

1-вопрос

Всех взятых под диспансерное наблюдение больных распределяют на клинические **группы:**

группа Ia - больные с заболеванием, подозрительным на злокачественное новообразование;

группа Ib - больные с предопухолевыми заболеваниями;

группа II - больные злокачественными новообразованиями, подлежащие специальному (радикальному) лечению;

группа IIa - больные злокачественными новообразованиями, подлежащие радикальному лечению;

группа III - практически здоровые лица (после проведенного радикального лечения злокачественной опухоли);

группа IV - больные с распространенными формами злокачественных новообразований, подлежащие паллиативному или симптоматическому лечению.

Больных группы Ia по мере установления окончательного диагноза снимают с учета или переводят в другие группы. Углубленное обследование больных Ia клинической группы должно быть организовано не позднее чем через 10 дней с момента взятия на диспансерный учет.

Учетные документы диспансеризации онкобольных

Учетными документами при диспансерном обслуживании больных являются: медицинская карта амбулаторного больного (форма № 25), в которой фиксируются анамнез, результаты первичного осмотра, проведенных исследований, диагноз, лечебные и профилактические назначения и их выполнение; контрольная карта (форма № 30), в которой отмечают даты назначенных посещений, фактической явки больного на осмотр, проведение лечебно-оздоровительных мероприятий.

2-вопрос.

Лечение меланомы по стадиям

I и II стадии (pT1–4 N0 M0):

иссечение первичного опухолевого очага, отступая от края опухоли на 0,5- 1,0 см., при I ст. курс полсеоперационной лучевой терапии на послеоперационный рубец.

III стадия (любая pT N1–3 M0):

широкое иссечение первичного опухолевого очага (включая сателлиты и транзиторные метастазы) + регионарная лимфодиссекция, курс послеоперационной лучевой терапии на послеоперационный рубец

IV стадия (любая pT любая N M1):

при компенсированном общем состоянии пациентов и отсутствии выраженного синдрома опухолевой интоксикации проводится комплексное лечение по индивидуальным схемам с применением химиотерапии, химиоиммунотерапии в обычных или модификациях, паллиативная лучевая терапия;

паллиативные хирургические вмешательства выполняются по санитарным показаниям или в связи с осложненным течением болезни.

Лечение в I, 2a стадиях –при локализациях на лице вне век - лучевое (короткофокусная рентгенотерапия) на веке и вне лица - хирургическое иссечение. В 3a стадии -сочетанная лучевая терапия (внутриканевая +дистанционная гамматерапия), удаление резидуальной опухоли. При вариантах „B" к вмешательству на первичном очаге добавляется регионарная лимфаденэктомия. При IV ст., если процесс локализуется на конечности – ампутации, экзартикуляции. При локализации на лице – паллиативная гамматерапия, регионарная и (или) системная химиотерапия с использованием препаратов: метотрексат, блеомицин, антрациклины, платина.

3-вопрос

Эпидемиология: В Республике Казахстан в 2005 году заболеваемость РМЖ составила 19,5°/0000(обычный показатель на 100000 населения), смертность -

9,1°/0000, в структуре онкологической заболеваемости РМЖ в РК занимает 3-е ранговое место. Наиболее часто рак молочной железы встречается в возрасте 40-60 лет, редко болезнь возникает у женщин до 30 лет, затем кривая заболеваемости повышается, снижаясь в глубокой менопаузе после наступления 70 лет. Число случаев рака молочной железы увеличивается в каждой стране, прибавляя ежегодно 1-2%.

Этиология: Существует более 70 факторов риска возникновения опухолей молочной железы. Их принято делить на несколько групп.

Классификация факторов риска рака молочной железы I. Факторы, характеризующие функционирование репродуктивной системы

организма: А-1. Менструальная функция (раннее начало месячных, поздняя менопауза, отсутствие овуляции, нерегулярные, обильные месячные); 2. Половая функция (отсутствие, позднее начало, нерегулярная); 3. Детородная функция (отсутствие родов, длительное предохранение от беременности, поздние первые роды, наличие в анамнезе бесплодия, аборт, выкидышей); 4. Лактационная функция (алактация, отказ от лактации, недостаточная лактация, маститы в анамнезе). Б/ гиперпластические и воспалительные заболевания яичников и матки (аднекситы, миома матки, эндометриоз, кисты яичников).

II. Эндокринно-метаболические факторы, обусловленные

сопутствующими и предшествующими заболеваниями: А/ ожирение; Б/ гипертоническая болезнь; В/ сахарный диабет пожилых; Г/ атеросклероз; Д/ заболевание печени; Е/ заболевания щитовидной железы (гипотиреоз); Ж/ дисгормональные гиперплазии молочных желез.

III. Генетические факторы (носители ВКСА-1 или ВКСА-2 генов):

А/ РМЖ у кровных родственников (наследственные и "семейные" РМЖ). Б/ молочно-яичниковый "синдром" (РМЖ и рак яичников в семье). В/ синдромы: 1. "РМЖ+опухоль мозга"; 2. "РМЖ+саркома"; 3. "РМЖ+рак легкого+рак гортани+лейкоз"; 4. "ЗВЪА-синдром+саркома+РМЖ+лейкоз+карцинома коры надпочечников". Г/ раково-ассоциированные генодерматозы:

1. болезнь СО^ΛУ^ΛЕН - множественная трихилема кожи+рак щитовидной железы,

аденоматозный полип, рак толстой кишки+РМЖ;

2. болезнь ВЪОМ - аутосомальный наследственный генодерматоз+РМЖ.

IV. Экзогенные факторы: А/ ионизирующая радиация. Б/ химические канцерогены, в том числе и курение. В/ избыточное потребление животных жиров; высококалорийная диета. Г/ вирусы (Битнера). Д/ прием гормонов.