

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №1

1. Структура онкологической службы в Республике Казахстан. Принципы организации онкологической помощи в РК. Задачи онкологической службы РК. Структура онкологической службы в РК

1 НИИ онкологии и радиологии (Алматы)

18 регионарных онкологических диспансеров

263 онкологических кабинета в поликлиниках общей лечебной сети

В основу организации практической онкологической службы легли принципы профилактического здравоохранения, предусматривающие единый, плановый характер работы онкологической службы, квалифицированную бесплатную помощь, профилактическую направленность (обслуживание по диспансерному типу), социальное обеспечение в случае полной или частичной утраты трудоспособности. Одним из принципов, лежащих в основе организации противораковой борьбы, является также приближение специализированной помощи к онкологическим больным, что достигнуто созданием системы строгого районирования сети онкологических учреждений.

Основными задачами онкологического диспансера являются:

1. Обеспечение специализированной помощи.
2. Диспансеризация онкологических больных.
3. Организационно – методическая помощь медицинским учреждениям общего профиля по вопросам ранней диагностики злокачественных опухолей.
4. Систематический анализ показателей заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований соответствующей территории.

Первичным звеном в структуре онкологической службы является онкологический кабинет.

Основными задачами онкологического кабинета являются:

1. Организация ранней диагностики злокачественных новообразований.
2. Диспансеризация онкологических больных и лиц из групп повышенного риска.
3. Реабилитация онкологических больных.
4. Оказание медицинской помощи больным по рекомендации онкологических учреждений.

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. Предраковые заболевания кожи. Невусы: меланомоопасные и меланомонеопасные

1) К группе **меланомонеопасных невусов и неневоидных образований** относят внутридермальный пигментный невус (обыкновенное родимое пятно), фиброэпителиальный невус, папилломатозный и веррукозный (в том числе волосяной) невусы, «монгольское» пятно, галоневус (невус Сеттона) и некоторые другие заболевания кожи (например, себорейную кератому, гемангиому, телеангиэктатическую гранулему, лентикулярную дерматофибром, гистиоцитому).

Представим для ориентировки краткое описание некоторых из этих образований.

Внутридермальный невус. Это обыкновенное, как правило, родимое пятно, встречающееся практически у всех людей, причем число их различно — от единичных до нескольких десятков. Отличительной чертой этих невусов является стойкая гиперпигментация, четкие границы, мягкая консистенция, подобная пальпаторно окружающей коже, отсутствие воспалительных явлений, воспаления на поверхности. Их следует отличать от так называемых гиперпигментированных пятен при беременности, веснушек, лентиго и т.д.

Фиброэпителиальный невус. Может существовать с рождения или появляться в разные периоды жизни. Локализуется чаще всего на лице или туловище. Эти невусы могут быть единичными или множественными. Образование имеет форму полушара, широкое основание, возвышается над уровнем кожи, изредка располагается на ножке. Консистенция невусов мягкая или мягкоэластичная, размеры — несколько миллиметров, сантиметр или немного больше. Цвет опухоли — от тона окружающей кожи до темно-коричневого. В большинстве случаев сохранен или даже усилен волосяной покров (фиброэпителиальный волосяной невус). Если на поверхности образования имеется телеангиэктазия, невус называют ангиофиброэпителиальным. Невус может воспаляться, например, при травме, тогда вокруг него возникает инфильтрат, иногда с флюктуацией, напоминая нагноившуюся атерому.

Папилломатозный и веррукозный невусы. В большей части случаев эти, по существу клинически идентичные, разновидности невусов существуют с рождения или раннего детства и растут, как правило, медленно. Встречаются они на любом участке тела, хотя папилломатозные невусы чаще локализуются на волосистой части головы, а веррукозные — на коже туловища и конечностей. Эти образования имеют бугристую поверхность, значительно выступают над поверхностью кожи, на их поверхности, как правило, есть волосы, на веррукозных невусах иногда видны трещины. Окраска невусов — от цвета нормальной кожи до черного. Размеры описываемых образований могут быть самыми различными, вплоть до 6 — 7 см. Папилломатозный и тем более пигментированный волосяной веррукозный невус, особенно располагающийся на лице и других открытых участках кожи, причиняет больным, в первую очередь женщинам, существенные косметические неудобства и пациенты нередко настаивают на устранении таких невусов. Правильная диагностика и выбор адекватной лечебной тактики в таких случаях являются весьма ответственными для врача. Нам представляется, что консультация онколога в подобных ситуациях обязательна.

«Монгольское» пятно. Клиника этого заболевания своеобразна. «Монгольское» пятно располагается почти всегда в пояснично-крестцовой области, но может локализоваться и на других участках кожи. Очаг его округлой формы, с четко выраженными границами, голубоватого, синюшного или коричневого цвета. Пятно может достигать 5—6 см. в диаметре. Как правило, «монгольское» пятно является врожденным образованием, постепенно оно уменьшается в размерах, изменяет окраску и в большинстве случаев исчезает еще в детском возрасте.

Галоневус, или болезнь Сеттона (от греческого слова «halos» — кольцо, круг). Он представляет собой образование, слегка возвышающееся над уровнем кожи, эластической консистенции, красновато-коричневого цвета, диаметром 2—5 мм, с характерной особенностью — наличием депигментированного венчика в окружности. Этот венчик в несколько раз больше пигментированного образования, располагающегося в центре. По мнению некоторых исследователей, галоневусы нередко сочетаются с иными неневоидными образованиями кожи, например с фиброэпителиальными невусами. Могут встречаться при раке внутренних органов.

2) Меланомоопасные невусы и поражения кожи

В эту группу входят в основном следующие заболевания: пограничный пигментный невус, синий невус, невус Оты, гигантский пигментный невус и ограниченный предраковый меланоз Дюбрея.

Пограничный пигментный невус. Обычно имеет вид плоского узелка размерами от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров (4 — 5 см.), но чаще всего диаметр узелка составляет 1 см. Локализация этого образования может быть различной, но следует учитывать, что, по данным некоторых исследователей, пигментные невусы, располагающиеся на коже ладоней, подошв, половых органов, как правило, являются пограничными. Поверхность невуса сухая, гладкая, изредка неровная, всегда лишена во-лосяного покрова. Консистенция образования в большинстве случаев не отличается от окружающей кожи, но может быть более плотной. Окраска пограничного невуса различная — от светло - коричневого, синюшно - фиолетового до черного. Иногда контуры образования или пятна, имеют волнистую форму. Образование может изменяться в размерах и цвете, но очень медленно. Описывают еще так называемый кокардный пограничный невус, который характеризуется постепенно усиливающейся пигментацией по периферии в виде концентрических колец. Следует заметить, что пограничный пигментный невус может быть единичным, но возможны и множественные образования.

Синий невус. Он представляет собой полусферическое образование, выступающее над уровнем кожи, с четкой границей. Поверхность невуса мягкая, без волос, имеет вид туго натянутой кожи. Цвет его голубой или синий, реже коричневый. Размеры невуса небольшие и, как правило, не превышают в диаметре 1 см. Следует отметить, что синий невус чаще всего встречается на лице, стопе, подошве, ягодицах, голени. Обычно образование бывает единичным, но описаны случаи и многочисленных синих невусов.

Невус Оты. Некоторые авторы называют его черно-синюшным глазоверхнечелюстным невусом. Типичная локализация этого образования — лицо (область иннервации I и II ветвей тройничного нерва). Он состоит из одного большого или множества сливающихся друг с другом пятен черно-синюшного цвета, располагающихся в области щеки, верхней челюсти, скуловой дуги. Обязательна при этом пигментация в различных отделах глаза: конъюнктиве, склере, радужной оболочке. Иногда в процесс вовлекается красная кайма губ и слизистые оболочки носа, мягкого нёба, глотки, гортани.

Гигантский волосяной пигментный невус. Этот врожденный невус редко встречается на лице, обычно он поражает конечности и туловище. Невус относительно быстро, по мере роста ребенка, увеличивается в размерах. Он достигает величины от 10 до 40 см. и более. Поверхность его неровная, бородавчатая, с трещинами. Часто отмечаются явления гипертрихоза. Цвет образования — от серого до черного. Надо сказать, что по данным разных авторов трансформация этого невуса в меланому представляет явление нередкое - по сборным статистическим данным некоторых исследователей, малигнизация гигантского пигментного невуса происходит у 1,8 — 13% больных. Следует напомнить, что, согласно данным некоторых авторов, особую опасность представляет озлокачествление гигантских пигментных невусов у детей. Не останавливаясь подробно на этом заболевании, заметим, что гигантский волосяной пигментный невус всегда должен вызывать настороженность в отношении трансформации его в меланому. Следует также упомянуть мнение некоторых исследователей, указывающих на тот факт, что в определенных случаях гигантский невус сопровождается другими врожденными пороками развития, например гидроцефалией, неврологическими расстройствами и возникновением первичной меланомы мягкой мозговой оболочки, что очень важно в диагностическом плане.

Ограниченный предраковый меланоз Дюбрея (синонимы: lentigomaligna, melanoma in situ, melanosis maligna, melanoma pra-escancerosa, лентигомеланома, меланоцитома, невоцитома и др.). Одни исследователи относят меланоз Дюбрея к пигментным невусам, в частности меланомоопасным, другие утверждают, что ограниченный предраковый меланоз Дюбрея не является невусом или невоидным образованием, а принадлежит к дерматозам. Меланоз Дюбрея, безусловно, относится к меланомоопасным образованиям. Более того, мы разделяем мнение тех немногих исследователей, которые считают, что меланома, развивающаяся на месте меланоза Дюбрея, может иметь более злокачественное течение, чем невогенная меланома. Поэтому и тактика лечения этого заболевания, о чем будет сказано ниже, должна быть более активной, чем при так называемых меланомоопасных невусах.

Клиническая картина меланоза Дюбрея довольно характерна. Поражаются преимущественно пожилые люди. Заболевание начинается, как правило, с малого пигментного пятна. Далее очаг, развиваясь, приобретает нерезкие границы. В развитом состоянии меланоз Дюбрея имеет величину от 2 — 3 до 5 — 6 см. в диаметре.

3. Дисфагия. Классификация. Методы лечения.

Основным симптомом рака пищевода является дисфагия. Это состояние, при котором развивается нарушения прохождения пищи по пищеводу вследствие перекрытия его просвета растущей опухолью.

Различают несколько стадий дисфагии, которые различаются по характеру пищи, которую невозможно проглотить и развиваются одна в другую с течением времени:

1 стадия – затруднения при проглатывании твердой пищи. При этом человеку приходится постоянно запивать съеденные кусочки пищи.

2 стадия – затруднение при проглатывании кашицеобразной (полужидкой пищи) – каши, пюре и тому подобное.

3 стадия – затруднение при проглатывании жидкости (вода, чай и так далее).

4 стадия – полная непроходимость пищевода

Хирургический метод лечения дисфагии

Его цель – это удаление причины нарушения питания (опухоль) либо создание другого пути поступления пищи в организм.

При раке пищевода уже много десятилетий используется метод наложения гастростомы. Это небольшое хирургическое вмешательство, в процессе которого в желудок вшивается трубка, которая выводится на переднюю брюшную стенку. Через нее жидкая пища шприцем вводится прямо в желудок. Основные отрицательные стороны этого метода – необходимость постоянного ухода за гастростомой и психологический дискомфорт больного.

Лучевая терапия – воздействие лучами высоких энергий непосредственно на опухоль. Под воздействием облучения опухоль уменьшается в размерах (иногда очень значительно), просвет пищевода раскрывается, и больной получает возможность питаться через рот.

Облучение может проводиться как дистанционно (через кожу на специальных аппаратах), так и контактным методом (так называемая брахитерапия), когда источник излучения вводится прямо в просвет пищевода непосредственно к опухоли.

Совместное использование дистанционной и контактной лучевой терапии носит название сочетанной лучевой терапии.

Способ усиления эффекта от лучевой терапии – применение его в комплексе с химиотерапией (противоопухолевое лекарственное лечение). Само по себе оно почти не применяется для лечения дисфагии из-за небольшой эффективности, а при использовании одновременно с облучением усиливает его эффект.

Эндоскопические методы лечения дисфагии

Наибольший интерес представляют различные эндоскопические методики лечения дисфагии. Их особенность в том, что выполняются они без повреждающего воздействия на организм человека в целом (как при облучении), не сопровождаются никакими разрезами на теле (как при операции) и проводятся через эндоскоп – аппарат для визуального осмотра просвета пищевода. Воздействие на опухоль в этом случае может осуществляться самыми разными методиками – механическими, физическими, биологическими и химическими.

Бужирование

Самый старый эндоскопический метод лечения дисфагии – это бужирование. При этом через суженный просвет пищевода поочередно проводятся специальные цилиндрические «палочки» возрастающего диаметра, механически «раздвигающие» опухоль и расширяющие просвет. Идентичен бужированию и метод баллонной дилатации. В этом случае до уровня опухоли вводится баллон, который затем раздувается жидкостью и тем самым «раздвигает» стенки опухоли.

Основные недостатки этих методов – кратковременность эффекта и достаточно высокий риск разрыва стенок пищевода (это бывает в 6-13 процентах случаев).

Химические методы – обкалывание опухоли различными веществами (чаще всего используется 96% этиловый спирт), вызывающими некроз (омертвевание) ткани опухоли. За

счет разложения той опухолевой массы, которая расположена в просвете пищевода наступает восстановление его проходимости.

Аргоноплазменная коагуляция

Физические методы – одни из наиболее часто применяющихся. Для деструкции опухоли может быть использована как воздействие на нее электрическим током (электрокоагуляция), так и лазером высокой мощности, которые вызывают разрушение и испарение опухолевой ткани.

Оригинальность этого метода в том, что энергия тока высокой частоты передается на ткань бесконтактно, в струе ионизированного аргона (аргоновой плазмы) и глубину воздействия можно регулировать и контролировать, что резко снизило процент осложнений.

Фотодинамическая терапия (ФДТ)

ФДТ – это оригинальная методика лечения опухолей. Суть ее заключается в следующем: в организм человека вводят (внутривенно) специальное химическое вещество, которое способно накапливаться в опухолевых клетках и реагировать на облучение светом определенной длины волны с выделением активных частиц, разрушающих опухолевую клетку (такое вещество называется фотосенсибилизатор). Через некоторое время опухоль облучают лазером с определенными характеристиками излучения (подходящими для этого веществ) в результате выделения активных частиц опухоль разрушается, и просвет пищевода освобождается. Само лазерное воздействие не обладает повреждающим действием на ткани желудка.

Стентирование

Все больше используются для восстановления проходимости пищевода пищеводные саморасширяющиеся стенты – сетчатые цилиндрические конструкции, которые вводятся в просвет пищевода на уровень расположения опухоли и раскрываются, раздвигая опухоль и в последующем не дающие ей вновь стенозировать просвет.