

1. Методы лечения рака молочной железы

2. В основе лечения рака молочной железы лежит хирургическое вмешательство, однако применяется комбинированное лечение совместно с лучевой терапией и лекарственной (гормональной и химиотерапией).
3. Выбор метода или методов лечения зависит от:
4. возраста пациента;
5. характеристики первичной опухоли (локализация, размеры, наличие метастазов в подмышечных лимфатических узлах);
6. гистологической структуры опухоли;
7. Представительства гормональных рецепторов в опухоли
8. уровня экспрессии рецепторов эпидермального фактора роста;
9. наличия сопутствующих заболеваний.
10. В стадии IA (T1N0M0) обычно проводится резекция молочной железы или удаление собственно опухоли с частичным или полным удалением подмышечных лимфоузлов. В дальнейшем проводится лучевой терапией на оставшуюся часть молочной железы и лимфатических узлов. У больных с высоким риском местного рецидива и метастазирования проводятся курсы химиотерапии.
11. В стадии IIA обычно проводится радикальная мастэктомия по Маддену или мастэктомия по Пейти-Дайсену. Иногда бывает возможной органосохраняющая операция с удалением лимфоузлов и послеоперационной лучевой терапией на молочную железу. В послеоперационном периоде проводится иммунопрофилактика.
12. В стадии IIB (T2N0M0) помимо радикальной мастэктомии и лучевой терапии применяется химиотерапия по схеме CMF (6 курсов с интервалом 3 недели). Лучевая терапия может помимо послеоперационного также и предоперационное облучения.
13. В III и IV стадии проводится длительная предоперационная лучевая терапия на молочную железу и зоны регионарного метастазирования, а также полихимиотерапия и гормонотерапия. При положительных результатах предварительного лечения (уменьшение опухоли на 50% и более) выполняется радикальная мастэктомия с возможным сохранением большой грудной мышцы.
14. При отсутствии возможности проведения оперативного вмешательства продолжается лучевая терапия и химиотерапия по специальным схемам.
15. После радикальной мастэктомии при III-IV стадиях необходимо проведение послеоперационной лучевой терапии на грудную стенку и надключичную область.
16. Гормонотерапия является компонентом комплексного лечения, которое проводится при первично распространенных формах рака молочной железы. Показанием к применению гормонотерапии в настоящее время является наличие повышенного содержания рецепторов эстрогенов и прогестерона в опухолевой ткани.
17. Для снижения уровня эстрогенов, стимулирующих рост клеток молочной железы, применяется двусторонняя овариоэктомия, либо лучевая кастрация, либо прием препарата Золадекс, терапевтический эффект которого сходен с овариоэктомией. Введение в практику антиэстрогенов стало вытеснять остальные гормональные препараты, т.к. дает неплохие результаты. Например, Тамоксифен (нольваденс, зитазониум) который применяется длительно. Он блокирует эстрогены на уровне

рецепторов опухоли. Антиэстрогены могут применяться в менопаузе, либо после подавления функции яичников.

18. У женщин с сохраненной менструальной функцией показано применение андрогенов и их аналогов, глюкокортикоидов, прогестиннов, антиэстрогенов, ингибиторов ароматазы, облучение гипофиза, а также использование агонистов рилизинг-фактора гипоталамуса.
19. Реконструкция молочной железы после мастэктомии как правило проводится пластическим хирургом или хирургом-онкологом в стационаре. При этом под кожу или чаще даже между слоями большой грудной мышцы вшивается специальный протез, а затем производят реконструкцию ареолы и соска.

2. Осложнения рака легкого.

К осложнениям рака легкого относят профузное легочное кровотечение, стеноз трахеи или дисфагию при прорастании и сдавлении опухолью трахеи или пищевода, синдром верхней полой вены, патологические переломы костей и некоторые другие. Как правило, эти осложнения наблюдаются в запущенных случаях.

Профузные кровотечения - свидетельствуют о запущенности процесса, распаде опухоли. Это осложнение требует оказания неотложной помощи: переливания компонентов крови, применения кровоостанавливающих средств, выполнения срочной торакотомии, если консервативная терапия неэффективна.

Первая задача в ведении больного с массивным легочным кровотечением, в соответствии с принципами реанимации, — обеспечение проходимости дыхательных путей. Как правило, такие пациенты погибают от кровотечения, тем не менее единичные случаи успешных срочных операций позволяют рекомендовать включать их в арсенал всех лечебных мероприятий при кровотечениях.

3. **Ситуационная задача.** У больного хроническим геморроем появилась кровь в кале, вздутия кишечника, запоры. Зуда и боли в области заднего прохода нет. При ректороманоскопии обнаружены слегка расширенные кавернозные тельца прямой кишки. Тубус ректороманоскопа проведен на расстояние 13 см. В осмотренной части патологии не обнаружено. Ваша тактика?

Ответ: