**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:** Невролог не собрал анамнез и жалобы на онкопатологию. не произвел осмотр, не уточнил характер, локализацию и направление иррадиации боли, 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?

**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.

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, липомой молочной железы, фиброаденомой, очаговым фиброзом.

**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**

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?

**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**

Задача 1.

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?

**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**

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.

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

**Ответ 4:** 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**

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?

**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.