

1. Смотровые кабинеты. Цели и задачи смотрового кабинета.

Смотровые кабинеты являются одной из форм профилактических осмотров населения.

1. Смотровый кабинет организуется в амбулаторно - поликлиническом учреждении.
2. Кабинет размещается в отдельной комнате, оснащается специальным оборудованием.
3. Работает в кабинете средний медицинский работник, прошедший специальную подготовку по онкологии.
4. Профилактический осмотр женщин включает осмотр кожных покровов и видимых слизистых оболочек, осмотр и пальпацию щитовидной и молочных желез, живота, периферических лимфатических узлов, осмотр в зеркалах шейки матки и влагалища, бимануальное обследование матки и придатков, пальцевое обследование прямой кишки женщинам старше 40 лет и при наличии жалоб. У всех женщин, обратившихся в кабинет, берутся мазки с цервикального канала и шейки матки и направляются в цитологическую лабораторию.
5. Профилактический осмотр мужчин включает осмотр кожных покровов и видимых слизистых оболочек, осмотр и пальпацию области щитовидной железы, грудных желез, живота, периферических лимфоузлов, наружных половых органов, пальцевое обследование прямой кишки и предстательной железы.

2. **Рак щитовидной железы. Эпидемиология. Этиологические факторы. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.**

В отличие от других локализаций заболевают не только лица пожилого возраста, но и молодого (20 – 40 лет), и даже дети.

Способствуют заболеванию: проживание в очагах эндемии зоба, ионизирующее излучение, как наружное, так и в результате - инкорпорирования радиоактивного йода, воспалительные заболевания железы с исходом в фиброз, страдающие зобом Риделя, Хашимото, рецидивирующим эутиреоидным зобом; длительно лечившихся тиреостатическими препаратами по поводу тиреотоксикоза.

Клиника:

К **ранним клиническим симптомам**, указывающим на озлокачествление относятся: •ускоренный рост объема щитовидной железы за последние 6 месяцев; •уплотнение консистенции железы; •появление бугристости в ткани железы.

К **поздним клиническим** симптомам относятся: •осиплость голоса, указывающая на прорастание в возвратный нерв; •дисфагия, которая характерна при прорастании опухоли в пищевод; •чувство удушья, характерное для прорастания и сдавления стенки трахеи.

Диагностика:

Дооперационный диагноз устанавливается на основании клинических проявлений заболевания, результатах УЗИ щитовидной железы, шеи и тонкоигольной биопсии опухоли. Помимо этого к числу обязательных диагностических методов исследования относятся рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях, томография шеи и средостения, а также ларингоскопия.

По индивидуальным показаниям производится эзофагография (эзофагоскопия), бронхоскопия, компьютерная (МРТ) томография шеи и средостения, пункционная или эксцизионная биопсия увеличенных лимфатических узлов шеи, остеосцинтиграфия, сканирование щитовидной железы, рентгенография костей, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства,

ангиография, флебография и лабораторные тесты для выявления маркеров рака щитовидной железы: кальцитонин, тиреоглобулин, раково-эмбриональный антиген. В ряде случаев целесообразно исследование концентрации ТТГ, трийодтиронина и тироксина в периферической крови.

Лечение: Дифференцированные морфологические формы рака щитовидной железы хорошо поддаются лечению и благоприятны в прогностическом отношении. Медулярная, плоскоклеточная и недифференцированная карциномы характеризуются высоким метастатическим потенциалом и инвазивным ростом, а потому обычно трудно излечимы. Выбор метода лечения определяется степенью распространения опухоли и ее морфологической принадлежностью.

Лечение Основным методом лечения больных состоит в выполнении оперативных вмешательств в сочетании с супрессивной гормонотерапией L-тироксина, а также дистанционной гамма-терапии и курсами радиойодтерапии по индивидуальным показаниям. В большинстве наблюдений такой подход приводит к излечению больных.

Дифференцированных форм (папиллярный, фолликулярный рак) в I - III стадиях преимущественно оперативное - *от резекции до тиреоидэктомии*. При метастазах в лимфоузлы - *лимфаденэктомии* - футлярно-фасциальные или по Крайлю. После субтотальных резекций и экстирпации железы - обязательна заместительная гормонотерапия. Низкодифференцированный рак лечится преимущественно *химиолучевым методом*. Необходимо помнить, что высокодифференцированный рак щитовидной железы является курабельным и при наличии отдаленных метастазов (в кости, лёгкие), поэтому направление в онкодиспансер на консультации и лечение должно осуществляться и в этой стадии процесса. Назначенное эндокринологами или онкологами лечение (обычно гормонотерапия) в случаях, когда эти больные наблюдаются у врачей общей сети, не должно ими отменяться.

Ранняя диагностика возможна при условии полного обследования, в том числе морфологического исследования пунктата в каждом случае выявления узловых процессов в щитовидной железе.

Профилактика *Лечение гипотиреоидных состояний.*

3. Клиника и диагностика рака пищевода.

Клиника. Проявления рака пищевода достаточно стабильны и однообразны. В.Г. Лалетиным в 1987 году предложена классификация клинических форм рака пищевода, согласно которой выделяют следующие формы:

1. **Дисфагическая** – встречается у 75% больных и проявляется нарушениями прохождения пищи по пищеводу.
2. **Болевая** (шейная, загрудинная, брюшная и позвоночная) – встречается у 15% больных и характеризуется возникновением боли, которая в половине случаев связана с приемом пищи.
3. **Диспептическая** – отмечается у 5% пациентов. Для нее характерны тошнота, отрыжка, рвота. Эта форма встречается преимущественно у больных, имеющих опухоль нижнегрудного или абдоминального отделов пищевода, часто распространяющихся на кардиальный отдел желудка.
4. **Гортано-трахеально-бронхиальная** – имеет место у 5% пациентов. Ведущими симптомами являются осиплость голоса, затрудненное дыхание, приступы кашля при проглатывании слюны и пищи.

Диагностика. Состоит из 2 этапов: первичной диагностики, т.е. выявлении опухоли, и уточняющей диагностики – установлении характера и распространенности опухолевого процесса. Поэтому все исследования проводятся в определенной последовательности. При первичной диагностике изучают анамнез заболевания, проводят рентгенологическое и эндоскопическое исследования с гистологическим исследованием биоптата. Наиболее эффективным методом первичной диагностики является эзофагоскопия с биопсией. Уточняющая диагностика опухолевого процесса основана на комплексном использовании инвазивных и неинвазивных диагностических методов. К последним относятся компьютерная томография (КТ), ультразвуковое исследование (УЗИ), позитронная эмиссионная томография (ПЭТ). К инвазивным методам относится лапароскопия, целью которой является морфологическое подтверждение наличия метастазов в лимфатические узлы брюшной полости и выявление канцероматоза брюшины. Все большее значение для уточняющей диагностики приобретает метод эндоскопической ультрасонографии, дающий возможность оценить глубину прорастания опухоли, состояние окружающих пищевод органов и лимфатических узлов.