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?

**Ответ 1:** Рак правой молочной железы

**Ответ 2:** Сбор анамнеза и осмотр; осмотр включает бимануальную пальпацию молочных желез и лимфоузлов регионарных зон;

Общий анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы и количества тромбоцитов;
Биохимический анализ крови с определением показателей функции печени, почек, уровня щелочной фосфатазы, кальция, глюкозы;
Билатеральную маммографию + УЗИ молочных желез и регионарных зон;

МРТ молочных желез – по показаниям;
R-графию органов грудной клетки; КТ / МРТ органов грудной клетки – по показаниям;
УЗИ органов брюшной полости и малого таза, КТ / МРТ органов брюшной полости и малого таза с контрастированием – по показаниям

**Ответ 3:** Панцирная форма рака правой молочной железы?

**Ответ 4:** Rp. Tabl. Ketoprofeni 100mg №10

           D.S. Внутрь по 1 табл 2 р/д после еды

**Ответ 5:** Назначил физиолечение, не собрав анамнез и жалобы на онкопатологию. не произвел осмотр, не уточнил характер, локализацию и направление иррадиации боли

Ситуационная 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?

**Ответ 1:** Двусторонняя мастопатия.

**Ответ 2**: При гинекомастии.

**Ответ 3:** Наличие в анамнезе заболевания Гепатит В и чрезмерного употребления крепкого кофе.

**Ответ 4**:Rp.: Tabl. Ademethionini 0,4 № 20

 D.S.: Внутрь по 1 таблетке 1 раз в день, до еды

**Ответ 5:** К III диспансерной группе.

Ситуационная 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?

**Ответ 1:**Узловой формой рака молочной железы, очаговым фиброзом, липомой молочной железы, фиброаденомой.

**Ответ 2:**Сбор анамнеза, осмотр, пальпация. Общий анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы, тромбоцитов. Биохимический анализ крови для определения функции почек, печени, уровня кальция, щелочной фосфатазы, билатеральную маммографию + УЗИ молочных желез и регионарных зон, МРТ молочных желез, R-графию органов грудной клетки; КТ / МРТ органов грудной клетки – по показаниям УЗИ органов брюшной полости и малого таза, КТ / МРТ органов брюшной полости и малого таза с контрастированием, биопсию опухоли с патоморфологическим исследованием опухолевой ткани; определение в опухолевой ткани рецепторов эстрогенов (РЭ) и прогестерона (РП), HER2 и Ki67;

**Ответ 3:**Фиброаденома

**Ответ 4:**Онколога, гинеколога

**Ответ 5:**Секторальная резекция со срочным гистологическим исследованием.

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?

**Ответ 1:** Рак предстательной железы.

**Ответ 2:**Это классификация указывающая на зависимость вероятности распространения опухоли от гистологических особенностей опухоли. У пациента индекс Глисона равен 6, что указывает на высокодифференцированный рак с вероятностью распространения 25%.

**Ответ 3:** Наличие рака предстательной железы.

**Ответ 4:**Сцинтиграфия костей.

**Ответ 5**: У пациента коморбидное состояние, тяжелая сопутствующая патология. Риск прогрессирования опухоли низкий, наиболее оптимальной тактикой при выборе лечения данного пациенты будет являться выжидательная тактика, ежегодное проведение ПРИ, ПСА, периодическая биопсия.

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.

**Вопрос 1:** Укажите клиническую форму рака ободочной кишки?

**Вопрос 2:**Какой предраковый процесс чаще предшествует раку ободочной кишки?

**Вопрос 3:**Назовите самый информативный скрининг-тест на скрытую кровь при колоректальном раке?

**Вопрос 4:**Объем оперативного лечения?

**Вопрос 5:**Назовите наиболее распространенные схемы химиотерапии колоректального рака?

**Ответ 1:**Токсико-анемическая форма рака ободочной кишки

**Ответ 2:**Аденоматозные полипы, ворсиначатые опухоли, семейные полипозы

**Ответ 3:**Иммунохимический тест определения скрытой крови IFOBT (FIT)

**Ответ 4:**Правосторонняя гемиколэктомия - резекция ободочной кишки

**Ответ 5:**Химиотерапия проводится перорально или внутривенно, поэтому она имеет системное воздействие. Основой химиотерапии колоректального рака является лечение препаратами, называемыми фторпиримидинами , которые принимаются отдельно (монотерапия) или в сочетании с другими препаратами (комбинированная терапия). Используются такие фторпиримидины, как 5-фторурацил (5-FU), который вводится внутривенно , и капецитабин или тегафур-урацил (UFT), который принимается перорально. Фторпиримидины обычно сочетаются с лейковорином (LV), также известным как фолиновая кислота, препаратом, который повышает эффективность действия фторпиримидина . Обычно 5-FU принимается вместе с LV, что сокращенно обозначается 5-FU/LV. Болюсное введение 5-FU + лейковорин еженедельно в течение 6 недель, 2 недели перерыв => 3 цикла каждые 8 недель. При комбинированной терапии фторпиримидины сочетаются с другими препаратами для химиотерапии, такими как оксалиплатин и иринотекан.

Рак кожи, меланома

Ситуационная 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?

**Ответ 1:**Приобретенный невус

**Ответ 2:** Определение максимальной толщины опухоли в мм по Бреслоу, определение уровня инвазии по Кларку, указание о наличии или отсутствии изъязвления, определение митотического индекса.

**Ответ 3:**Если образование доброкачественное, то дальнейшего обследования не требуется.

**Ответ 4:** Rp.: Sol.Spiritusaethylici 70% - 100,0

 D.t.d. № 1 in flac

 S. В качестве антисептика при перевязках

**Ответ 5:** Защита от инсоляции, отказ от вредных привычек.

Ситуационная 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?

**Ответ 1:**Плоскоклеточный рак

**Ответ 2:**Экзофитная

**Ответ 3:**На первом этапе эксцизионная биопсия подозрительного образования на всю толщину кожи (не плоскостная резекция) с отступом не более 5 мм (оптимально 1-3 мм). Поиск метастазов: КТ/ рентгенография органов грудной клетки, КТ/ МРТ/ УЗИ органов брюшной полости и малого таза, УЗИ регионарных лимфоузлов

**Ответ4:** Rp.: Sol. Сhlorhexidini Spirituosae 0,5% - 500 ml

 D.S. Для обработки операционного поля

**Ответ 5:** На первом этапе эксцизионная биопсия подозрительного образования на всю толщину кожи (не плоскостная резекция) с отступом не более 5 мм (оптимально 1-3 мм) Возможно выполнение биопсии метастазов под контролем лучевых методов, если это повлияет на тактику лечения.

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.

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

**Вопрос 2:** Укажите наиболее информативный метод оценки глубины инвазии и перехода опухоли на параметрий и смежные органы?

**Вопрос 3:**К какой группе заболеваний нужно отнести эрозию шейки матки?

**Вопрос 4:** Назовите стандарт цервикального скрининга шейки матки на поликлиническом уровне?

**Вопрос 5**:Какие варианты комбинированного лечения возможны в данном случае при подтверждении распространения опухоли на параметрий?

**Ответ 1:** Стадия по FIGO – IIb.

**Ответ 2:** МРТ органов малого таза с внутривенным контрастированием.

**Ответ 3:**К фоновым процессам (которые составляют 80-85% патологических изменений на шейке матки).

**Ответ 4:** Мазок для цитологического исследования следует брать с поверхности экзоцервикса, с помощью шпателя из эндоцервикса — с помощью щетки эндобранша. Допустимо два образца (с экзоцервикса и эндоцервикса) наносить на одно стекло. Материал тонким слоем наносят на специально обработанное обезжиренное стекло с последующей фиксацией. Для классификации как «удовлетворительный» образец должен содержать как минимум 8000 —12 000 хорошо визуализируемых плоских клеток в традиционном мазке и 5000 плоских клеток в жидкостном образце.

**Ответ 5:** Расширенная экстирпация матки и химиотерапия.