**Выполнила: Давлетшина Марина Вячеславовна, ординатор 1 года по специальности неврология, группа 115.**

**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?

Учитывая жалобы, анамнез, объективный статус можно думать о диагнозе: рак предстательной железы, z03.1.

1. Используется для гистологической оценки дифференцировки  клеток рака предстательной железы.
2. Возраст, гормональный фон, национальность, 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?

1) Токсико-анемическая форма.

2) Аденоматозные полипы, ворсиначатые опухоли, семейные полипозы.

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.