

1-вопрос. Дифференциальная диагностика рака пищевода проводится с кардиоспазмом (ахалазией), хроническим эзофагитом, язвой пищевода, разнообразного рода Рубцовыми сужениями его после термических и химических ожогов, с доброкачественными опухолями (полипы, липома, миома и тому подобное) и дивертикулами, варикозным расширением вен пищевода, а также с опухолями средостения. Кардиоспазм характеризуется длительным наличием у молодых и людей среднего возраста. Состояние больных ухудшается после значительной психической нагрузки и волнений, улучшается после атропинизации и применения спазмолитиков. На фоне ахалазии наблюдается значительное расширение пищевода с ровными четкими краями на месте сужения. Заболевание заканчивается рубцеванием кардиального отдела пищевода и нуждается в оперативном вмешательстве. Рубцовые сужения пищевода также протекают длительно, волнообразно, с заострением и стиханием явлений дисфагии. В месте сужения пищевода контуры четкие. Выше сужения определяется выраженное расширение пищевода. Большое значение в распознавании заболевания имеет анамнез, из которого выясняется причина возникновения Рубцовых сужений. Дивертикулы пищевода встречаются сравнительно редко и характеризуются периодической дисфагией, болью за грудиной, регургитацией с неприятным запахом, значительной потерей массы тела. Дивертикулы являются обычно врожденной аномалией развития и потому чаще встречаются в молодом возрасте. Полипы развиваются на фоне хронического эзофагита на любом участке пищевода. Распознаются рентгенологически в виде округлых, с четкими контурами, дефектов наполнения. Эзофагоскопия с биопсией подтверждает диагноз. Хронический эзофагит характеризуется длительным анамнезом, периодическим усилением дисфагии. Диагностируется с помощью эзофагоскопии, во время которой видно гиперемированную рыхлую оболочку без сужений, а рентгенологически определяется периодический спазм участков пищевода с четкими ровными контурами. Больные должны находиться на диспансерном наблюдении. Рак пищевода от опухолей средостения легко дифференцировать с помощью рентгеноскопии и эзофагоскопии.

2-вопрос. Одним из так называемых предраковых заболеваний толстой кишки считаются ее полипы. При этом, частота ракового перерождения одиночных полипов толстой кишки достигает до 4%, а множественных – до 20%, по данным современных исследований. Вот почему так важно регулярное наблюдение у врача онколога лицам, у которых при колоноскопии были выявлены полипы. При этом, сами полипы могут и не проявляться вовсе в течение всей жизни человека. Отмечено, что в среднем частота встречаемости полипов толстого кишечника составляет до 30% (по данным вскрытий больных, умерших от другой патологии).

3-вопрос. Паранеопластическими синдромами обозначают симптомокомплексы, обусловленные опосредованным (гуморальными и др.) влиянием опухоли на обмен

веществ, механизмы иммунности, эндокринным органам. Самыми известными паранеопластическими синдромами при раке легкого являются деформация пальцев в виде “барабанных палочек” и гипертрофическая остеоартропатия (синдром Мари-Брамберга), которые часто сочетаются с плоскоклеточным и бронхоальвеолярным раком. Деформация пальцев происходит вследствие гиперемии фаланг с гипертрофией кости и мягких тканей, ногтевые пластинки в виде часовых стекол. Гипертрофической остеоартропатией чаще поражаются голеностопные и лучезапястные суставы, при этом контур сустава становится сглаженным, отмечается отечность мягких тканей в области мышечков, атрофия кожи. Такие изменения связывают с повышением концентрации соматотропного и гонадотропного гормонов в сыворотке крови, рефлекторным воздействием через блуждающий нерв, что связано секрецией опухолью АКТГ -подобного вещества. При раке легкого развиваются различные синдромы со стороны кожи, эндокринной, иммунологической системы.