

1. Основные факторы риска возникновения злокачественных опухолей.

Факторы риска злокачественных новообразований

Выделяют 3 категории химических соединений, групп соединений и производственных процессов в зависимости от степени их канцерогенностиTM.

- Группа 1. Вызывают ЗН у человека (получены достоверные эпидемиологические доказательства причинной связи между воздействием и ЗН). К этой группе относят бензол, хром, некоторые нефтепродукты, бериллий, мышьяк, никель, кадмий, диоксины.
- Группа 2. Возможно, канцерогенны для человека (кобальт, свинец, цинк, никель, продукты переработки нефти, формальдегид).
- Группа 3. Канцерогенность для человека не доказана.

Основные источники загрязнения атмосферного воздуха, почвы, водных бассейнов — предприятия металлургической, коксохимической, нефтеперерабатывающей, химической, целлюлозно-бумажной промышленности, а также транспорт. Поступление канцерогенных веществ в организм происходит ингаляционным путём, а также с пищей и водой. Высокий уровень загрязнения атмосферного воздуха городов и близость места проживания к некоторым типам промышленных предприятий связаны с увеличением риска рака лёгкого и других форм злокачественных опухолей. К основным канцерогенным веществам, загрязняющим воздух, относят полициклические ароматические углеводороды, асбест и некоторые металлы. Существуют неоспоримые доказательства роли **солнечной инсоляции** в этиологии меланомы и других ЗН кожи. Количественные оценки свидетельствуют о росте риска с увеличением экспозиции к излучению ультрафиолетовой части спектра (длина волны 280-320 нм). Активность инсоляции в большей степени связана с риском плоскоклеточного рака (по сравнению с базальноклеточным раком). Вероятность развития всех гистологических типов ЗН кожи резко возрастает при наличии в анамнезе солнечных ожогов.

Четыре семейства вирусов определены как этиологические агенты ЗН человека. С вирусами, содержащими дезоксирибонуклеиновую кислоту (ДНК), ассоциированы гепатоцеллюлярный рак, некоторые виды лимфом, рак шейки матки, вульвы, полового члена. С ретровирусами, содержащими рибонуклеиновую кислоту (РНК), связывают развитие Т-клеточного лейкоза. К настоящему времени накоплены достаточно веские доказательства возможного вирусного происхождения менингиомы, глиобластомы, меланомы, лимфогранулематоза, саркомы Капоши. Доказана связь лимфомы Беркитта и рака носоглотки с вирусом Эпштейна—Барр.

Вирусы гепатита типов В и С признаны вторым по значимости (после курения) канцерогенным фактором в мировой популяции. По оценкам ВОЗ 80% всех первичных злокачественных опухолей печени индуцированы этими агентами. Некоторые типы вируса папилломы человека, передающиеся половым путём, ответственны за развитие рака шейки матки, вульвы, полового члена. Этот факт позволяет объяснить механизм реализации многих факторов риска (социально-экономический статус, связь с половой распущенностью, зависимость относительного риска от числа сексуальных партнеров и

насыщенности сексуального анамнеза) и разрабатывать меры профилактики и ранней диагностики этих заболеваний. Вирусы группы герпеса являются синергистами с вирусом папилломы человека в этиологии ЗН гениталий. Шистосомоз сопровождается повышением риска развития ЗН мочевого пузыря, описторхоз — желчевыводящих путей. Механизмы канцерогенеза скорее всего связаны с усилением канцерогенного эффекта нитрозаминов в результате жизнедеятельности паразита.

Наиболее значимым, широко распространённым и потенциально устранимым канцерогенным фактором считают курение. По оценкам ВОЗ, с **курением табака** ассоциируются приблизительно 80—85% случаев рака легкого. 80% рака губы, 75% рака пищевода, 40% мочевого пузыря, 85% рака гортани. Весьма ярким современным достижением следует считать снижение заболеваемости основными формами ЗН и смертности от них в США в 1990-х годах (в среднем на 0,5% в год). Это результат широкой кампании по борьбе с курением. По распространённости курения Россия занимает одно из первых мест в мире. Приблизительно 50-60% мужчин являются активными курильщиками, возраст начала курения в последние годы снизился до 10 лет, катастрофически растёт частота курения среди женщин. Накоплены весомые доказательства синергизма канцерогенного действия курения и злоупотребления алкоголем. **Этанол** — наиболее мощный канцерогенный агент, сознательно потребляемый человеком. Связь употребления алкоголя с повышенным риском развития ЗН полости рта, глотки, пищевода, гортани, печени, молочной железы, лёгкого, толстой кишки подтверждена материалами многочисленных эпидемиологических исследований. Канцерогенами являются как крепкие, так и слабоалкогольные напитки.

Необходимо отметить, что степень реализации канцерогенного потенциала как инфекционных, так и других канцерогенных агентов в существенной мере зависит от состояния иммунной системы. При иммунодефицитных состояниях, обусловленных приёмом иммунодепрессантов после трансплантации почки, риск развития у реципиента неходжкинских лимфом возрастает в 32 раза, рака печени — в 30,4 раза, лёгкого — в 2,4 раза, мочевого пузыря — в 5,5 раза, шейки матки — в 4,7 раза, меланомы и рака щитовидной железы — в 4,2 раза. Инфекция вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) сопряжена с высоким риском неходжкинских лимфом и саркомы Капоши. Для опухолей легкого, шейки матки, желудка установлена связь с низким социально-экономическим уровнем. Получены весьма весомые доказательства возможной ассоциации с низким социально-экономическим статусом злокачественных опухолей полости рта, пищевода, гортани, печени, мочевого пузыря. В группах с высоким социально-экономическим уровнем высок популяционный риск развития рака молочной железы, меланомы, рака тела матки. Принадлежность к определённой конфессии, в значительной мере определяющая правила поведения и стиль жизни, существенно отражается на показателях и особенностях заболеваемости. У исповедующих иудаизм отмечен низкий уровень заболеваемости раком шейки матки, почти полное отсутствие рака полового члена. Низкие уровни заболеваемости опухолями, связанными с потреблением табака и алкоголя, отмечены у мормонов, адвентистов 7-го дня, отказавшихся от них по религиозным соображениям. Значительную часть географических вариаций распространённости злокачественных новообразований определяют особенности питания.

По разным оценкам, 30—70% случаев рака толстой кишки связаны с избыточным потреблением жиров, соли, нитритов и нитратов, копченостей и консервантов, дефицитом клетчатки и витаминов, избыточной энергетической ценностью пищи. Доказана роль жиров, особенно насыщенных, в этиологии и патогенезе рака молочной железы, предстательной железы, толстой и прямой кишки, лёгкого.

Важное значение имеют **и гормональные факторы**. Общеизвестна роль эстрогенов в генезе рака молочной железы. Заместительная терапия эстрогенами ведёт к повышению риска рака эндометрия. Данные о влиянии пероральных контрацептивов весьма противоречивы: показано, что они снижают риск рака эндометрия и яичников, но могут повышать риск рака молочной железы. Существуют данные, что приём пероральных контрацептивов в молодом возрасте ведёт к повышению риска как доброкачественных, так и ЗН печени.

2. Симптоматические операции при раке прямой кишки. Методы отведения кала при запущенном раке прямой кишки.

К симптоматическим операциям при раке прямой кишки относится колостомия. Как правило, она выполняется при неудаляемых опухолях с угрозой непроходимости или при уже развившейся кишечной непроходимости. Реже колостома накладывается у больных с резектабельной опухолью, но при наличии абсолютных противопоказаний к радикальной операции. Наиболее оправданным видом колостомы следует считать двухствольную сигмостому. При вовлечении сигмовидной кишки в опухолевый процесс, анатомических трудностях, связанных с короткой брыжейкой или спаечным процессом, целесообразно использование трансверзостомы.

Исключение пассажа каловых масс через прямую кишку, пораженную опухолью, уменьшает опасность кровотечения, присоединения воспалительного процесса. При раке развившемся перифокальном воспалении создаются условия для его купирования. В редких случаях вследствие уменьшения перифокального воспаления обнаруживается возможность осуществить радикальную операцию. Все сказанное делает обоснованным применение симптоматической колостомии.

К паллиативно-симптоматическим операциям следует отнести электро- и криодеструкцию опухолей прямой кишки. Эти операции преследуют цель уменьшения болевого синдрома, реканализации кишечной трубки у больных с IV стадией заболевания, а также у больных с общими противопоказаниями к радикальной операции. Особенно эффективны эти операции при злокачественных опухолях анального канала, малигнизированных параректальных свищах, рецидивах рака после ранее выполненных радикальных операций.

Имеется первый опыт эндоскопической лазеротерапии злокачественных опухолей прямой кишки. При этом удаляется часть опухоли для восстановления проходимости.

- 2. Ситуационная задача: Больная 50 лет случайно обнаружила в молочной железе безболезненное плотноватое образование размером 2x3 см с неровной поверхностью. В подмышечной области прощупывается безболезненный лимфатический узел размером 1,5x1,0 см. Ваш диагноз?**

