

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №2

1. Понятие о клинических группах. Учет онкологических больных и диспансерное наблюдение. Учетно-отчетная документация онкологических больных.

Диспансеризация больных с онкологическими и подозрительными на онкологические заболеваниями осуществляется как врачами-онкологами, так и врачами общей лечебной сети. Для упорядочения этого раздела работы вышеуказанные контингенты подразделяются на клинические группы.

Группа Ia - больные с заболеваниями, подозрительными на онкологические. Они диспансеризуются у врачей, заподозривших онкопатологию, до установления или до снятия подозреваемого диагноза.

Группа Ib - больные с предраковыми заболеваниями. Если заболевание является факультативным предраком, то диспансеризация и лечение осуществляются в общей лечебной сети

Группа 2 - больные с установленным диагнозом злокачественного новообразования в курабельных (I-III) стадиях. Они подлежат специальному лечению. Диспансеризуются у онкологов.

Группа 3 - больные, закончившие специальное лечение по поводу злокачественного новообразования в курабельных I-III стадиях. Диспансеризуются у онкологов на протяжении всей жизни.

Группа 4 - больные с далеко зашедшим процессом изначально, или с рецидивами, метастазами после ранее проведенного лечения. Диспансеризуются они и в онкологической и в общей лечебной сети. При возможности специального лечения (с паллиативной целью) оно проводится онкологами. Симптоматическое лечение осуществляется участковыми терапевтами.

Документами диспансеризации онкобольных являются следующие: амбулаторная история болезни, карта диспансеризации (ф.30), кроме того, на каждого вновь выявленного больного злокачественной опухолью врачи лечебных учреждений любого профиля обязаны заполнить и выслать в онкологический диспансер „Извещение” (ф. 090); из стационаров больниц в онкодиспансер при выписке онкобольного должна направляться “Выписка из истории болезни” (ф. 27 - онко).

На впервые выявленные случаи опухолей в IV стадии в онкологический диспансер высылается протокол на запущенный случай. На умерших от опухолевого заболевания – составляется и высылается “Выборочная карточка”. Следует заметить, что в настоящее время наиболее рациональным инструментом регистрации и хранения сведений об онкобольных, начиная с районного онкокабинета, является компьютер, а способом передачи материала в онкодиспансер – дискеты или электронная почта.

Пациент со ЗН подлежат пожизненному «Д» набд., в онкодиспансере. Если в теч-е заб-я не требует изменения тактики ведения пациента. Диспансерные осмотры после проведенного лечения осущ-ся: в теч-е 1-го года -1раз в 3 мес; в теч-е 2-го года-1раз в 6 мес; в дальнейшем- 1раз в год. Пациенты со ЗНдолжны начать специализированное лечение не позднее 30 календарных дней с момента установления диагноза взятия на диспансерный учет. Пациент со злокачественным новообразованием снимается с диспансерного учета в случаях:

переезда в другой регион, страну, с выдачей ему на руки подробной выписки из амбулаторной карты; Амбулаторная карта пациента со злокачественным новообразованием, снятого с диспансерного учета, хранится в архиве онкологической организации в течение периода времени, определенного [Приказом](#) N° 907.

2. Опухоли головы и шеи. Эпидемиология. Этиологические факторы. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.

Опухоли головы и шеи — это доброкачественные и злокачественные новообразования, к которым относятся: опухоли кожи лица, опухоли нижней челюсти, опухоли нижней и нижней губы, опухоли верхней челюсти, опухоли слюнных желез. Опухоли слизистой оболочки полости рта: доброкачественные и злокачественные опухоли языка, опухоли щитовидной железы. Этиология. Опухоли головы и шеи-алкоголь, курение. Опухоль рта-плохая гигиена рта, некачественные протезы, нюхательного и жевательного табака. Опухоль верхней части глотки- вирус эпштейна бара. Симптомы опухолей головы и шеи.ПРГШ опухоли имеют неспецифические симптомы, некоторые из которых могут часто встречаться у лиц с менее серьезными заболеваниями, таких как простуда. По этой причине, симптомы часто недооцениваются пациентами.Симптомы включают:Стойкие боли в горле

- **Трудности при жевании или боль при глотании**
- **Стойкая заложенность носа или частые кровотечения**
- **Отек в области шеи и челюсти**
- **Длительная охриплость или изменение голоса**
- **Боль в ухе**
- **Боль в челюсти, или верхней части лица**
- **Необычные белые пятна (лейкоплакия) или красные пятна (эритроплакии) на внутренней стороне ротовой полости**
- **Появление мелких болезненных язв на внутренней слизистой оболочке рта.**

Эпидемиология.

В структуре заболеваемости злокачественными опухолями новообразования, локализирующиеся в области головы и шеи, составляют от 16 до 25%

Новообразования головы и шеи подразделяются согласно следующей классификации.

По клиническому течению:

доброкачественные
промежуточные (местнодеструкующие)
злокачественные

По тканевой принадлежности:

из эпителия
из соединительной ткани
из нервной ткани
из меланообразующей ткани

По степени дифференцировки опухолевых клеток:

зрелые (высокодифференцированные)

незрелые (малодифференцированные и недифференцированные)

По степени распространённости: согласно TNM-классификация стадий развития злокачественных опухолей

Общие сведения по обследованию и диагностике

Осмотр и пальпация: кожа лица и шеи; губа и полость рта; ротоглотка; нижняя часть глотки и гортань; носоглотка и нос; уши; шея и крупные слюнные железы.

Любая болезненность и/или уплотнение, увеличенные плотноватые лимфатические узлы, изъязвление в шейно-лицевой области должны рассматриваться как злокачественные, если только такая вероятность не исключается; 25% гистологически положительных лимфатических узлов клинически не пальпируется.

Из специальных исследований - обзорные рентгеновские снимки головы и шеи, грудной клетки, а также УЗИ щитовидной железы. Компьютерная томография и сканирование эффективны для определения размера опухоли и ее топического расположения. Для оценки состояния полостей и полых органов используются эндоскопические исследования с биопсией. Морфологическая верификация является неотъемлемой процедурой диагностического поиска.

Общие принципы лечения

Хирургическое и радиотерапевтическое лечение являются эффективными и дополняющими друг друга методами лечения. Также применяется в качестве адъювантной терапии химиотерапия и иммунотерапия. Консультации разных специалистов (хирург области головы и шеи, хирург-стоматолог, радиолог и врач-онколог) позволяют сформировать программу лечения.

Выбор лечения зависит от нескольких факторов:

- величины и распространенности первичной опухоли;
- формы роста опухоли (экзофитная или инфильтративная);
- наличия вовлечения в процесс костей и мышц;
- возможности выполнения радикальной хирургической операции;
- физического состояния пациента;
- возможности сохранить функцию (речь, глотание);
- социального положения и профессии пациента;
- опыта и мастерства хирурга и радиотерапевта.

Хирургические вмешательства нередко обширны и включают в себя удаление первичной опухоли, одно- или двухстороннюю диссекцию лимфатических узлов и реконструкцию.

Предоперационная лучевая терапия

Имеет целью предотвратить маргинальные рецидивы, снизить биологическую активность заболевания и возможность диссеминации или обратить неоперабельную опухоль в операбельную. Такое комбинированное лечение (предоперационная радиотерапия + операция) имеет и свои недостатки:

- во время операции труднее определить границы первичной опухоли;
- повышает частоту послеоперационных осложнений

Послеоперационная лучевая терапия

Целью послеоперационной радиотерапии является уничтожение явных или скрытых остаточных опухолевых компонентов в зонах операционного поля и регионарного метастазирования.

Химиотерапия

Химиотерапия имеет преимущество в оказании системного влияния на раковые клетки, которые вышли за пределы локально-регионарной зоны. Она позволяет уменьшить величину первичной опухоли для последующего ее хирургического удаления и радиотерапии. Однако ни общая, ни регионарная химиотерапия не показала необходимой эффективности в плане долгосрочной выживаемости. В настоящее время химиотерапия используется преимущественно как адъювантная к хирургическому и/или лучевому лечению при распространенных формах рака. Обычно применяют сочетание нескольких препаратов.

3. Особенности течения рака щитовидной железы.

Функциональные нарушения щитовидной железы при раке наблюдаются редко. Больные высокодифференцированным раком щитовидной железы жалуются на наличие опухоли шеи, чувство нехватки воздуха и дискомфорта при глотании. Опухоль увеличивается медленно, годами. С момента появления опухоли до первого обращения больного к врачу проходит 2-6 лет. У таких больных переднебоковая поверхность шеи деформирована. В щитовидной железе пальпируется плотный, безболезненный, с четкими контурами и гладкой поверхностью узел. Подобные узлы можно видеть и пальпировать по переднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы, над ключицей. Щитовидная железа долго остается подвижной. Признаки сдавления трахеи, пищевода, возвратных нервов возникают редко, выражены они не ярко, нарастают медленно. При низкодифференцированных формах рака щитовидной железы больные могут предъявлять жалобы на опухлевидную припухлость шеи, изменение голоса, затрудненное дыхание и прием пищи. Опухоль быстро увеличивается. Больные обращаются за медицинской помощью через 2-4 месяца с момента начала заболевания. При осмотре область щитовидной железы выбухает, отмечается асимметрия шеи. В щитовидной железе пальпируется плотный, безболезненный, с нечеткими границами и бугристой поверхностью инфильтрат. Скорость появления и развития симптомов зависит от степени дифференцировки опухоли. Так, высокодифференцированный папиллярный рак может развиваться в тканях щитовидной железы в течение 5-10 лет, а недифференцированный анапластический рак развивается и приводит к летальному исходу при отсутствии лечения в течение 6-12 мес.

Исходя из вышесказанного, обратим внимание на классификацию опухолей щитовидной железы по системе TNM.

T1 – опухоль 2 см ограничена тканью щитовидной железы

T2 – опухоль до 4 см ограниченная тканью щитовидной железы

T3 - опухоль более 4 см ограниченная тканью щитовидной железы или опухоль любого размера с минимальной инвазией в прилежащие мышцы.

T4 - опухоль любого размера с инвазией в магистральные сосуды шеи, трахею, возвратный нерв, пищевод и т.д.

N0 – нет регионарных метастазов

N1 - метастазы в регионарных лимфоузлах

N1a - метастазы в лимфоузлах на стороне поражения.

N1b - метастазы двухсторонние, или на противоположной стороне или в медиастинальных лимфоузлах.

M0 – нет отдаленных метастазов

M1 – имеются отдаленные метастазы.

