

## **ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №10**

### **1. Роль районного онколога в ранней диагностике злокачественных опухолей.**

**Функции онколога района:** 1) ежедневный прием больных; 2) консультация в поликлинике и в стационаре; 3) лечение онкологических больных: а) предраковых; б) больных раком; 4) химиотерапия (анализ крови 2 раза в неделю); 5) санпросветработа; 6) онкологические отделения

### **2. Скрининг колоректального рака.**

**Скрининг** — это обследование лиц без симптомов для выявления у них возможных аденоматозных полипов и колоректального рака. Лица, у которых при скрининге выявляют подозрительные признаки, должны быть подвергнуты диагностическому обследованию. Должны быть оценены персональные и семейные факторы.

Положительный результат скрининга требует проведения срочной колоноскопии и последующего наблюдения. Всем мужчинам и женщинам, начиная с 50 лет, должно быть предложено проведение скрининга для выявления аденоматозных полипов и рака с помощью одного из следующих методов:

- ежегодное исследование кала на скрытую кровь;
- проведение гибкой сигмоидоскопии 1 раз в 5 лет;
- проведение колоноскопии каждые 10 лет;
- ирригоскопия с двойным контрастированием плюс сигмоидоскопия каждые 5-10 лет.

Исследование кала на скрытую кровь (гемоккультный тест) является основным методом скрининга. Гемоккульт-тест (гваяковая проба, модифицированная Грегором) был разработан в 60-х годах XX в., к настоящему времени апробирован на миллионах людей. К основным достоинствам этого метода следует отнести простоту исследования и его относительную дешевизну. Основанием для проведения указанного теста является то, что колоректальные аденомы и карциномы второй или иной степени кровоточат. При проведении скрининга среди формально здорового населения от 2 до 6% обследованных имеют положительный гемоккульт-тест. При дальнейшем обследовании пациентов, имеющих положительный гемоккульт-тест, колоректальный рак выявляют в 5-10%, а железистые аденомы — в 20-40% случаев. В 50—70% случаев тест бывает ложноположительным.

Лицам, имеющим одного или двух родственников первой степени родства с колоректальным раком или аденоматозными полипами в возрасте до 60 лет, должен быть предложен скрининг, начиная с 40 лет, с помощью одного из указанных выше методов. У лиц из группы повышенного риска полипоза и колоректального рака показана полная колоноскопия с биопсией подозрительных участков слизистой оболочки, удалением полипов и их гистологическим исследованием в соответствии с критериями ВОЗ. Повторные колоноскопические исследования необходимо проводить не реже чем через 3 года. Несмотря на положительные результаты в некоторых зарубежных исследованиях, поголовный скрининг всего населения с использованием определения скрытой крови в кале может быть рекомендован пока только в качестве научных программ на национальном уровне. Однако скрининг в группах повышенного риска представляется оправданным.

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

**Синдром верхней полой вены** – симптомокомплекс, развивающийся вследствие нарушения кровообращения в системе верхней полой вены и затруднения оттока венозной крови от верхних отделов туловища. Классическими признаками синдрома верхней полой вены служат: цианоз; одутловатость головы, шеи, верхних конечностей, верхней половины грудной клетки; расширение подкожных вен; одышка, охриплость голоса, кашель и др. **Неотложка.** 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.