

1-вопрос.

Наследственные факторы: эпидемиологами подсчитано, что среди женщин, родственники которых болели РМЖ, риск заболевания увеличивается в 2-3 раза по сравнению с общей популяцией женщин, и в 8 раз - при наличии этой патологии у сестры. Различают "семейный" и "наследственный" РМЖ. "Семейный" - скопление больных опухолями молочной железы в пределах одной семьи, которое чаще всего бывает случайным вследствие влияния общих внешних, канцерогенных факторов и проживанию в одинаковых условиях среды. Лишь 5% случаев РМЖ имеют наследственную природу. **К особенностям наследственного РМЖ относятся следующие**

щие признаки: 1. Значительно более ранний возраст возникновения и выявления РМЖ (средний

возраст 44 года). 2. Высокая частота билатеральных РМЖ (до 46%). 3.

Наследственный РМЖ является гетерогенным заболеванием и может проявиться в кровном родстве различными сочетаниями опухолей.

Генетическая модель развития опухолей молочной железы заключается в том, что под действием канцерогенов протоонкогены, находящиеся в организме в не активном состоянии, переходят в онкогены. Онкогены это дискретные генетические элементы в структуре ДНК, которые при их активации вызывают опухолевый рост. Схема онкогенеза выглядит следующим образом: канцероген → протоонкоген → онкоген → онкобелок → опухолевая трансформация → опухоль.

Менструальная функция - относительный риск заболеть РМЖ для женщин, у которых возраст наступления менархе до 12 лет в два раза выше, чем для женщин сначала месячных после 16 лет. Имеет также значение поздняя менопауза: риск возникновения РМЖ в 2-2,5 раза выше при наступлении менопаузы после 55 лет, чем при менопаузе до 45 лет. Детородная функция - в 1844 г. Ригони-Стерн определил риск развития РМЖ у монахинь в 5 раз выше, чем у остальных женщин. Имеет наибольшее значение возраст женщины в период первой беременности, закончившейся родами. МаеМабор (1978) приводит доказательства, что у рожавших ранее 18 лет риск заболеть РМЖ втрое меньше, чем у впервые рожавших после 35 лет. Повышение риска РМЖ связывается также с наличием как самопроизвольных, так и искусственных абортов, особенно до первых родов, длительным предохранением от беременности, отсутствие родов, нарушение лактационной функции: короткая лактация или алактация.

2-вопрос.

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-вопрос.

Скрининг колоректального рака - это сложное мероприятие, имеющее различные варианты его организации, требующее определенных усилий от пациентов (сбор образцов кала для определения в них скрытой крови, подготовка к проведению колоноскопии и др.) В виртуальной колоноскопии, рак толстой кишки тестирования для эндоскопической сделано без, без шланга в то время как расследование проводится в кишечнике, что. Полипы, прекурсоров колоректального рака используют МРТ (магнитно-резонансная томография) обнаружен рано. **Анализ кала на скрытую кровь (АКСК).** Для выявления скрытой крови в кале наиболее часто используется гваяковая проба Вебера. гибкая сигмоидоскопия, фиброколоноскопия (ФКС), ирригоскопия методом двойного контрастирования толстой кишки.