

1.Тонкоигольная аспирационная биопсия опухоли щитовидной железы.

Биопсия с помощью аспирации тонкой иглой

Тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия, ТАПБ— один из основных методов диагностики рака щитовидной железы. Это наиболее оправдывающий затраты, чувствительный и точный тест. Обычно, ТАПБ проводится под контролем УЗИ, что позволяет пунктировать узловые образования от 3 мм в наибольшем диаметре и получать достаточное количество клеток щитовидной железы для дальнейшего микроскопического анализа. При сомнительном или неинформативной ТАПБ рекомендована открытая биопсия подозрительного узла с проведением экспресс-патогистологического исследования (Экспресс-ПГИ).

2.Роль санаторно-курортного лечения в реабилитации онкологических больных.

Санаторно-курортное лечение наиболее показано больным, завершившим радикальное лечение по поводу опухолей желудочно-кишечного тракта. **К показаниям относятся:** 1) Последствия радикального лечения рака желудка. Пострезекционные расстройства легкой и средней степени: демпинг- и гипогликемический синдромы, гастрит культи желудка, анастомозит, рефлюкс-эзофагит, анемия (железо- и фолиеводефицитная), дефицит массы тела больного до 10 кг (по индексу Брока), хронический гепатит, холецистит, панкреатит, энтероколит (вне фазы обострения), функциональные нарушения нервной системы. 2) Последствия радикального лечения рака толстой кишки. Функциональные расстройства: дискинезии кишечника с явлениями кишечного стаза или диареей (вне фазы обострения); хронические колиты и энтероколиты легкой и средней степени (вне фазы обострения); функциональные нарушения нервной системы. **При проведении санаторно-курортного лечения онкологическим больным противопоказаны:** грязе-, торфо-, озокерито-, парафинотерапия, внутреннее и наружное применение радоновой, сероводородной, мышьяковистой, азотной воды, гелио- и ультрафиолетовая терапия, горячие ванны, высокочастотная электротерапия.

3. Дифференциальная диагностика рака прямой кишки.

1) **хр. Неспец язвен проктит**- тяжелое, прогностически неблагоприятное заболевание, причинами которого являются, с одной стороны, бактериальная инфекция, с другой - различные химические и физические раздражители. Болезнь развивается иногда медленно, иногда быстро, сопровождаясь болями, тенезмами, частым жидким стулом с большим количеством слизи и незначительной примесью крови. Основную роль в диагностике играет ректороманоскопия. При этом слизистая оболочка представляется резко гиперемированной, отечной, с обилием слизи и множественными изъязвлениями то большей, то меньшей глубины. При хроническом течении болезни по краям язвы и в отдалении от них появляется реактивное разрастание слизистой оболочки типа ложных полипов. Очаги деструкции превращаются в трофические язвы, не склонные к заживлению. Вся стенка кишки становится регидной, инфильтрированной. Для исключения малигнизации проводится копрологическое исследование кала, цитологическое и гистологическое исследование материалов из очага поражения.

2. **Туберкулез прямой кишки** встречается в виде инфильтрирующей, язвенной или гиперпластической формы. Заболевание чаще носит вторичный характер и наблюдается при далеко зашедшей форме туберкулеза легких. Ректороманоскопически язвенная форма туберкулеза представляется в виде единичных или множественных язв. Более трудной в дифференциальной диагностике является гиперпластическая форма туберкулеза, представляющаяся в виде единичного очага, характеризующаяся резким утолщением всех слоев кишечной стенки за счет усиленной пролиферации в них соединительной ткани. При ректороманоскопии эти изменения часто принимаются за раковый процесс. В этих случаях необходимо проводить реакцию Манту и биопсию из подозрительного участка.

3. **Меланобластома** представляет собой злокачественную опухоль, локализирующуюся почти всегда в аноректальной области. Она имеет вид экзофитной опухоли, выступающей из-под слизистой оболочки нижней части ампулы, анального канала или кожи ано-перинеального отдела. большей частью опухоль имеет вид округлой формы с мелкобугристой поверхностью, черновато-буроватого, иногда синеватого, а при отсутствии пигмента розового цвета. Клинически проявляется ощущением инородного тела в прямой кишке, затрудняющего дефекацию, зачастую даже выпадая при этом. При ее изъязвлении наблюдается кровотечение. Диагноз устанавливается при помощи анализа мочи на меланурию (реакция Якиша), взятием мазка-отпечатка, а также гистологическим исследованием опухоли после ее широкого иссечения в пределах здоровой ткани или экстирпации прямой кишки.

4. **Трещина заднего прохода** представляет собой небольшую узкую щель с язвенным дном, расположенную между двумя анальными складками заднего прохода, чаще всего в задней средней линии. Вследствие местных неблагоприятных условий, постоянного раздражения каловыми массами, судорожного сокращения сфинктера, трещина превращается в хроническую язву. При этом наряду с кровянистыми или сукровичными отделениями присутствуют жгучая боль при акте дефекации и анальный зуд. Для дифференциальной диагностики от рака проводят цитологическое исследование соскоба или гистологическое исследование биопсийного материала из очага поражения.

5. **Осложненные формы хронического геморроя**, под которыми мы понимаем варикозное расширение вен нижнего отдела прямой кишки с воспалительными изменениями слизистой оболочки над ними, тромбозом варикозно расширенных геморроидальных вен, развившихся в результате инфекции, которые проявляются выпадением, ущемлением, изъязвлением, кровотечением и развитием парапроктита и параректальных свищей. Основанием для исключения рака является наличие в анамнезе появления крови в конце акта дефекации, периодическое появление и исчезновение геморроидальных узлов, сопровождаемое иногда ущемлением или кровотечением. Окончательный диагноз устанавливают после специального обследования прямой кишки.