

## 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.