вертгейма и лучевую терапию. Лучевая терапия обычно проводится в после- (на 8-10-й день после операции) или в дооперационном периоде. Рак шейки матки II-III стадии подлежит сочетанной лучевой терапии (сочетание дистанционного облучения с внутриполостной радиотерапией).