

1. Рак кожи. Меланома. Эпидемиология. Этиологические факторы. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.

Рак кожи.

Несколько чаще, чем мужчины, заболевают женщины. Предрасполагающими факторами являются: высокая инсоляция, длительные и интенсивные воздействия УФЛ, ионизирующее излучение, из профессиональных факторов—работа на открытом воздухе в условиях высоких и низких температур, обветривания, контакт с едкими веществами, продуктами перегонки нефти (мазут, гудрон и т. д.).

Предраковыми заболеваниями являются: пигментная ксеродерма (врожденное состояние повышенной чувствительности к солнечным лучам, проявляющееся ожогами с образованием грубых рубцов), дискератоз Бовэна (бляшковидное розовое образование, шелушащееся, с узким пигментным ободком), гиперкератозы, кожный рог, изъязвляющиеся рубцы после термических ожогов, остеомиелита, туберкулёзных свищей, волчаночные, трофические язвы (варикозные, нервно - трофические).

Рак кожи -

Клиника. Наиболее частая локализация - лицо, в местах физиологических складок. При базальноклеточном (менее злокачественном варианте) - это бляшковидное возвышение, состоящее из розеткообразно расположенных и сливающихся субэпителиальных глыбок, с западением в центре, иногда заполненным корочкой. При плоскоклеточном раке - это образование, состоящее из ткани, отдаленно напоминающей грануляционную, легко травмируемой, выделяющей лимфу или легко кровоточащей. Цвет ее розово-серый. Так процесс выглядит при экзофитном его росте. При эндофитном - это эрозия или язва с плотным кратерообразным краем, серо-розового цвета, иногда покрытая фибринозным налетом. Большого размера опухоли, локализующиеся на туловище или конечностях (развившиеся из язв, на рубцах) при ведении их под повязкой издают своеобразный, специфический запах.

Диагностика. Диагностика осуществляется на основании типичного внешнего вида, но главное морфологических исследований - цитологии мазков - отпечатков, гистоанализа биоптатов с края опухоли или язвы. Это в большинстве случаев позволяет дифференцировать процесс от туберкулеза, актиномикоза, волчанки. Для дифференцирования с сифилисом необходима еще и реакция Вассермана.

Тактика. При выявлении у больных вышеописанных предраковых заболеваний или подозрительных на рак их направляют к районному онкологу или в онкологический диспансер.

Лечение в I, II стадиях –при локализациях на лице вне века - лучевое (короткофокусная рентгенотерапия) на веке и вне лица - хирургическое иссечение. В III стадии -сочетанная лучевая терапия (внутриклеточная +дистанционная гамматерапия), удаление резидуальной опухоли. При вариантах „B" к вмешательству на первичном очаге добавляется регионарная лимфаденэктомия. При IV ст., если процесс локализуется на конечности – ампутации, экзартикуляции. При локализации на лице – паллиативная гамматерапия, регионарная и (или)

2. Паллиативная и симптоматическая помощь онкологическим больным.

Понятие и основные задачи

Паллиативное лечение – помощь направленное на облегчение состояния пациента, чье заболевание не поддается лечению. Паллиативное лечение применяют при невозможности проведения радикальной терапии. Лечение приводит к удлинению жизни, уменьшению страданий и улучшению качества жизни. Основная задача при паллиативном лечении это уменьшение и при возможности полное снятие болевого синдрома, симптоматическое лечение различных симптомов и синдромов ухудшающих качество жизни, воздействие на иммунную систему и предупреждение осложнений связанных с химио и лучевой терапией. Возможности современной медицины позволяет в некоторых случаях полностью приостановить рост опухоли и метастаз и тем самым значительно продлить жизнь пациенту. С большим успехом применяем *магнитотурботрон* и некоторые другие методы физиотерапевтического лечения, например *электросон*, трансаир, применяем электролечение для уменьшения болевого синдрома. **Симптоматическое лечение** — это активная общая помощь онкологическому больному в той стадии заболевания, когда противоопухолевая терапия оказывается неэффективной. В этой ситуации борьба с болями и иными соматическим проявлениями, а также решение психологических, социальных или духовных проблем больного приобретают первостепенное значение. **Цель симптоматического лечения** — при минимальном благоприятном прогнозе обеспечить максимально удовлетворительные условия жизни.

3. Синдром компрессии верхней полой вены. Неотложная помощь при синдроме компрессии верхней полой вены.

СВПВ-неотложное состояние, связанное с нарушением кровообращения в бассейне ВПВ.

Причина 3 основных патологических процесса:

1) сдавление вены извне (органы средостения) 2) прорастание стенки вены злокачественной опухолью 3) тромбоз ВПВ

К злокач опух, котор наиболее часто ослож-т: -неходжкинские лимфомы в переднем средостении, -рак правого легкого, -метастатические формы рака молочной, яичника, -саркома

Клиника-удушье, ортопноэ, ночные приступы удушья, отечность, цианоз лица, шеи, верхних конечностей, осиплость голоса, кашель, дисфагия, боли в гр клетке, обмороки, расширение подкожных вен (коллатерали).

Неотложка: -покой, возвышенное положение, -Назначают ингаляции кислорода - для купирования одышки, -фуросемид в дозе 20—40 мг внутривенно - для уменьшения выраженности отека и дексаметазон в суммарной дозе 16 мг в сутки внутривенно, -иногда

трахеостомия, интубация, противосудорожные препараты, - при тромбозе антикоагулянты-
стрептокиназа 250000ед в/в.