

1. Роль загрязнения окружающей среды в возникновении злокачественных опухолей.

Основные источники загрязнения атмосферного воздуха, почвы, водных бассейнов — предприятия металлургической, коксохимической, нефтеперерабатывающей, химической, целлюлозно-бумажной промышленности, а также транспорт. Поступление канцерогенных веществ в организм происходит ингаляционным путём, а также с пищей и водой. Высокий уровень загрязнения атмосферного воздуха городов и близость места проживания к некоторым типам промышленных предприятий связаны с увеличением риска рака лёгкого и других форм злокачественных опухолей. К основным канцерогенным веществам, загрязняющим воздух, относят полициклические ароматические углеводороды, асбест и некоторые металлы. В качестве индикатора существуют неоспоримые доказательства роли **солнечной инсоляции** в этиологии меланомы и других ЗН кожи. Количественные оценки свидетельствуют о росте риска с увеличением экспозиции к излучению ультрафиолетовой части спектра (длина волны 280-320нм). Активность инсоляции в большей степени связана с риском плоскоклеточного рака (по сравнению с базальноклеточным раком). Вероятность развития всех гистологических типов ЗН кожи резко возрастает при наличии в анамнезе солнечных ожогов.

2. Дифференциальная диагностика опухолей средостения.

При опухолях и кистах средостения необходимо проводить дифференциальный диагноз:

- между различными образованиями средостения;
- между опухолями и кистами средостения с псевдоопухолевыми заболеваниями в средостении;
- опухолей средостения с вторичными новообразованиями средостения;
- с рядом заболеваний органов дыхания: обструктивным бронхитом или бронхиальной астмой.

В дифференциальной диагностике между различными опухолями и кистами средостения необходимо учитывать сложность дооперационной дифференциальной диагностики различных опухолей и кист средостения; целесообразность их хирургического удаления, за исключением, лимфом и следовательно необходимости операции в сложных случаях; при подозрении на лимфому, тяжелых сопутствующих заболеваний, необходимо применение тонкоигольной аспирационной биопсии, а при ее неэффективности торакоскопии, медиастиноскопии.

В то же время в ряде случаев клиническая симптоматика облегчает дифференциальную диагностику. Например, дифференцировать тимому с лимфомой трудно, но задача решается при наличии миастенического синдрома. Последний иногда наблюдается при саркоидозе и нейробластоме.

При лимфогранулематозе в отличие от других опухолей средостения имеется

симптомокомплекс, включающий периодические повышения температуры до 38°, лейкоцитоз, эозинофилия, ускорение СОЭ, кожный зуд. Иногда выявляются группы увеличенных периферических лимфатических узлов.

Дифференциальная диагностика с заболеваниями сердца осуществляется на основе соответствующей клинической симптоматики (ангинозные загрудинные боли, нарушение ритма). В дифференцировке могут помочь данные ЭКГ, КТ, эхокардиография.

Аневризму крупных сосудов удается отличить от опухолей и кист средостения, благодаря характерному шуму над аневризмой, определяемой пульсации. Уточняется диагноз с помощью ангиографии, МРТ с болюсным контрастированием сосудов.

В ряде случаев развивающееся стридорозное дыхание, экспираторная одышка, принимаемые за признаки обструктивного бронхита, бронхиальной астмы, может быть симптомами опухоли и кист средостения, что может быть установлено при применении лучевых методов диагностики.

3. Осложнения рака желудка.

В процессе развития раковой опухоли желудка могут развиваться осложнения этого заболевания, вызывающие непосредственную угрозу жизни человека. К таким осложнениям относятся:

Кровотечение из опухоли вызывается раздражающим действием на опухолевую ткань желудочного сока или распадом опухоли (чаще это бывает при больших размерах пораженной стенки желудка). Кровотечение – это излитие крови через поврежденную стенку сосуда в просвет желудка. Общими проявлениями этого осложнения является нарастающая слабость, головокружение, может быть потеря сознания. При кровотечениях часто возникает рвота чистой кровью (со сгустками или без), или «кофейной гущей» - такой вид принимает кровь под воздействием желудочного сока. Очень часто при кровотечении возникает позыв на стул, который имеет черный цвет и может быть полужидкий или жидкий (так называемая «мелена» - жидкий дегтеобразный стул). При появлении таких симптомов необходимо немедленно вызвать бригаду Скорой медицинской помощи «03», лечь в постель. Можно положить холодную грелку на область желудка (подложечная область). При подтверждении диагноза такой больной в обязательном порядке госпитализируется в хирургическое отделение. Там выполняется обследование желудка с помощью эндоскопа (фиброгастроскопия) для определения характера кровотечения. если оно к тому времени остановилось или очень небольшое, то возможно лечение без операции - применение капельниц, кровоостанавливающих средств и различных методов воздействия прямо на область кровоточащего сосуда (прижигание лазером, электротоком, обкалывание лекарствами и так далее). Если же кровотечение не

останавливается и сила его велика, может потребоваться экстренная операция для спасения жизни больного.

Перфорация опухоли – это появление сквозного отверстия в стенке желудка прямо в брюшную полость. При этом желудочный сок и пища вытекают из желудка и вызывают сильнейшее воспаление всех тканей и органов живота (перитонит). Если не оказать человеку помощь немедленно, смерть наступает более чем в 50 процентах случаев. Проявлениями прободения является сильная боль в животе (иногда она носит характер кинжального удара). Живот становится напряженным и ощупывание его весьма болезненно. Может быть сухость во рту, тошнота или рвота. При появлении таких симптомов следует также немедленно вызвать Скорую помощь и лечь в постель. Допустимо положить холодную грелку на область желудка. Ни в коем случае не нужно принимать обезболивающие лекарства до осмотра врача – это притупит боль и смажет всю картину, может подтолкнуть доктора к неправильной оценке ситуации. При подтверждении диагноза все больные с перфорацией опухоли госпитализируются в хирургическое отделение и оперируются немедленно или после предоперационной подготовки.

Стеноз желудка - это осложнение развивается, когда опухоль достигает больших размеров и перекрывает собой просвет желудка. Развивающиеся при этом жалобы связаны с местом расположения опухоли в желудке. Если появляется чувство затруднения (застревания) при проглатывании пищи (вначале только твердой, а затем и полужидкой и жидкой), то это свидетельствует о расположении опухоли в том месте, где пищевод переходит в желудок (или выше, в самом пищеводе). В случае, если опухоль поражает все отделы желудка (субтотальное или тотальное поражение), появляется чувство быстрой насыщаемости во время еды (так называемый «синдром малого желудка»). Это связано с тем, что пораженный опухолью желудок перестает быть эластичным и не может принять то количество пищи, как раньше. Если опухоль располагается в выходном отделе желудка (то место, где он переходит в кишечник), то на первый план выходят жалобы на постоянную тяжесть в животе, чувство постоянного переполнения, рвота пищей, съеденной накануне (иногда даже более 24 часов назад). Эти расстройства вызваны сужением выходного отдела желудка и резким нарушением выхода пищи из него. Она застаивается в желудке и облегчение приносит только рвота (нередко больные самостоятельно вызывают ее), причем объем рвотных масс в этом случае может достигать до литра и более.

В отличие от первых двух это осложнение развивается постепенно и оставляет время для планового обращения к врачу и принятия соответствующих мер. Если по тем или иным причинам операции по удалению опухоли невозможна, то применяются небольшие хирургические вмешательства, направленные на ликвидацию только тягостного симптома и восстановления возможности поступления пищи в организм.