

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №9

1.Смотровые кабинеты. Цели и задачи смотрового кабинета.

Основными задачами смотрового женского кабинета являются:

- обязательный профилактический осмотр всех женщин, обратившихся впервые в течение года в амбулаторно-поликлиническую организацию, независимо от возраста и характера заболевания, в целях раннего выявления хронических, предопухолевых заболеваний и злокачественных новообразований.
- профилактический осмотр включает осмотр кожных покровов, пальпацию щитовидной железы, пальпацию периферических лимфатических узлов, осмотр видимых слизистых оболочек; осмотр и пальпацию молочных желез; осмотр шейки матки на зеркалах со взятием мазков на цитологическое исследование, бимануальное обследование матки, придатков; пальцевое исследование прямой кишки; обязательное взятие у всех обратившихся в кабинет мазков с шейки матки, из влагалища и цервикального канала и направление их в цитологическую лабораторию для исследования;
- направление лиц с подозрением на заболевание и с выявленной злокачественной патологией гениталий к районному гинекологу территориальной поликлиники и онкогинекологу;
- больные с выявленной патологией направляются к врачу соответствующей специальности (гинекологу, маммологу, ЛОР-врачу, хирургу и т.д.);
- направление женщин с жалобами на боли в области молочных желез районному онкологу, маммологу;
- направление женщин с изменениями в области молочных желез онкологу с рекомендацией ультразвукового исследования и обследования в рентгеномаммографическом кабинете;
- направление женщин в рентгеномаммографический кабинет, независимо от наличия или отсутствия жалоб на боли в области молочных желез, согласно действующим приказам;
- выявленные больные с другой патологией гениталий направляются к гинекологу ЦРБ или женской консультации, районному и другим специалистам.
- проведение санитарно-просветительной и разъяснительной работы среди женского населения, прикрепленного к поликлинике;
- учет и регистрация проводимых профилактических осмотров и результатов цитологических исследований по установленным формам первичной медицинской документации.

Основными задачами мужского смотрового кабинета являются:

- обязательный профилактический осмотр всех мужчин, обратившихся впервые в течение года в амбулаторно-поликлинические организации, независимо от возраста и характера заболевания, в целях раннего выявления хронических, предопухолевых заболеваний;
- профилактический осмотр включает осмотр кожных покровов и видимых слизистых оболочек, периферических лимфоузлов, осмотр и пальпацию грудных желез, наружных половых органов (половой член, органы мошонки – яички и придатки яичек), пальцевое ректальное исследование прямой кишки с осмотром предстательной железы и семенных пузырьков (мужчинам старше 40 лет ежегодный осмотр), а также тщательный сбор анамнеза заболевания;
- направление цитологических материалов в централизованные цитологические лаборатории онкологического диспансера;
- направление лиц с подозрением на онкозаболевание и с выявленной злокачественной патологией гениталий и грудной железы к онкоурологу и онкохирургу областного онкологического диспансера для уточнения диагноза и лечения;
- выявленные больные с другой патологией гениталий направляются к урологу ЦРБ;
- проведение санитарно-просветительной и разъяснительной работы среди мужского населения, посещающих поликлинику;
- учет и регистрация проводимых профилактических осмотров и результатов цитологических исследований по установленным формам первичной медицинской документации.

Смотровые кабинеты являются одной из форм профилактических осмотров населения.

1. Смотровой 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. Методы лечения рака желудка. Понятие о лимфодиссекции.

Лечение рака желудка

Основным методом лечения РЖ является оперативное, объем которого зависит от стадии.

Лучевая и химиотерапия носят вспомогательный характер и недостаточно эффективны.

Если поражение ограничено только слизистой оболочкой и нет метастазов в регионарные лимфоузлы, применяются эндоскопические операции:

Электродеструкция, лазерная деструкция, электрорезекция (полипэктомия), эндоскопическая фотодинамическая терапия.

В этих случаях и при остальных вариантах рака желудка 1 стадии используются полостные операции.

В зависимости от зоны поражения применяют один из 3 основных типов операции: дистальную субтотальную резекцию желудка, проксимальную субтотальную резекцию желудка, гастрэктомию.

Дистальная субтотальная резекция с удалением малого и большого сальников показана при экзофитном раке нижней трети желудка, проксимальную субтотальную резекцию выполняют при раке кардиального отдела. В остальных случаях, а также при инфильтративном типе роста выполняют гастрэктомию. При распространении опухоли на соседние органы (левую долю печени, селезенку, поперечно-ободочную кишку) применяют комбинированные операции.

Типы радикальных операций различают также в зависимости от **объема лимфодиссекции**.

Стандартная гастрэктомия D1 предполагает полное удаление желудка с малым и большим сальником и удалением лимфоузлов первого порядка (N1). Если к этому объему добавляется удаление лимфоузлов второго порядка к названию операции добавляется символ D2. Если к тому же удаляют лимфоузлы третьего порядка – символ меняется на D3.

В некоторых случаях оправданы паллиативные резекции желудка, которые не влияют на прогноз, но способствуют более удовлетворительному качеству жизни. При осложненном нерезектабельном раке желудка показаны симптоматические вмешательства (гастроэнтеростомия, гастростомия, операция Майдля и др.).

Неoadьювантная (дооперационная) химиотерапия в ряде случаев может повышать резектабельность, однако существенно не улучшает отдаленные результаты.

Вопрос о назначении адьювантной химиотерапии (дополнительной после операции) решается индивидуально с учетом неблагоприятных прогностических факторов (3 стадия заболевания, молодой возраст, низкая степень дифференцировки опухоли, наличие метастазов в регионарных лимфоузлах и др). Используют 5-фторурацил, фторафур, адриабластин.

Комплексное и комбинированное лечение желательнее проводить в условиях специализированного онкологического учреждения.

3. Рак толстой кишки. Эпидемиология. Этиология. Факторы риска.

Преимущественный возраст заболевших - более 50 лет. Чаще женщины.

ФАКТОРЫ РИСКА РАКА КИШЕЧНИКА

Диета

Повышение в рационе питания количества мяса (особенно говядина и свинины) и снижение количества пищевых волокон и клетчатки повышает риск рака толстой кишки. Это связано с тем, что такое питание ускоряет рост бактерий, вырабатывающих канцерогенные (способствующие возникновению злокачественных опухолей) вещества.

Питание, обогащенное продуктами с большим содержанием клетчатки (цельнозерновой хлеб и злаковые), избавляет кишечник от данных канцерогенов, снижая, тем самым, риск рака. Овощи также способствуют этому.

Среди вегетарианцев уровень заболеваемости раком толстой кишки заметно ниже.

Вредные привычки и профессиональные вредности

Курение может увеличивать риск заболеть, высокая частота рака толстой и прямой кишки среди работников лесопилок и асбестных производств.

Наследственность

Если у родственников первой линии родства был рак, риск заболеть повышается на 3-5 процентов.

Хронические воспалительные заболевания толстой и прямой кишки

Среди больных неспецифическим язвенным колитом риск развития рака толстой кишки равен примерно 15-30 процентов, при болезни Крона – 15 процентов. Известно, что рак толстой кишки является осложнением при хроническом язвенном колите. Через 8-10 лет с момента возникновения язвенного колита начинает увеличиваться риск развития колоректального рака. Риск развития колоректального рака у пациента с язвенным колитом также зависит от выраженности заболевания и расположения очага воспаления.

Коэффициент заболеваемости раком толстой кишки на фоне язвенного колита составляет:

2,5% через 10 лет,

7,6% через 30 лет,

10,8% через 50 лет.

Полипы кишки -предотвратить развитие колоректального рака (рак толстой и прямой кишок) может удаление доброкачественных полипов толстой кишки.

Особо следует выделить диффузный семейный полипоз. Это заболевание, передающееся по наследству, при котором в толстой кишке с молодого возраста образуется множество (сотни, иногда тысячи) полипов с высоким риском перерождения в рак. Особенно опасны аденоматозные полипы. Они озлокачиваются чаще.

Уже перенесенный в прошлом рак толстой кишки

Гипотония и атония кишечника в пожилом возрасте

Хронические запоры.