### **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?

1. Рак молочной железы
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;
3. Панцирная
4. Rp.: Tabl."Ketonal" 0,1 №10

D.S.: Внутрь, по 1 таблетке 1 раз в сутки, после еды

5. Не учел данные анамнеза, не направил на повторную консультацию онколога.

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?

1. Двусторонняя мастоплазия
2. Гинекомастия
3. Гепатит B в анамнезе, потребление крепкого кофе.
4. Rp.: Tabl. Ademethionini 0,4 № 20

D.S.: Перорально, по 1 таблетке 1 раз в день, до обеда

5. 3 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?

Вопрос 2: Каков алгоритм обследования?

Вопрос 3: Наиболее вероятный диагноз?

Вопрос 4: Консультация какого специалиста необходима?

Вопрос 5: Какая операция предпочтительна в данной ситуации?

1. Фиброаденома, рак молочной железы, узловая мастопатия.
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;
3. Фиброаденома
4. Онколога
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?

1. Рак предстательной железы
2. Классификация по Глисону указывает вероятность распостранения опухоли в зависимости от ее гистологических особенностей. В конкретном случае индекс Глисона 6, что указывает на высокодифференцированный рак, вероятность распространения такой опухоли 25%.
3. Рак предстательной железы
4. Сцинтиграфия костей
5. Так как у пациента тяжелая сопутствующая патология и риск прогрессирования низкий, следует применить выжидательную тактику. Ежегодно пациенту следует проводить ПРИ, ПСА, повторные биопсии.

### **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?
6. Токсико-анемическая
7. Семейный полипоз
8. Гемокульт-тест, Иммунохимический тест определения скрытой крови IFOBT (FIT)
9. Резекция ободочной кишки
10. Цель химиотерапии – убить или повредить опухолевые клетки. 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. При комбинированной терапии фторпиримидины сочетаются с другими препаратами для химиотерапии, такими как оксалиплатин и иринотекан.

### **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?

1. Приобретенный невоклеточный невус
2. Определение максимальной толщины опухоли в мм по Бреслоу, определение уровня инвазии по Кларку, указание о наличии/отсутствии изъязвления, определение митотического индекса.
3. Если образование однозначно доброкачественное дальнейшего обследования не требуется.
4. Rp.: Sol.Spiritus aethylici 70% - 100,0

D.t.d. № 1 in flac

S. В качестве антисептика при перевязках

5. Защита он солнца, отказ от вредных привычек.

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?

1. Плоскоклеточный рак
2. Экзофитная
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
4. Rp.: Sol. Сhlorhexidini Spirituosae 0,5% - 500 ml

D.S. Для обработки операционного поля

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.

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?
6. IIb
7. МРТ органов малого таза с внутривенным контрастированием
8. К фоновым процессам, которые составляют 80-85% патологических изменений на шейке матки.
9. 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.
10. Расширенная экстирпация матки, Химиотерапия.