

1.«Синдром малых признаков» Савицкого при раке желудка.

Чтобы помочь врачу своевременно заподозрить наличие злокачественной опухоли желудка А.И. Савицкий объединил начальные клинические проявления в синдром «малых признаков», который включает следующую симптоматику: немотивированная общая слабость, снижение трудоспособности, быстрая утомляемость; -анорексия – немотивированное стойкое снижение аппетита вплоть до отвращения к пище, преимущественно мясной; -явления «желудочного дискомфорта» - ощущение переполнения желудка, чувство давления, тяжести и болезненности в эпигастрии. Больные ограничивают количество принимаемой пищи, становятся разборчивыми, «капризными» в выборе ее; беспричинное похудание; психическая депрессия, апатия, некоторая отчужденность, потеря интереса к окружающему, к тому, что раньше вызывало интерес. При раке кардиального отдела желудка к перечисленным симптомам присоединяется -дисфагия, боль за грудиной, напоминающая стенокардию. Строго говоря, вышеперечисленные симптомы не являются специфичными и могут наблюдаться и при некоторых других заболеваниях желудка, не являющихся онкологическими. Но значение синдрома «малых признаков» в том, что его знание помогает врачу заподозрить опухоль и своевременно направить пациента на рентгенологические и эндоскопические исследования.

2.Трудовые аспекты реабилитации онкологических больных.

Основной целью трудовой реабилитации являются трудоустройство инвалидов и их адаптация в семье и обществе. Для успешного проведения трудовой реабилитации необходимы: 1) точное определение физических и профессиональных возможностей пациента; 2) оценка требований, предъявляемых профессией инвалиду; 3) правильное определение соответствия способностей больного требованиям профессии;

В результате проведения медицинских реабилитационных мероприятий могут быть получены следующие результаты: 1) достаточно полное восстановление трудоспособности с возможностью возвращения к труду; 2) неполное восстановление - прежняя работа возможна только при определенных (облегченных) условиях; 3) полное восстановление как результат переобучения и переход на другую работу; 4) приобретение простейших навыков и возможностей самообслуживания; 5) отсутствие эффекта восстановления.

3. Меланома. Клиника и диагностика. Признаки малигнизации доброкачественного невуса.

Пигментным злокачественным опухолям свойственно большое разнообразие клинической картины. Это проявляется в различной форме, окраске, величине, консистенции и размерах первичного злокачественного новообразования.

В связи с тем, что **меланома** происходит из **пигментообразующих клеток** (меланоцитов), она может встречаться практически во всех органах и тканях. Развиваясь преимущественно из врожденных или приобретенных невусов, меланомы могут образовываться на фоне предракового меланоза Дюбрейля, невуса или на фоне видимо неизменной кожи. Источником опухоли во всех случаях являются малигнизированные пигментообразующие клетки - меланоциты.

В связи с частотой возникновения меланом из доброкачественных пигментных образований необходимо **знание клинических проявлений их малигнизации**: 1) рост невуса, 2) его уплотнение или изъязвление, 3) изменение окраски (усиление или ослабление), 4) появление гиперемии или застойного ореола вокруг его основания; развитие лущистых

разрастаний пигментного или непигментного характера вокруг первичного образования, 5) возникновение экзофитного компонента на поверхности невуса, 6) частые кровотечения, наличие увеличенных регионарных лимфатических узлов независимо от степени и характера изменений пигментного пятна, 7) образование вблизи невуса пигментированных дочерних узелков - сателлитов.

Таким образом, в распознавании меланомы решающую роль играют три характерных клинических симптомов: темная окраска, блестящая поверхность и склонность к распаду. Эти клинические симптомы обусловлены процессами, происходящими в опухоли: накопление пигмента, поражением эпидермального слоя кожи, хрупкостью новообразования.

Диагностика:

1) Анамнез

2) **осмотр**- Наличие следующих симптомов говорят в пользу меланомы:

- исчезновение кожного рисунка на поверхности невуса;
- наличие блестящей, глянцевой поверхности невуса;
- наличие асимметрии или неправильности очертаний (фестончатости) краев невуса;
- шелушение поверхности невуса с образованием сухих корочек;
- наличие мелких узелков на поверхности невуса;
- изъязвление эпидермиса над невусом;
- наличие воспалительного красного венчика вокруг невуса;
- наличие мокнущести и кровоточивости на поверхности невуса;
- наличие дочерних пигментированных или розовых сателлитов в коже вокруг невуса - меланомы.

2) Пальпация

3) **Анализ мочи на реакцию Якиша**. При меланомах повышается содержание бесцветных промежуточных продуктов синтеза меланина - меланогенов, которые выделяются с мочой (меланурия). Под влиянием кислорода они окисляются, превращаясь в меланин, и моча приобретает темную окраску. 4) рентген гр клетки (наличие метастазов).

5) **Дерматоскопия или эпиллюминесценция**. Данный метод представляет собой поверхностную микроскопию и является вспомогательным для диагностики ранних форм первичных меланом кожи. Принцип метода состоит в просвечивании эпидермиса под 10-40-кратным увеличением. Дерматоскопия позволяет выявить в пигментных образованиях штрихи, точки, «молочную вуаль» и другие признаки, характерны для ранней меланомы кожи.

6) **Радиофосфорная диагностика**. Интенсивное избирательное накопление радиоактивного фосфора в ткани растущей злокачественной опухоли. 7) Одним из ведущих методов в адекватной диагностике первичной меланомы кожи является **цитологическое исследование**, позволяющее морфологически верифицировать диагноз.

Объектами цитологического исследования при меланоме служат мазки - отпечатки и соскобы с мокнущей, изъязвленной или мацерированной поверхности опухоли кожи, пунктаты опухоли и лимфатических узлов, подозрительных на метастатическое поражение. 8) **узи почек, печени** .