

## ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №3

### 1. Диспансерный принцип организации онкологической службы. Первичная и вторичная профилактика злокачественных опухолей.

**Под первичной профилактикой злокачественных новообразований** понимается предупреждение возникновения злокачественных опухолей и предшествующих им предопухолевых состояний путем устранения или нейтрализации воздействий неблагоприятных факторов окружающей среды и образа жизни, а также путем повышения неспецифической резистентности организма. Эта система мероприятий должна охватывать всю жизнь человека.

В соответствии с современными данными о механизмах канцерогенеза у человека и роли воздействия канцерогенных факторов в возникновении онкологических заболеваний, первичная профилактика рака проводится по следующим направлениям.

**Онкогигиеническая профилактика**, т.е. выявление и устранение возможности действия на человека канцерогенных факторов окружающей среды, а также выявление и использование возможностей уменьшения опасностей такого воздействия.

Контроль курения, употребление алкоголя

Большое значение в возникновении злокачественных опухолей придается действию *ионизирующих излучений, ультрафиолетовому облучению, а также неионизирующим электромагнитным излучениям радио- и микроволнового диапазона.*

Стрессовые ситуации, характер питания (диеты) человека

**Биохимическая профилактика** имеет целью предотвращение бластоматозного эффекта от действия канцерогенов путем применения определенных химических препаратов и соединений.

**Медико-генетическая профилактика** путем выделения семей с наследуемыми предрасположенностями к предопухолевым и опухолевым заболеваниям, лиц с хромосомной нестабильностью и организации мероприятий по снижению опасности возможного действия на них канцерогенных факторов. В механизмах наследственной предрасположенности часто решающее значение имеют эндокринные факторы.

**Иммунобиологическая профилактика** проводится путем выделения людей или формирования групп с иммунологической недостаточностью и организации мероприятий по ее коррекции или устранению одновременно с защитой от возможных канцерогенных воздействий.

**Эндокринно-возрастная профилактика** проводится путем выявления и коррекции дисгормональных состояний и возрастных нарушений гомеостаза, способствующих возникновению и развитию злокачественных новообразований.

**Вторичная профилактика злокачественных новообразований** представляет собой комплекс мероприятий, направленных на выявление предопухолевых заболеваний и состояний, а также раннюю диагностику онкологических заболеваний, что обеспечивает наиболее высокую эффективность их хирургического (и других видов противоопухолевого) лечения. В осуществлении этого вида профилактики большое значение имеет применение цитологических, гистологических, эндоскопических, рентгенологических и других специальных методов обследования, так как простой визуальный осмотр и применение обычных методов врачебного обследования без применения перечисленных выше методик недостаточно эффективны для выявления ранних стадий онкологических заболеваний.

**В индивидуальной профилактике** - диспансеризация, при проведении которой всеми врачами-специалистами должна проявляться онкологическая настороженность, т.е.

исключение бластоматозной природы заболевания и опухолевых процессов обследуемой области, включая при необходимости и применение специальных методов исследования.

### **Диспансерный принцип организации онкологической службы.**

Онкологическая помощь — комплекс мероприятий, направленных на социальную и личную профилактику опухолей, их раннее выявление и разработку наиболее результативных методов лечения. Важное место при этом занимают изучение и анализ статистических данных о заболеваемости и смертности населения от онкологии.

**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.

**Онкологический диспансер** является основным звеном в системе противораковой борьбы, обеспечения квалифицированной, специализированной стационарной и поликлинической медицинской помощи населению, осуществляет организационно-методическое руководство и координирование деятельности всех онкологических учреждений, находящихся в его подчинении. В онкологическом диспансере систематически изучаются состояние заболеваемости злокачественными новообразованиями и смертность от них, разрабатываются комплексные планы противораковых мероприятий, повышается квалификация врачей и средних медицинских работников лечебно-профилактических учреждений по вопросам онкологии. Онкологический диспансер является базой по подготовке студентов по онкологии; в нем изучаются причины поздней диагностики больных злокачественными новообразованиями и разрабатываются мероприятия, направленные на их устранение; осуществляются полный учет онкологических больных и контроль за диспансерным наблюдением.

**Успех работы онкологических диспансеров** в большей степени обеспечивается широким контактом с общей лечебно-профилактической сетью, рядом специализированных служб (противотуберкулезной, дерматовенерологической, медико-санитарных частей крупных предприятий и др.), хорошей подготовкой медицинских работников общей медицинской сети.

**Первичным звеном в организации онкологической помощи населению являются онкологические кабинеты (отделения) при поликлиниках.** Они являются массовыми проводниками онкологических идей в лечебную сеть страны, первыми консультантами поликлинических врачей по вопросам лечения и диагностики онкологических больных, организаторами профилактических осмотров населения на выявление онкологических заболеваний. От них зависят полнота регистрации онкологических больных, эффективность их диспансерного наблюдения

## **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 верхней 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 используют преимущественно как адъювантную к хирургическому и/или лучевому лечению при распространенных формах рака. Обычно применяют сочетание нескольких препаратов.

## **3. Отдаленные метастазы рака желудка: метастазы Айриша, Вирхова, Шницлера, Крукенберг, медсестры Джозеф**

- Метастазы Вирхова («Вирховские узлы») — поражение лимфатических узлов левой надключичной области, между ножками **грудино-ключично-сосцевидной мышцы**;
- Метастазы Шницлера — в **параректальные** лимфоузлы;
- Метастазы Айриша — в подмышечные лимфоузлы;
- Метастаз сестры Марии Джозеф — в пупок по ходу круглой связки печени;
- Метастазы Крукенберга — в **яичники**.

Гематогенные метастазы могут поражать печень, реже – легкие, надпочечники, кости, подкожную клетчатку. Имплантационные метастазы

реализуются после прорастания серозной оболочки желудка в виде карциноматоза брюшины, сопровождающегося асцитом. По току лимфы через грудной лимфатический проток могут поражаться лимфоузлы в левой надключичной области (метастаз **Вирхова**), он легко доступен пальпации, также как и метастаз в пупок – метастаз **сестры Жозеф**. У женщин в запущенных случаях могут определяться метастазы рака в яичники – **опухоль Крукенберга**. Вот почему при выявлении опухолей яичника во всех случаях рекомендуется рентгенологическое и эндоскопическое обследование желудка. В далеко зашедших стадиях могут быть выявлены метастазы РЖ в параректальную клетчатку дна таза – метастаз **Шницлера**. Иногда они могут вызывать кишечную непроходимость, и тогда потребуется наложение противоестественного заднего прохода. Метастаз Шницлера может быть выявлен при пальцевом исследовании прямой кишки.