



ЗАГАД

ПРИКАЗ

21.12.2010 № 1350

г. Минск

г. Минск

О мерах совершенствования
работы по раннему выявлению
онкологических заболеваний

В целях выполнения подпункта 1.1 пункта 1 ПРОТОКОЛА поручений Премьер-министра Республики Беларусь Сидорского С.С., данных во время рабочей поездки по Могилевской и Витебской областям, от 27 апреля 2010 г. № 07/44пр, подпункта 2.4 пункта 2 ПРОТОКОЛА поручений Президента Республики Беларусь Лукашенко А.Г., данных 26 октября 2010 г. при посещении государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр детской гематологии и онкологии» и на совещании по вопросам состояния и перспектив развития онкологической помощи в Республике Беларусь, от 29 ноября 2010 г. № 35 и на основании подпункта 6.2 пункта 6 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 23 августа 2000 г. № 1331, ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить Инструкцию по раннему выявлению онкологических заболеваний в организациях здравоохранения, осуществляющих оказание медицинской помощи, согласно Приложению к настоящему приказу.

2. Начальникам управлений здравоохранения областных исполнительных комитетов, председателю комитета по здравоохранению Минского городского исполнительного комитета, руководителям организаций здравоохранения, подчиненных Министерству здравоохранения Республики Беларусь, обеспечить:

проведение ежегодных профилактических онкологических осмотров с целью выявления предопухолевых и опухолевых заболеваний (далее – ПОО) всего населения республики в возрасте 40 лет и старше;

организацию проведения ПОО в соответствии с требованиями Инструкции, утвержденной настоящим приказом;

ответственность руководителей организаций здравоохранения за организацию и проведение ПОО, поручив методическое руководство и контроль полноты и качества их проведения

организациям здравоохранения, оказывающим специализированную онкологическую медицинскую помощь;

ответственность руководителей организаций здравоохранения, оказывающих специализированную онкологическую помощь, за своевременную (в течение 10 дней с момента установления диагноза) госпитализацию выявленных на ПОО пациентов с подозрением на злокачественные новообразования;

на основе результатов ПОО планирование мероприятий, направленных на оздоровление населения путем улучшения лечебно-профилактической помощи и санитарно-гигиенических условий;

проведение обучения, семинаров и лекций для врачей общей лечебной сети, осуществляющих ПОО населения, врачами онкологами.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на первого заместителя Министра Ходжаева В.А..

Министр



В.И.Жарко

ИНСТРУКЦИЯ ПО РАННЕМУ ВЫЯВЛЕНИЮ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ОРГАНИЗАЦИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Настоящая Инструкция предназначена для организаторов здравоохранения, врачей общей практики, участковых терапевтов, профильных специалистов. В ней освещены основные факторы онкориска, изложены симптомокомплексы опухолей различных локализаций, методы первичной диагностики и специального лечения, отражена тактика врача при подозрении или выявлении злокачественной опухоли у пациента, а также в процессе его дальнейшего наблюдения.

В настоящей Инструкции представлены сопутствующие и фоновые заболевания, являющиеся причиной развития злокачественных новообразований, изложены понятия о первичной и вторичной профилактике злокачественных новообразований.

Перечень используемых сокращений:

КРР – колоректальный рак
КТ – компьютерная томография
МРТ – магнитно-резонансная томография
ПАУ – полициклические ароматические углеводороды
ПСА – простато-специфический антиген
РМЖ – рак молочной железы
РПЖ – рак предстательной железы
РШМ – рак шейки матки
ТРУЗИ – трансректальное ультразвуковое исследование
УЗИ – ультразвуковое исследование
УФ-радиация – ультрафиолетовая радиация

Глава I. Введение

Проблемы клинической онкологии остаются в центре внимания медиков всего мира из-за постоянного роста заболеваемости злокачественными опухолями и смертности от них. Это обусловлено в значительной степени несовершенством первичной и вторичной

профилактики, а также несвоевременной диагностикой и, как следствие, недостаточной эффективностью лечения.

В медицине существует такое понятие как "онкологическая настороженность" – это определенный образ медицинского мышления врача, который, оценивая жалобы больного, объективные данные, результаты клинических анализов и инструментальных исследований, должен, прежде всего, ответить на вопрос: не связаны ли выявляемые нарушения с наличием злокачественного новообразования.

Клинические наблюдения свидетельствуют, что возникновению злокачественных опухолей, как правило, предшествуют длительно протекающие хронические процессы, сопровождающиеся гиперпластическими и неопластическими изменениями тканей.

Диагностика предопухолевых заболеваний и ранних форм злокачественных опухолей базируется на правильно собранном анамнезе жизни, тщательном анализе предъявляемых жалоб, вредных привычек, особенностей производственной деятельности в настоящем и прошлом.

Понятие «предрак» получило жизнь в онкологии с 1911 г., когда доктор И. Орт применил его для характеристики болезней, которые склонны к злокачественным перерождениям. С тех пор почти незыблемым стало утверждение, что «всякий рак имеет свой предрак».

Представление о предраке стало иметь клиническую перспективу потому, что, во-первых, доказана полная обратимость предраковых изменений, во-вторых, излечение предраковых заболеваний надежно предотвращает возникновение и развитие рака.

Ранняя диагностика злокачественных новообразований зависит главным образом от онкологической настороженности врачей, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, врачей амбулаторно-поликлинических организаций здравоохранения (далее АПО), их знаний и дальнейшей тактики в отношении пациента.

Больные в возрасте 40 лет и старше, находящиеся в организациях здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, также должны подвергаться ПОО.

Постоянная работа специалистов онкологических диспансеров с врачами АПО и населением, направленная на раннее выявление злокачественных новообразований, является важным компонентом, способным повысить уровень ранней диагностики рака различных локализаций. Совершенствование санитарно-просветительной работы, диспансерное динамическое наблюдение населения, своевременное обращение пациентов при подозрении на различную патологию, применение комплексного обследования улучшат

своевременную диагностику злокачественных новообразований и результаты их лечения.

Таким образом, основной задачей врача в его работе по профилактике онкологической патологии является своевременное распознавание и лечение предопухолевых состояний, на фоне которых развивается рак (факультативный, облигатный предрак), а также ранняя диагностика злокачественных новообразований.

Глава II. Порядок проведения профилактических онкологических осмотров по выявлению предопухолевых и опухолевых заболеваний

ПОО – это комплекс медицинских мероприятий, проводимых с целью выявления предраковых заболеваний, а также раннего выявления рака любых локализаций, дальнейшего проведения мероприятий по:

- углубленному обследованию лиц Iа клинической группы;
- выделению групп онкологического риска;
- составлению плана лечебных мероприятий по группе облигатного предрака и группе факультативного предрака;
- корректировке мероприятий просветительной работы с населением по индивидуальной защите от злокачественных новообразований.

Формы и методы раннего выявления злокачественных новообразований включают в себя следующее:

1) диспансерные медицинские осмотры на основании постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12.10.2007 г. № 92 с изменениями и дополнениями, утвержденными постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 03.02.2009 г. № 11;

2) медицинские осмотры отдельных групп населения (перед приемом граждан на работу, отдельных групп граждан по профессии, учащиеся, призывники и т. д.)

3) профилактические осмотры, проводимые на предприятиях силами медико-санитарных частей;

4) профилактические осмотры в смотровом кабинете поликлиники;

5) параллельные онкоосмотры в кабинете врача-специалиста;

6) целевые профилактические осмотры: диспансерное наблюдение и углубленное систематическое обследование лиц, включенных в группы повышенного риска заболевания злокачественными новообразованиями, проведение специальных акций среди

определенной части населения с целью выявления рака молочной железы у женщин, рака предстательной железы у мужчин, рака кожи, гинекологические обследования и т.д.

7) осуществление соответствующих скрининговых программ: флюорография, цитологическое исследование выделений из цервикального канала шейки матки, молекулярно-биологические исследования, т.е. использование молекулярных маркеров ранних стадий канцерогенеза.

Параллельные профилактические осмотры – осмотры пациентов, не прошедших ранее диспансерный осмотр, но впервые обратившихся в учреждение здравоохранения в данном году по любому поводу, к любому специалисту.

В работе по проведению ПОО в обязательном порядке должны быть использованы следующие методы исследований:

- а) осмотр кожи и видимых слизистых оболочек;
- б) осмотр молочных желез;
- в) флюоро- или рентгенография органов дыхания;
- г) цитологическое исследование для выявления предопухолевых заболеваний рака шейки и тела матки;
- д) пальцевое исследование прямой кишки;
- е) анализ кала на скрытую кровь.

Для отбора лиц, нуждающихся в углубленном медицинском обследовании (далее УМО) могут применяться другие методы исследования в амбулаторных условиях.

В случае необходимости обследование должно быть проведено в стационарных условиях и завершено в течение 15 дней.

Населению сельской местности ПОО осуществляются участковыми больницами, а углубленное обследование — центральными районными больницами. Может также использоваться выездной бригадный подход к проведению ПОО в регионах с затрудненной географической доступностью.

Сведения о результатах обследования вносятся в медицинскую карту амбулаторного пациента, медицинскую карту стационарного пациента, фиксируются в листах учета профилактических онкологических осмотров для контроля явки.

Лист учета профилактических онкологических осмотров

Наименование систем	Дата проведения осмотра		
	год	год	год
Кожа и видимые			

слизистые ЛОР-органы			
Пищевод Желудок Прямая кишка Легкие Молочная железа Матка, яичники Другие органы (вписать)			

Врач-специалист после проведенного профилактического обследования отдельных органов заносит в соответствующую графу листа учета профилактических онкологических осмотров (штампа или вкладыша) дату обследования и краткий диагноз предопухолевого заболевания или злокачественной опухоли.

При выписке пациента из стационара на титульном листе истории болезни должна быть сделана отметка «прошел онкоосмотр» и подпись лечащего врача.

Больные с предопухолевыми заболеваниями берутся под диспансерное динамическое наблюдение соответствующим специалистом, с отметкой кратности наблюдения в карте учета диспансерного наблюдения (форма 131/у-Д).

При проведении ПОО организованного (работающего) населения необходимо налаживать преемственность в работе территориальных организаций здравоохранения с ведомственными организациями здравоохранения.

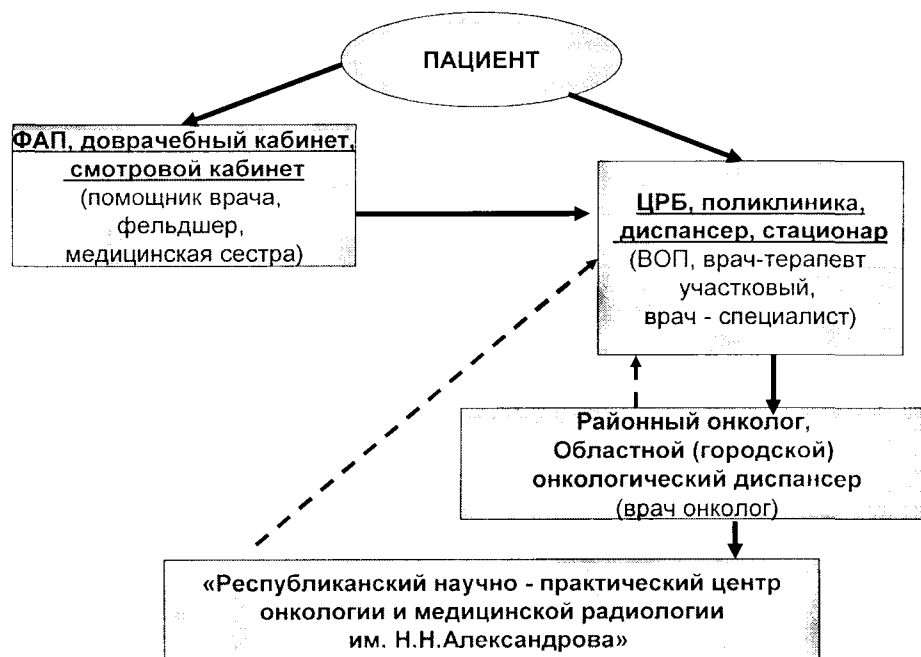
Визуальные локализации злокачественных новообразований

Локализации	Код диагноза по МКБ – 10
Губа	C 00
Язык (спинка, боковая, нижняя поверхность, передние 2/3)	C 02.0 – C 02.3
Десна	C 03
Дно полости рта	C 04
Небо	C 05
Другие отделы рта	C 06
Миндалины	C 09
Ротоглотка	C 10

Прямая кишка	С 20
Анус и анальный канал	С 21
Полость носа	С 30.0
Меланома кожи	С 43
Другие новообразования кожи	С 44
Молочная железа	С 50
Вульва	С 51
Влагалище	С 52
Шейка матки	С 53
Половой член	С 60
Яичко	С 62
Глаз	С 69
Щитовидная железа	С 73

Глава III. Уровни и этапы ранней диагностики

Схема уровней раннего выявления онкологических заболеваний



Основной принцип успешной реализации ранней диагностики - этапность.

1. На первом этапе (ФАП, доврачебный, смотровой кабинет и др.) проводится клинический осмотр пациента, в ходе которого осуществляется отбор лиц, предъявляющих различные жалобы со стороны наружных и внутренних органов, или с патологическими

изменениями, обнаруживаемыми различными объективными методами исследования.

Главным действующим лицом первого этапа является среднее звено (помощники врача, акушерки, фельдшера, медицинские сестры) здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, терапевтических участков.

2. На втором врачебном этапе (ЦРБ, поликлиника, диспансер, стационар) осуществляются детальный осмотр и необходимые дообследования с целью уточнения диагноза. Указанный этап может иметь ряд вариантов, связанных как с особенностями выявленной патологии, так и с состоянием материально-технической и лабораторно-диагностической базы, проводящей данную работу организации здравоохранения. Решающее значение для успешного осуществления второго этапа имеет оснащенность современным диагностическим оборудованием и необходимым для массовых исследований аппаратурой. Роль подобных отделений могут выполнять отделения профилактики при поликлиниках. Срок рекомендуемых обследований для врача АПО не должен превышать 5-10 дней.

3. Завершающий этап.

Онкологический диспансер, решает вопросы окончательной диагностики, определяет терапевтическую тактику и обеспечивает необходимый объем специализированной помощи.

Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н.Александрова» является заключительным этапом в случаях невозможности решения вопросов окончательной диагностики и обеспечения специализированной помощью на уровне онкологического диспансера.

Созданная система выявления предраковых заболеваний и злокачественных новообразований приводит не к снижению заболеваемости, а к перераспределению предопухолевого патологического процесса и злокачественных опухолей в сторону увеличения ранних форм заболеваний и относительному увеличению выявляемости в течение некоторого времени в тех возрастных группах, которые подлежали более тщательному обследованию.

Вместе с тем, в процессе работы выявляются многие хронические и предопухолевые заболевания, лечение которых снижает риск возникновения злокачественных новообразований.

Онкологическая настороженность подразумевает и определенную этапность диагностических мероприятий в тех случаях, когда у врача имеется обоснованное подозрение на опухолевое заболевание. Четкая направленность диагностических приемов значительно сокращает время

обследования, позволяет в кратчайший срок либо отвергнуть возникшее подозрение, либо подтвердить его, либо же продолжить обследование с привлечением консультантов-специалистов.

Глава IV. Основные понятия, характеризующие предопухолевые состояния

Сигналы тревоги – термин, характеризующий появление у пациента тех или иных симптомов, вызывающих у врача онкологическую настороженность. К таким симптомам могут быть отнесены нарушение прохождения пищи по пищеводу, кровохарканье, желтуха, увеличение лимфатических узлов, микро- и макрогематурия, примесь крови в кале и др. При появлении сигналов тревоги необходимо проводить углубленное обследование больного с целью исключения диагноза онкологического заболевания.

Паранеопластические синдромы – совокупность метаболических нарушений, сопровождающих развитие опухоли.

Фоновые заболевания – заболевания, на почве которых возникает рак, они могут влиять на клинические проявления рака, маскируя картину опухолевого заболевания.

Облигатный предрак (предраковые условия). К ним относят дисплазию (dys – нарушение, plasis – образование), которая всегда возникает в недрах дисрегенераторного процесса и сопровождается недостаточной и неполной дифференцировкой стволовых элементов ткани, нарушениями координации между процессами пролиферации и созревания клеток. Малигнизация наблюдается в 95% случаев.

Факультативный предрак (предраковое состояние). Это различные хронические заболевания, сопровождающиеся дистрофическими и атрофическими изменениями тканей с включением регенераторных механизмов, дисрегенераторных процессов и метаплазии, приводящих к возникновению очагов пролиферации клеток, среди которых может возникнуть очаг опухолевого роста. Малигнизация наблюдается в 0,1-5% случаев.

Глава V. Предопухолевые заболевания

Предопухолевые заболевания кожи:

1) облигатные: пигментная ксеродерма, болезнь Боуэна, болезнь Педжета, эритроплазия Кейра (облигатные предраки в 95% случаев имеют склонность к злокачественной трансформации, поэтому должны подвергаться санации);

2) факультативные: кожный рог, кератоакантома, старческий (солнечный, актинический) кератоз, старческая (себорейная) кератома, поздние лучевые язвы, трофические язвы, мышьяковистые кератозы, рубцы, поражения кожи при туберкулезе, системной красной волчанке, сифилисе.

Предраковые заболевания головы и шеи:

1) облигатные: хейлит Манганотти, органический гиперкератоз, бородавчатый предрак;

2) факультативные: кожный рог, папиллома, кератоакантома, лейкоплакия, гиперкератотическая и язвенная формы красного плоского лишая и красной волчанки, постлучевой стоматит, хейлит.

Предопухольные заболевания щитовидной железы: аденома щитовидной железы, узловый зоб.

Предраковые заболевания молочной железы: мастопатия (диффузная, узловатая, смешанная); кисты, гамартумы, добавочные молочные железы (доли).

Предраковые заболевания легкого: хронический бронхит, пневмосклероз, хронические нагноительные процессы в легких, некоторые формы хронического туберкулеза, аденомы бронхов, кисты, поликистоз, доброкачественные опухоли легких. Эти заболевания приводят к постепенным (в течение 15-20 лет) морфологическим изменениям слизистой оболочки бронхиального дерева.

Предраковые заболевания пищевода: хронические воспалительные процессы, послеожоговые рубцы, стриктуры, эзофагиты на почве грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.

Предраковые заболевания желудка:

1) облигатные: дисплазия, хронический атрофический гастрит (или гастропатия, т.к. атрофические и пролиферативные процессы преобладают над воспалительными) предшествует возникновению рака желудка в 73,5-85% случаев;

2) факультативные: хронический гастрит различной этиологии, в том числе аутоиммунный гастрит типа А, сопровождающийся пернициозной анемией, аденоматозные полипы желудка, хроническая язва желудка, резецированный желудок по поводу доброкачественных заболеваний, болезнь Менетрие.

Предраковые заболевания ободочной кишки:

1) облигатные: полипозное поражение ободочной кишки, которое может быть в виде:

а) одиночных полипов (аденоматозный, ворсинчатый), малигнизируются в 45-50% случаев, особенно полипы величиной более 2 см, ворсинчатые полипы озлокачиваются чаще;

б) множественного полипоза ободочной кишки, который, в свою очередь, может иметь следующие формы: генетически детерминированные (семейно-наследственный диффузный полипоз, синдром Пейтц-Егерса, синдром Тюрко); семейно-наследственный полипоз почти в 100% случаев приводит к раку;

2) факультативные:

а) ненаследственные: спорадический полипоз, сочетанный полипоз, синдром Кронкайта-Кэнедэ;

б) хронические колиты, в частности, хронический неспецифический язвенный колит и гранулематозный колит (болезнь Крона), составляющие основную группу факультативных предраковых заболеваний;

в) дивертикулы (дивертикулез) ободочной кишки (дивертикулиты).

Предраковые заболевания прямой кишки:

1) облигатные: полипы (аденоматозные, ворсинчатые), полипоз диффузный (семейно-наследственный);

2) факультативные:

а) хронические проктиты (ректиты), проктосигмоидиты (хронический неспецифический язвенный проктосигмоидит), болезнь Крона;

б) трещины, свищи аноректальные.

Предраковые заболевания печени: хронический гепатит В, хронический гепатит С, алкогольный цирроз, описторхозная инвазия.

Предраковые заболевания поджелудочной железы:

а) хронические панкреатиты, в особенности индуративный панкреатит;

б) аденома поджелудочной железы;

в) кисты поджелудочной железы (постпанкреатические, посттравматические).

Предраковые заболевания женской репродуктивной системы:

1) облигатные: дисплазия шейки матки (I-III степени), дисплазия вульвы (I-III степени), дисплазия влагалища (I-III степени);

2) факультативные:

а) заболевания шейки матки: хронический цервицит, эндометриоз шейки матки, полип шейки матки и цервикального канала, псевдоэрозия и эктропион шейки матки, кондиломы шейки матки, лейкоплакия шейки матки;

б) заболевания тела матки: миома матки, полип эндометрия, гиперплазия эндометрия (железистая, железисто-кистозная, очаговая, диффузная), атипичная (аденоматозная) гиперплазия эндометрия, эндометриоз тела матки (аденоматоз);

в) заболевания яичников: киста яичников, склерокистоз и поликистоз яичников, хронический аднексит, кистома яичников, эндометриоидные кисты яичников;

г) заболевания молочной железы: диффузная мастопатия;

д) заболевания влагалища и вульвы: лейкоплакия вульвы и влагалища, кондиломы вульвы и влагалища, герпес вульвы и влагалища;

е) инфекции, передаваемые половым путем: трихомониаз генитальный, хламидиоз генитальный.

В радикальном и полноценном лечении перечисленных заболеваний заключается вторичная профилактика злокачественных новообразований.

Глава VI. Первичный клинический осмотр

При первичном клиническом осмотре пациента врачом или средним медицинским работником обязательному обследованию подлежат: кожные покровы, полость рта, молочные железы, половые органы, прямая кишка, щитовидная железа, лимфатические узлы.

1. Кожа.

Меланома кожи.

Группы риска:

лица, которые по роду своей профессиональной деятельности большую часть времени находятся под воздействием УФ-радиации, а также регулярно проводящие отпуск в низких географических широтах;

лица, которые по роду своей профессиональной деятельности постоянно имеют контакт с различными химическими канцерогенами, ионизирующей радиацией и электромагнитным излучением;

лица с нарушением пигментации организма (так называемый светлый фенотип);

лица с генетически детерминированным или приобретенным иммунодефицитом;

родственники больных меланомой кожи;

лица, длительное время принимающие гормональные препараты;

лица, пигментные невусы которых постоянно подвергаются механической травматизации;

лица с династическим невусным синдромом;

лица, имеющие пигментные невусы кожи размером 1,5см и более визуалью черной или темно-коричневой окраски;

лица, имеющие на коже более 50 пигментных невусов любого размера;

женщины в период беременности и лактации.

При осмотре необходимо обращать внимание на наличие длительно незаживающих трещин, язв, часто травмируемых уплотнений в коже типа ангиофибром, дерматофибром, гиперкератозов, пигментных и беспигментных папиллом, пигментных невусов в виде пятен или слегка возвышающихся папул сочного коричневого цвета с фестончатыми краями диаметром более 1 см. При расположении этих образований на часто травмируемой поверхности, в особенности на ладонях рук или подошвах стоп, необходимо направить больного к онкологу для последующей диспансеризации или лечения.

Больные с подозрением на наличие базалиом, рака, малигнизированного нейрофиброматоза, сарком и, в особенности, меланом кожи должны быть направлены в онкологический диспансер для уточнения диагноза и выполнения необходимого лечения.

Клинические признаки активизации невуса: быстрый рост невуса, ранее неизменного или медленно увеличивающегося, появление уплотнения или асимметрии любого участка невуса, появление чувства ощущения невуса (покалывание, зуд, жжение, напряжение), любое изменение уровня пигментации (увеличение, уменьшение), появление венчика гиперемии вокруг невуса, выпадение волос с поверхности невуса, появление трещин, папилломатозных выростов, кровоточивости невуса.

В таблице № 9 Главы XI приведены основные симптомы, методы диагностики и возможные варианты лечения меланомы кожи.

Другие новообразования кожи.

Несмотря на то, что кожные покровы относятся к визуальным локализациям и подлежат обязательному осмотру, удельный вес запущенных форм злокачественных новообразований кожи среди пациентов, впервые обратившихся к врачам, составляет 5,0%.

Факторы риска определяются региональными климатическими особенностями, высокой инсоляцией, демографической ситуацией (увеличение контингентов лиц старшего и преклонного возраста). Возраст является одним из основных факторов, с которым наиболее отчетливо связано развитие заболевания.

В таблице № 10 Главы XI приведены основные симптомы, методы диагностики и возможные варианты лечения других новообразований кожи.

2. Губа.

С учетом доступности для осмотра рак губы является одной из немногих, выявляемых в большинстве случаев на ранних стадиях.

Факторы риска: различные фоновые процессы и предопухолевые состояния слизистой оболочки губы.

Фоновые процессы: плоская форма лейкоплакии, хронические язвы и трещины губ, атмосферный и актинический хейлит.

Облигатные предраки: кожный рог, ограниченный гиперкератоз, кератоакантома.

Факультативные предраки: бородавчатая и эрозивная формы лейкоплакии, папиллома с ороговением, эрозивно-язвенная и гиперкератотическая формы красной волчанки и красного плоского лишая, постлучевой хейлит.

Предрасполагающими факторами являются:

длительное воздействие неблагоприятных метеорологических факторов – солнечная радиация, ветер, резкие колебания температуры воздуха, ионизирующие воздействия;

воздействие канцерогенных веществ эндогенной и экзогенной природы;

вредные привычки: курение, алкоголь, жевание различных смесей;

травмы красной каймы губ: механические (кариозные зубы, острые края корней зубов, прикусывание губы), химические (канцерогены табака);

вирусные инфекции (опоясывающий лишай - Herpes zoster), воспалительные и грибковые заболевания красной каймы губ;

заболевания желудочно-кишечного тракта, печени.

При осмотре следует обращать внимание на сухость красной каймы, ее матовость, огрубение эпителиального покрова, трещины, шелушение, наличие бляшек, незаживающих изъязвлений, особенно с валикообразной приподнятостью краев.

При выявлении указанных патологических изменений больного направляют в онкологический диспансер.

В таблице № 1 Главы XI приведены основные симптомы, методы диагностики и возможные варианты лечения рака губы.

3. Полость рта и глотки.

Рак органов полости рта и глотки.

Факторы риска: курение, алкоголь, многократное травмирование слизистой оболочки полости рта, языка (кариозными зубами, острыми краями корней зубов, протезами и т.п.), жидкие смолы, продукты перегонки нефти у лиц соответствующих профессий.

При опросе пациентов следует выяснить, нет ли у них при разговоре и приеме пищи чувства жжения, саднения и боли в полости рта. При осмотре обращать внимание на наличие незаживающих язвочек, трещин, эрозий, узелков, уплотнений, белесоватых бляшек.

При выявлении указанных патологических явлений больного направляют в онкологический диспансер.

В таблице № 2 Главы XI приведены основные симптомы, методы диагностики и возможные варианты лечения рака органов полости рта и глотки.

4. Гортань.

Рак гортани

Злокачественные новообразования гортани развиваются преимущественно у мужчин. Рак гортани у мужчин встречается в 8-9 раз чаще, чем у женщин.

Факторы риска: папилломатоз гортани, хронический ларингит, фарингит, пахидермия, курение. Большинство больных раком гортани являются курильщиками. Риск рака гортани и гортаноглотки у курящих людей во много раз превышает риск у некурильщиков. У лиц, потребляющих алкоголь в большом количестве, риск рака гортани значительно повышен. В случае сочетания курения и употребления алкоголя этот риск повышается еще более значительно. Такие профессиональные вредности, как контакты с древесной пылью, красками и некоторыми химическими веществами также могут увеличить риск рака гортани и гортаноглотки.

При опросе следует обращать внимание на нарушение звучности голоса, носового дыхания, неловкости и боли при глотании, характер выделений из носа (длительность и стойкость этих симптомов).

При поражении верхнего (надскладочного) отдела больные жалуются на постоянное ощущение неудобства при глотании, чувство першения и нередко боли с иррадиацией в ухо на стороне поражения. Наличие опухоли в среднем (складочном) отделе прежде всего проявляется стойкой, постоянно нарастающей охриплостью. При наружном осмотре следует обращать внимание на контуры гортани и шеи, что позволяет определить конфигурацию остова гортани и состояние лимфатических узлов шеи.

После осмотра необходимо произвести пальпацию остова гортани и выяснить степень выраженности симптома крепитации о позвоночник. При наличии увеличенных лимфатических узлов определить их локализацию и смещаемость.

Углубленное обследование проводит специалист-оториноларинголог. Во всех случаях производится непрямая ларингоскопия, при необходимости — биопсия и томография гортани.

В таблице № 3 Главы XI приведены основные симптомы, методы диагностики и возможные варианты лечения рака гортани.

5. Желудочно-кишечный тракт.

Рак желудка.

Факторы риска: хронический атрофический гастрит с кишечной метаплазией, ассоциированной с НР-инфекцией, пернициозная анемия, аденоматозные полипы желудка, язвенная болезнь желудка, гипертрофическая гастропатия (болезнь Менетрие), лица, оперированные на желудке по поводу доброкачественных заболеваний более 10-15 лет назад, синдром наследственного рака желудка диффузного типа (HDGC), критерии его наличия: два и более документированных случаев диффузного рака желудка среди родственников первой/второй степени родства, из которых, по меньшей мере, один диагностирован в возрасте до 50 лет или три и более документированных случаев диффузного рака желудка среди родственников первой/второй степени родства независимо от возраста.

При опросе следует обращать внимание на наличие болей в подложечной области, снижение и извращение аппетита, тошноту, отрыжку, рвоту, утомляемость, слабость, беспричинное прогрессирующее похудание.

При осмотре необходимо обращать внимание на окраску кожных покровов, слизистых оболочек (бледность), состояние языка. Необходимо провести тщательную пальпацию живота.

При вышеуказанных жалобах или подозрении на наличие опухоли большого необходимо направить на углубленное комплексное обследование, включающее в себя рентгенологический и эндоскопический методы с цитологическим исследованием мазков или гастробиопсией.

В таблице № 4 Главы XI приведены основные симптомы, методы диагностики и возможные варианты лечения рака желудка.

Рак пищевода.

Рак пищевода является относительно редким заболеванием с тяжелым течением, неблагоприятным прогнозом, относится к категории онкологических заболеваний с высокой летальностью с момента установления диагноза.

Факторы риска: хронический атрофический гастрит с кишечной метаплазией, ассоциированной с НР-инфекцией, пернициозная анемия, аденоматозные полипы желудка, язвенная болезнь желудка, гипертрофическая гастропатия (болезнь Менетрие), лица, оперированные на желудке по поводу доброкачественных заболеваний более 10-15 лет назад, синдром наследственного рака желудка диффузного типа (HDGC), критерии его наличия: два и более

документированных случаев диффузного рака желудка среди родственников первой/второй степени родства, из которых, по меньшей мере, один диагностирован в возрасте до 50 лет или три и более документированных случаев диффузного рака желудка среди родственников первой/второй степени родства независимо от возраста.

В таблице № 5 Главы XI приведены основные симптомы, методы диагностики и возможные варианты лечения рака пищевода.

Колоректальный рак (далее – КРР).

Факторы риска: наличие в семье одного или двух больных КРР родственников первого колена, семейного аденоматозного полипоза или наследственного неполипозного КРР, а также аденоматозных полипов или КРР. Возраст 50 лет и старше (более 90% больных КРР) - для мужчин и женщин в равной степени.

При опросе должно быть уделено внимание выяснению признаков кишечного дискомфорта: урчание и тяжесть в животе, неприятные ощущения в области прямой кишки, небольшие ноющие боли, тенезмы, чувство неполного опорожнения после дефекации, поносы, запоры, чередование поносов с запорами, наличие патологических примесей в кале (кровь, смешанная с каловыми массами, слизь); немотивированной анемии.

Объективное исследование должно включать пальпацию живота с целью выявления опухолевых образований, определение размеров печени, ее поверхности, пальпацию паховых лимфатических узлов. Осмотр области ануса необходим для выявления наружных геморроидальных узлов и трещин, особенно у лиц с жалобами на кровотечение из прямой кишки.

Всем лицам, проходящим осмотр, обязательно производится пальцевое исследование прямой кишки, предпочтительно в положении на корточках. Для опухоли характерно наличие плотного, малоблезненного, бугристого образования с изъязвлением или без него. После исследования на пальце часто остается кровь.

При наличии патологических симптомов, выявленных при опросе и осмотре пациента, он должен быть направлен на углубленное обследование, включающее ректороманоскопию с биопсией и рентгеноскопию или фиброколоноскопию с биопсией, цитологическое исследование промывных вод.

В таблице № 7 Главы XI приведены основные симптомы, методы диагностики и возможные варианты лечения КРР.

6. Органы дыхания.

Рак трахеи, бронхов, легкого.

Факторы риска: хронические воспалительные заболевания легких. В возникновении рака легкого существенная роль отводится факторам окружающей среды (загрязнение атмосферы канцерогенами), в том числе продуктам табакокурения. Профессиональные вредности (контакт с асбестом, бериллием, ураном или радоном). Имеется много данных о значении отягощенной наследственности, в том числе и иммунодефицитных состояний.

При ПОО следует обращать особое внимание на лиц, страдающих длительным кашлем, кровохарканьем и периодическим повышением температуры, памятуя, что эти симптомы могут быть проявлениями рака легкого.

При физикальном исследовании лиц, предъявляющих жалобы, следует обращать внимание на ограничение подвижности грудной клетки, наличие очага укорочения легочного звука, ослабление дыхания.

Выявление ранних и доклинических форм рака легкого при профилактических осмотрах возможно только при массовой флюорографии. Все лица старше 40 лет должны ежегодно подвергаться флюорографическому исследованию органов грудной клетки (цифровой рентгенографии органов грудной клетки).

Особое внимание необходимо уделить следующим категориям пациентов:

- активные курильщики, выкуривающих более 1 пачки, старше 40 лет;
- больные хроническими легочными заболеваниями (бронхит, туберкулез, хроническая пневмония);
- работающие на производствах с профессиональными вредностями или проживающих в районах с неблагоприятными условиями окружающей среды (радиационная обстановка, загрязненность атмосферы пылью, газом, климатические факторы);
- лица старше 60 лет;
- лица, получившие ранее радикальное лечение по поводу злокачественных новообразований.

При выявлении на флюорограммах (цифровых рентгенограммах) патологических теней пациент вызывается в поликлинику для рентгенологического обследования (рентгеноскопия, рентгенография органов грудной клетки в трех проекциях, томография). Своевременность проведения профилактической флюорографии должна контролироваться руководителями организаций здравоохранения. В контрольное дообследование обязательно входит ретроспективное изучение флюорограмм прошлых лет.

Если на первом этапе дообследования подтверждаются патологические изменения органов грудной полости, то пациент должен быть направлен на консультацию врача-пульмонолога, врача-фтизиатра и врача-онколога.

При выявлении периферической округлой тени, ателектаза или тени в корне легкого необходимо направить пациента с диагнозом подозрение на рак легкого в специализированное онкологическое учреждение здравоохранения, где могут быть проведены уточняющая диагностика и при подтверждении рака легкого лечение.

В таблице № 6 Главы XI приведены основные симптомы, методы диагностики и возможные варианты лечения рака трахеи, бронхов легкого.

7. Молочная железа.

Рак молочной железы (далее – РМЖ).

Факторы риска: наличие дисгормональной гиперплазии молочных желез; первичное бесплодие; первые роды в зрелом возрасте (26 лет и старше); позднее начало менструации (17 лет и старше); позднее наступление менопаузы; нерегулярность и позднее начало половой жизни; пониженное либидо, фригидность; продолжительный период кормления грудью (лактация более 1-2 лет); рождение крупных детей (масса тела 4000 г и более); повышенная масса тела женщин (более 70 кг); эстрогенная насыщенность организма пожилых женщин при длительности менопаузы более 10 лет (III и IV реакция вагинального мазка); увеличение щитовидной железы; высокая заболеваемость РМЖ и женских половых органов среди родственников; высокая заболеваемость злокачественными опухолями среди родственников по материнской линии; перенесенный послеродовой мастит, особенно леченный консервативно; травмы молочной железы.

Для выявления патологии молочных желез используются опрос, пальпация молочных желез в двух положениях и маммография.

Опрос производится с целью выяснения у женщины, испытывает ли она неприятные или болезненные ощущения в молочных железах, нет ли выделений из сосков, уплотнений в ткани молочных желез, изменения формы сосков и молочных желез.

Осмотр молочных желез производится в положении женщины сначала с опущенными вниз, а затем с поднятыми вверх над головой руками. Обращается внимание на форму, размеры, правильность контуров, симметричность молочных желез, уровень сосков, их форму, втянутость, выделения из них, состояние кожи

молочных желез (расширение венозной сети, отечность, изъязвление).

Пальпация производится в вертикальном и горизонтальном положениях. Молочные железы следует пальпировать дистальными фалангами всех пальцев обеих рук последовательно, в радиальном направлении от периферии к соску. При пальпации ткань молочных желез как бы придавливается к грудной стенке. Ощупывание регионарных лимфатических узлов начинается с подмышечных впадин, для чего следует поставить исследуемую против себя и поместить кисть ее с обследуемой стороны себе на плечо при слегка опущенном и отведенном плече осматриваемой. Обследование надключичных областей производить как спереди, так и стоя позади больной, поместив свои пальцы у места прикрепления грудино-ключично-сосцевидных мышц к ключицам.

Признаки, настораживающие в отношении РМЖ:

- 1) деформация молочной железы или ее части;
- 2) втяжение кожи в любом отделе молочной железы, которое становится более заметным при попытке взять кожу в складку;
- 3) покраснение, мокнущая поверхность соска, неправильная форма его или изъязвление, втяжение, уплощение соска, которое не поддается выправлению;
- 4) отечность кожи молочной железы в виде «лимонной корки»;
- 5) любое пальпируемое уплотнение ткани молочной железы вне зависимости от его формы и размеров;
- 6) наличие увеличенных плотных одиночных или множественных лимфатических узлов в подмышечных или надключичных областях.

При выявлении одного или нескольких признаков, подозрительных на опухоль молочной железы, пациенты направляются к онкологу.

В таблице № 8 Главы XI приведены основные симптомы, методы диагностики и возможные варианты лечения РМЖ.

8. Женские половые органы.

Первичное выявление заболеваний женской половой сферы сводится к сбору и уточнению анамнеза, гинекологическому осмотру с обязательным применением зеркал (рекомендуется пользоваться зеркалом Куско). Затем проводится взятие мазков для цитологического исследования с поверхности шейки матки и из цервикального канала, используя 2 одноразовые цитощетки.

При сборе анамнеза следует особое внимание обращать на наличие зуда наружных половых органов; патологических

выделений; ациклических кровянистых выделений и маточных кровотечений в репродуктивном и климактерическом периодах, в менопаузе; позднее наступление менопаузы; наличие эндокринных заболеваний; нарушения жирового и углеводного обменов.

У всех без исключения женщин старше 18 лет вне зависимости от жалоб и данных осмотра берут материал для цитологического исследования. После взятия мазков осуществляется двуручное влагалищно-ректально-брюшностенное исследование.

При необходимости пациентка направляется на кольпоскопию и УЗИ органов малого таза.

Вульва и вагина.

При осмотре обращают внимание на наличие изменений цвета кожи и слизистой оболочки, пигментированных и депигментированных участков, утолщений, бляшек, трещин, изъязвлений и деформаций. При обнаружении указанных патологических изменений пациентку направляют для дополнительного исследования, которое должно включать в себя выполнение вульвоскопии, цитологическое и гистологическое исследование.

Шейка матки.

Несмотря на определенные успехи, достигнутые в области диагностики и лечения, рак шейки матки (далее – РШМ) продолжает занимать одну из лидирующих позиций в структуре онкологической заболеваемости женской половой сферы.

Факторы риска: фоновые – эрозии шейки матки, лейкоплакия, полипы шейки матки, плоские кондиломы и предраковые процессы – дисплазия (слабая, умеренная, тяжелая).

При осмотре фиксируют внимание на наличии рубцовых деформаций, эрозий, лейкоплакий, патологических выделений из цервикального канала, наличие эктропиона, полипов и т. д. При обнаружении указанных изменений, а также в случае наличия атипических клеток в цитологическом исследовании женщина подлежит направлению на дополнительное обследование, включающее в себя расширенную кольпоскопию с прицельной биопсией, а в случае необходимости выскабливание слизистой цервикального канала и полости матки в стационарных условиях.

Тело матки.

Рак эндометрия, рак тела матки – наиболее распространенные заболевания женской половой сферы.

Факторы риска: возраст, первичное бесплодие, миома матки, хроническая гиперэстрогения на фоне недостаточности прогестина,

ановуляция, синдром поликистозных яичников, генетическая предрасположенность, атипичная гиперплазия эндометрия, удлинение репродуктивного периода за счет раннего менархе и поздней менопаузы (55 лет и старше), ожирение, сахарный диабет. Указанные факторы риска определяют эндокринную зависимость и гормональную чувствительность атипичной гиперплазии эндометрия и рака эндометрия.

В тех случаях, когда при гинекологическом исследовании обнаруживаются кровянистые выделения из цервикального канала, увеличение матки, а также устанавливается в анамнезе наличие ациклических кровотечений и, особенно, кровотечений в менопаузе, ожирения и сахарного диабета, пациентку направляют в стационар для углубленного исследования, включающего в себя аспирационный метод и отдельное выскабливание полости матки.

В таблице № 12 Главы XI приведены основные симптомы, методы диагностики и возможные варианты лечения рака тела матки.

Яичники.

При обнаружении на ПОО женщин с дисфункцией яичников, наличием объемных образований в области придатков матки, фибромиомой матки и хроническим аднекситом, их следует направлять на дополнительное обследование, включающее в себя УЗИ органов малого таза, по показаниям – выполнение отдельного диагностического выскабливания и пункции заднего влагалищного свода для цитологического исследования. При невозможности исключить опухоль рекомендуются диагностическая лапароскопия.

9. Мужские половые органы.

Рак предстательной железы.

В последние годы происходит активный рост заболеваемости раком предстательной железы (далее – РПЖ), причем значительная доля приходится на III-IV стадии заболевания.

Факторы риска: генетическая предрасположенность, возраст, особенности питания, вероятность развития опухоли предстательной железы у мужчины, у которого один из ближайших родственников первой степени родства (отец или брат) болел раком предстательной железы.

ПОО включает в себя сбор анамнеза: учитываются боли в области промежности, затрудненное мочеиспускание, вялая струя мочи, ранняя импотенция, хронический простатит, не поддающийся лечению, и пальцевое ректальное исследование области предстательной железы.

Углубленное исследование осуществляется в условиях урологического отделения стационара с обязательной пункционной биопсией предстательной железы и применением рентгенологических методов исследования.

В таблице № 14 Главы XI приведены основные симптомы, методы диагностики и возможные варианты лечения рака предстательной железы.

Яичко.

Первичное выявление заболевания яичка сводится к сбору анамнеза и осмотру больного. Обращается внимание на аномалии развития яичка, травмы, наличие уплотнения или увеличения размеров яичка, боли в области живота или пальпируемое образование в брюшной полости.

Наличие отмеченных изменений требует детального урологического обследования больного в условиях стационара с применением лабораторных, рентгенологических и гормональных методов исследования.

Учитывая, что при опухолях яичка возможно раннее метастазирование, особое внимание должно быть уделено обследованию наиболее вероятных очагов локализации метастазов (легкие, забрюшинные лимфоузлы).

Половой член и уретра.

Первичное выявление заболевания заключается в сборе анамнеза: перенесенная гонорея, баланиты и баланопоститы, боли при мочеиспускании, раздвоение струи мочи, гематурия. При осмотре обращать внимание на наличие фимоза, изъязвлений и трещин в области головки и переходной складки крайней плоти, наличие каких-либо уплотнений и деформаций полового члена.

В целях углубленного исследования используют цитологический метод и биопсию из патологического очага, уретроскопию или уретрографию.

10. Почки.

Рак почки.

Факторы риска: хронические заболевания почек, кистозное перерождение почек, доброкачественные опухоли.

ПОО сводится к сбору анамнеза: учитываются гематурия, боли в поясничной области, повышение температуры тела, потеря в массе. При физикальном исследовании производится пальпация в области почек.

Углубленная диагностика осуществляется в условиях стационара с применением лабораторных, рентгенологических (экскреторная урография, ретроградная пиелография, ангиография

со всеми ее модификациями), радиоизотопных (сканирование, сцинтиграфия) методов исследования.

Мочевой пузырь.

ПОО сводится к сбору анамнеза: учитываются безболевая гематурия или гематурия с дизурическими явлениями, вредные условия труда (анилиновые красители).

Первичная диагностика осуществляется в амбулаторных условиях урологом с применением цитологического исследования осадка мочи и цистоскопии.

Углубленная диагностика осуществляется в условиях стационара с применением рентгенологических методов исследования.

В таблице № 15 Главы XI приводятся основные симптомы, методы диагностики и возможные варианты лечения рака почки.

11. Щитовидная железа.

Рак щитовидной железы.

Факторы риска: доброкачественные новообразования щитовидной железы (коллоидный узел, инволютивный узел, аденома, киста), многоузловой зоб, диффузный зоб, высокий титр антитиреоидных антител (хронический лимфоцитарный тиреоидит). Повышенный уровень секреции тиреотропного гормона гипофиза (наблюдается чаще у людей, живущих в эндемичных по зобу зонах), рентгеновское или другое облучение области головы и шеи, верхнего средостения, проведенные с диагностической и (или) лечебной целью в детском и юношеском возрасте. Особое значение в развитии рака щитовидной железы имеет сочетание внешнего облучения указанных областей с внутренним облучением инкорпорированными радионуклидами йода при загрязнении окружающей среды радиоактивными веществами. Наличие в семейном анамнезе случаев рака щитовидной железы, рак другой доли щитовидной железы в анамнезе.

При осмотре и пальпации шеи следует обращать внимание на состояние лимфатических узлов подбородочной, подчелюстной областей, по ходу кивательных мышц, сонного и бокового треугольников шеи и обеих надключичных областей. При пальпации щитовидной железы внимание фиксируется на консистенции ткани железы, наличии плотных участков.

При наличии патологических изменений пациента направляют на углубленное обследование: УЗИ щитовидной железы, пункция увеличенных лимфатических узлов для цитологического исследования или биопсии.

В таблица № 16 Главы XI приводятся основные симптомы, методы диагностики и возможные варианты лечения рака щитовидной железы.

12. Кроветворная и лимфатическая система.

Заболевания кроветворной и лимфатической ткани.

Лимфогранулематоз (лимфома Ходжкина) – наиболее часто встречающееся опухолевое заболевание кроветворных органов, характеризующееся увеличением лимфатических узлов. Характерной особенностью лимфогранулематоза является локальность процесса на ранних стадиях развития болезни с постепенным вовлечением в процесс лимфоузлов пограничных областей. Окончательный диагноз и выбор варианта лечения возможны только после удаления и гистологического исследования одного из измененных лимфатических узлов.

Раннее выявление заболеваний лимфатической и гематопозитической тканей возможно только у пациентов, имеющих увеличенные периферические лимфатические узлы, выраженную анемию или кожные проявления (расчеты, геморрагический синдром). Опрос для выявления злокачественных новообразований лимфатической и гематопозитической ткани направлен на выяснение изменений общего состояния (слабость, потливость, потеря массы, кожный зуд, немотивированное повышение температуры тела). При обследовании проводится пальпация всех групп периферических лимфатических узлов (шейных, подмышечных, паховых), брюшной полости (забрюшинные и мезентериальные лимфатические узлы), печени, селезенки.

Особое внимание должно быть уделено оценке состояния лимфоузлов надключичных областей (под ножками кивательной мышцы и над средней третью ключицы) и бокового треугольника шеи (вдоль переднего края трапециевидной мышцы). Увеличенные лимфатические узлы могут быть признаком не только лимфогранулематоза, лимфо- или ретикулосаркомы, лейкоза, но и метастазами злокачественной опухоли других локализаций.

Увеличение медиастинальных лимфатических узлов может быть выявлено только при флюорографии (при этом необходимо дополнительное детальное рентгенологическое исследование органов грудной полости).

Основанием для дальнейшего обследования является увеличение лимфоузлов любой из перечисленных групп. Этот контингент пациентов должен быть направлен к онкологу. Окончательный диагноз может быть установлен лишь после цитологического исследования материала, полученного при пункции узла или гистологическом исследовании удаленного лимфоузла. Развернутый анализ крови обязателен.

В таблице № 17 Главы XI приведены основные симптомы, методы диагностики и возможные варианты лечения заболеваний кроветворной и лимфатической ткани.

13. Мягкие ткани и кости.

При опросе необходимо обращать внимание на наличие неясного характера болей и нарушение функции опорно-двигательного аппарата. Особое внимание должно привлечь возникновение уплотнений в мягких тканях. Обнаружение в толще мягких тканей уплотнения, характер которого при осмотре установить не удастся, диктует необходимость направить больного на углубленное исследование (рентгенография, компьютерная томография, цитологическое исследование, радиоизотопное исследование).

Пациенты, имеющие доброкачественные опухоли, подлежат наблюдению у онколога. Лица с хроническими воспалительными заболеваниями костей, диспластическими процессами, а также аномалиями развития костей должны находиться под диспансерным динамическим наблюдением ортопеда-травматолога или хирурга.

Глава VII. Критерии установления причин онкозапущенности

№ п/п	Причины запущенности	Критерии установления
1.	Неполное обследование пациента	Устанавливаются по алгоритму обследования: отсутствуют исследования, способствующие установлению основного диагноза (учитывая диагностические возможности учреждения); отсутствуют профилактический онкологический осмотр, параллельный осмотр (смотровой кабинет, рентгенологический кабинет).
2.	Ошибка в клинической диагностике	Пациент обратился с жалобами, характерными или подобными опухолевому заболеванию, но диагноз не был установлен, независимо от результатов исследований, а жалобы и объективные исследования давали

		повод, но были игнорированы.
3.	Ошибка в рентгенологической диагностике	Врач рентгенолог допустил ошибки при прочтении R-граммы, провел исследование с нарушениями методики исследования. Путем сравнения рентгенограмм выявляется ошибка.
4.	Ошибка в патогистологической диагностике	Врач дал неправильное заключение по срезу ткани, пересмотр препаратов выявляет ошибку.
5.	Длительное обследование больного	Время для углубленного обследования с момента установления диагноза «Suspicio rak» не может превышать 10 дней. Если время на углубленное обследование превышает 10 дней устанавливается причина.
6.	Скрытое течение болезни	Выявление онкологического заболевания случайно, при обращении к врачу по другому заболеванию. Бессимптомное течение онкозаболевания, отсутствуют характерные признаки или появляются жалобы непонятного характера на фоне длительно текущего хронического заболевания.
7.	Несвоевременное обращение больного за медицинской помощью	Появились первые признаки, даже косвенно подобные онкологическому заболеванию, но больной по какой-либо причине к врачу не обращается (избегает обращаться, в отпуске, в командировке). Время от момента появления первых признаков до обращения в медицинское учреждение к врачу более 1,5 месяцев. Пациент проживает по адресу на территории обслуживания учреждения здравоохранения, но никогда в поликлинику не обращался.
8.	Отказ от обследования, лечения	Отказ от обследования (лечения), предложенного врачом, зафиксированный в медицинской карте в письменной форме. В том числе, отказ от явки на диспансерный осмотр при

		наличии зафиксированного в амбулаторной карте вызова.
9.	Погрешности в диспансеризации больных с хронической патологией.	Отсутствие периодических медицинских осмотров пациентов, относящихся к 1б клинической группе (облигатный предрак), факультативный предрак, отсутствие данных о результатах обследования и лечения. Больной страдает хроническим заболеванием, состоит на диспансерном учете, но при откреплении в другое учреждение медицинские документы не переданы.

Примечания:

- 1) причина запущенности формулируется только по общепринятому образцу и только в единственном числе;
- 2) в случае наличия нескольких причин выбирается одна, наиболее значимая.

Глава VIII. Профилактика в онкологии

Важно понять, что новообразование почти никогда не возникает в здоровом организме.

Комплексная профилактика злокачественных новообразований включает первичную (доклиническую), вторичную (клиническую).

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.

Вторичная профилактика злокачественных новообразований – комплекс медицинских мероприятий, направленных на выявление больных с предраковыми заболеваниями, с последующим их оздоровлением, наблюдением за ними. Организация и проведение мероприятий по ранней диагностике рака.

Третичная профилактика онкологических заболеваний – понятие, выделяемое искусственно, по существу являющееся завершающим этапом вторичной профилактики, т.к. она призвана обеспечить качество диагностики и лечения.

Индивидуальная защита организма от злокачественных новообразований должна включать:

- 1) соблюдение правил личной гигиены;
- 2) безотлагательную лечебную коррекцию нарушенных функций организма;
- 3) правильное рациональное питание;
- 4) отказ от вредных привычек;
- 5) оптимизацию функций репродуктивной системы;
- 6) ведение здорового активного образа жизни;
- 7) высокое самосознание человека – четкое знание факторов канцерогенного воздействия на организм и мер предосторожности, знание особенностей течения, стадийности и зависимости эффективности лечения опухолей от своевременности их выявления.

Онкогигиеническая профилактика – выявление и устранение возможности действия на человека канцерогенных факторов окружающей среды, а также выявление и использование возможностей уменьшения опасностей такого воздействия. Спектр форм воздействия в этом направлении чрезвычайно обширен и можно конкретизировать лишь основные из них. Таковыми являются образ жизни и питание человека.

Ведущее значение в оздоровлении образа жизни придается контролю курения. По данным литературы атрибутивный риск рака легкого, т.е. доля случаев этого заболевания, вызванных курением, составляет 80-90% у мужчин и – 70% у женщин. Велика роль курения в возникновении рака пищевода, поджелудочной железы, мочевого пузыря. Большое значение в возникновении злокачественных опухолей придается действию ионизирующих излучений, ультрафиолетовому облучению, а также неионизирующим электромагнитным излучениям радио- и микроволнового диапазона. Установлена отчетливая связь между стрессовыми ситуациями (событиями) в жизни человека и возникновением злокачественных новообразований. Риск возникновения этих заболеваний резко возрастает при эмоциональной подавленности невротического характера вследствие нервно-психической травмы.

Важное значение в возникновении опухолевых заболеваний имеет характер питания (диеты) человека. Рекомендуемая сбалансированная диета должна содержать невысокое количество жиров, особенно насыщенных, не более 75,0 в день для мужчин и 50,0 для женщин. Она должна быть богата продуктами растительного происхождения и витаминами, особенно А, В, С, Е, которые оказывают на канцерогенез ингибирующее воздействие. Перечень факторов и воздействий на

канцерогенез не ограничивается перечисленными выше и является достаточно обширным.

Биохимическая профилактика имеет целью предотвращение бластоматозного эффекта от действия канцерогенов путем применения определенных химических препаратов и соединений. Так, например, общеизвестна роль нитратно-нитритного загрязнения окружающей среды в развитии, прежде всего, злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта, который является основным путем их проникновения в организм человека. При среднем потреблении с водой и пищевыми продуктами 1 миллимоля этих химических соединений в сутки смертность от рака желудка составляет 6 на 100 000 населения в год (США), а при нагрузке в 4,5 миллимоля в сутки этот показатель возрастает до 43 на 100 000 населения (Япония). Канцерогенное воздействие воды и пищи возрастает также в случае загрязнения водоисточников соединениями мышьяка, галогенов, а также загрязнения воздушной среды различными химическими веществами и особенно асбестовой пылью, бластомогенное действие которой при поступлении ее в организм ингаляционным путем в настоящее время является общепризнанным. Канцерогены химического происхождения окружают человека и в бытовой обстановке: полициклические ароматические углеводороды (ПАУ) и окислы азота – при сжигании газа, формальдегид и смолы содержатся в пластиках, нитросоединения появляются в дыму при жарке пищи и т.д.

Биохимическому направлению в профилактике онкологических заболеваний придается большое значение, однако, реализация возможностей этого направления представляется сложной, т.к. многие специалисты считают, что для организации мероприятий по предотвращению бластоматозного действия химических канцерогенов и контроля эффективности мер защиты необходим биохимический мониторинг. Теоретически эффективность мероприятий по онкогигиенической и биохимической профилактике оценивается снижением онкологической заболеваемости на 70–80%. По данным МАИР 80-90% злокачественных новообразований детерминировано средовыми факторами.

К числу других направлений профилактики злокачественных новообразований относится медико-генетическая профилактика путем выделения семей с наследуемыми предрасположенностями к предопухолевым и опухолевым заболеваниям, лиц с хромосомной нестабильностью и организация мероприятий по снижению опасности возможного действия на них канцерогенных факторов. В механизмах наследственной предрасположенности часто решающее значение имеют эндокринные факторы. Так, дочери матери, больной раком молочной

железы, имеют риск заболеть этим заболеванием в 4,5 раза выше, чем их сверстницы, не имеющие такого анамнеза. Сестры больной раком молочной железы, если их мать страдала этим же заболеванием, имеют вероятность возникновения такой опухоли в 47–51 раз выше, чем их сверстницы с неотягощенной наследственностью. Женщинам, имеющим отягощенный анамнез относительно рака молочной железы, не рекомендуется грудное вскармливание детей, употребление кофе, прием некоторых медикаментов. Доброкачественные опухоли молочной железы среди женщин, имеющих это заболевание в семейном анамнезе, встречаются в 4 раза чаще.

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. Это направление приобретает особо важное значение при продолжительной иммунодепрессивной терапии после гомологичной пересадки органов и тканей, а также при лечении аутоиммунных заболеваний.

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

Теоретическая эффективность каждого из этих направлений оценивается снижением онкологической заболеваемости на 10%. Стратегической целью этого раздела профилактики рака является снижение онкологической заболеваемости населения.

Вторичная профилактика злокачественных новообразований представляет комплекс мероприятий, направленных на выявление предопухолевых заболеваний, раннюю диагностику онкологических заболеваний, что обеспечивает эффективность их хирургического и других видов противоопухолевого лечения. В осуществлении этого вида профилактики имеет место применение цитологических, гистологических, эндоскопических, рентгенологических и других специальных методов обследования.

Глава IX. Отдельные аспекты патогенеза и клиники злокачественных опухолей

Диспансеризация населения, формирование групп повышенного онкологического риска и их углубленное обследование позволяют повысить выявляемость предраковых заболеваний и злокачественных

новообразований на ранних стадиях, особенно для визуальных локализаций.

Однако, нередко врач сталкивается с трудностями диагностики других форм рака. Так как клиническая симптоматика злокачественных новообразований характеризуется большим многообразием и зависит от многих факторов: локализации опухоли, ее гистологической формы, характера роста, распространенности процесса, возраста пациента, наличия сопутствующих заболеваний.

Так, клиника заболевания может определяться анатомической локализацией растущей опухоли. Например, при поражении органов желудочно-кишечного тракта может наблюдаться кахексия, анемия; при поражении печени страдает обмен веществ. Особенности локализации опухоли в самом органе также определяют клиническую картину. Опухоль, расположенная в пилорическом отделе желудка, имеет симптомы стеноза; опухоль же, локализующаяся в кардии и поражающая пищевод, приводит к дисфагии – препятствию прохождения пищи.

В ряде случаев при IV стадии заболевания основная симптоматика может быть связана не с первичной опухолью, а с ее метастазами. Так, первые симптомы заболевания при метастазах небольших размеров первичного очага рака легкого в мозг могут возникать со стороны головного мозга. Нередко рак предстательной железы диагностируется после выявления метастазов в костях и сопровождается сильным болевым синдромом.

Злокачественные опухоли, кроме местной симптоматики, связанной с поражением того или иного органа, проявляются общими симптомами. По мере своего развития новообразование может разрушать жизненно важные органы и целые системы организма. Однако рост опухолей, преимущественно злокачественных, может сопровождаться различными нарушениями, которые влияют на обмен веществ, на нервную, эндокринную и иммунную системы. Таким образом, новообразование может обладать как местным, так и системным действием на организм человека. Местные изменения возникают в результате прямого действия опухолевых клеток на неопухолевую ткань, непосредственно граничащую с новообразованием.

Местное действие опухоли проявляется рядом клинических феноменов, которые позволяют диагностировать ее клинически. Можно выделить следующие группы симптомов новообразования: обтурация, компрессия и деструкция.

Наличие опухолевидного образования можно диагностировать визуально и путем пальпации.

Одновременно при обследовании следует пальпировать все регионарные лимфатические узлы. Метастатические лимфатические узлы обычно увеличены, плотные, иногда бугристые, спаянные с окружающими тканями и другими лимфатическими узлами.

Обязательным при обследовании любого пациента является пальпация органов брюшной полости, в особенности печени. В печени могут локализоваться метастазы любых злокачественных опухолей. Пальцевое исследование прямой кишки, вагинальное исследование дают дополнительную информацию и о состоянии органов малого таза.

Вызывая сдавливание и нарушая проходимость полых органов даже доброкачественные опухоли некоторых локализаций могут представлять смертельную опасность. Рост опухоли в просвет полого органа может вызвать закрытие просвета и нарушение пассажа его содержимого, определяя синдром сдавления и обтурации. Так, опухоль пищевода ведет к дисфагии или полной непроходимости пищевода, что обрекает организм на голодание. Опухоль любой части пищеварительного тракта нарушает пассаж пищи и вызывает нарушение питания. Новообразование привратника желудка вызывает рвоту и резкое истощение организма, кишечника – непроходимость, мочеочника – анурию, гортани – стеноз, удушье, бронха – ателектаз легочной ткани, при опухоли желчевыводящих протоков развиваются холестаз и желтуха, опухоль мозга может сдавливать жизненно важные центры.

По мере увеличения размеров опухоли может наблюдаться ее разрушение или распад. При прорастании в сосуды на фоне ее распада и изъязвления может наступить эрозия, приводящая к кровотечениям, иногда даже смертельным. Некрозы опухолей могут приводить к перфорации стенок органа (пищевода, мочевого пузыря и др.), полностью либо частично разрушать органы, что при поражении жизненно важных систем организма может повлечь за собой смерть. При разрушении кости метастазами или первичными опухолями (иногда не злокачественными) могут развиваться патологические переломы.

Системное действие опухоли на организм проявляется в виде неспецифических симптомов: общей иммунодепрессии, лихорадки, анемии, астении, кахексии и специфических паранеопластических синдромов.

Учитывая особенности обмена опухолевых клеток, следует подчеркнуть, что каких-либо специфических токсических соединений они не выделяют. Однако, несмотря на приспособленность опухолевых клеток к гипоксии, при больших размерах новообразования наступает массовый некроз клеток – опухолевый распад, проявляющийся

синдромом неспецифической эндогенной интоксикации, вызванной наличием большой массы некротической ткани. При этом всасывается большое количество продуктов тканевого распада. Влияние значительных нарушений всех видов обмена веществ при распаде рака в сочетании с непрерывным и все нарастающим всасыванием продуктов распада опухолевой ткани позволяет объяснить ту интоксикацию организма, которая может наблюдаться при злокачественных опухолях.

Системное, специфическое действие опухоли на организм проявляется также паранеопластическими синдромами.

Паранеопластические синдромы – это совокупность метаболических нарушений, сопровождающих развитие опухоли. В основе паранеопластических синдромов лежат нарушения, обусловленные непрямым воздействием новообразования: дисбалансом обменных процессов, иммунным конфликтом «опухоль - организм», эктопическим образованием гормоноподобных полипептидов, в норме не продуцирующихся. Эти симптомы связаны с появлением опухоли и исчезают после ее удаления. Перед клиницистом стоит задача выявления таких признаков для того, чтобы в совокупности с инструментальными и морфологическими методами распознать новообразование на самых ранних стадиях.

К специфическим проявлениям паранеоплазии относят эндокринные нарушения, вызванные действием продуктов метаболизма опухоли, секрецией гормонов и медиаторов. Гормонообразование объясняется тем, что конструкция генов клеток организма дает возможность полипотентному синтезу, при котором гормонообразование в эндокринных клетках блокируется, а в опухолевых клетках, наоборот, высвобождается. Примерами этого является образование паратгормона в опухолях легких с формированием гиперкальциемии, инсулина – при опухолях почек, яичников и надпочечников; образование тромбокиназоподобных веществ при опухолях поджелудочной и слюнных желез (опасность тромбозов), АКТГ – при опухолях легких и средостения с развитием синдрома Кушинга, тиреотропного гормона – при опухолях легких, гастрин – при опухолях поджелудочной железы.

В контексте паранеопластического синдрома могут также рассматриваться гемостазиологические и неврологические нарушения, дерматопатии, поражение скелетных мышц в виде миопатий и мышечных дистрофий, нарушение деятельности желудочно-кишечного тракта, кардиодепрессия, снижение толерантности к глюкозе и др.

Гемостазиологический паранеопластический синдром у больных со злокачественными опухолями проявляется тромбозами, мигрирующим тромбофлебитом, эмболией ветвей легочной артерии,

абактериальным тромбозом, парадоксальными кровотечениями, тромботической микроангиопатией. Патогенез тромботических осложнений у онкологических больных сложен, поскольку наряду с общими факторами действуют еще и специфические механизмы.

Опухолевая клетка играет ключевую роль в запуске коагуляционного каскада через сосудисто-тромбоцитарное звено гемостаза. Выброс опухолевыми клетками различных факторов свертывания крови приводит к повышенному фибриногенообразованию, нарушению реологических свойств крови, что определяет большое количество тромбов и тромбоэмболических осложнений, сопутствующих опухолевому синдрому. В основе гемостазиологической паранеоплазии лежит активация как коагуляционного, так и сосудисто-тромбоцитарного звеньев свертывания крови.

Определенное значение в развитии тромбов имеет эмболизация сосудов опухолевыми клетками. Раковый эмбол служит ядром тромба, который при соответствующих условиях, если процесс организации запаздывает, может способствовать метастазированию. Отложение фибрина в опухоли и вокруг не оказывает стимулирующее влияние как на опухолевый рост, так и на процесс метастазирования. Участие фибрина в защите опухолевых клеток от воздействия охранных механизмов организма также вполне доказано.

Повреждение мембран тромбоцитов продуктами перекисного окисления, образующихся при опухолевом распаде, также может способствовать повышенному тромбообразованию. Поэтому распространенные формы рака, как правило, протекают на фоне скрытого или явного ДВС-синдрома. К факторам риска тромбообразования у онкологических больных можно отнести и диспротеинемию, проявляющуюся снижением содержания альбуминов и увеличением альфа- и гамма-глобулиновых фракций.

Злокачественные опухоли редко возникают в совершенно здоровом органе. Фоновые заболевания, на почве которых возникает рак, могут влиять на клинические проявления рака, маскируя картину опухолевого заболевания. При излечимых новообразованиях, но протекающих с осложнениями может создаться ложное впечатление запущенного заболевания. При раке пищевода, например, тяжелое состояние больного может быть обусловлено непроходимостью пищевода и голоданием. Так, при раке желудка кровотечение из опухоли может вызвать тяжелую анемию, однако новообразование может быть вполне операбельным. При небольшом раке, обтурирующем просвет бронха, может развиваться тяжелая

перифокальная пневмония, что может создать обманчивое впечатление тяжести и «безнадежности» больного. В таких случаях необходимо тщательно обследовать больного и остерегаться его необоснованного отказа от попытки радикального лечения.

Распад и изъязвление злокачественной опухоли представляют благоприятную почву для развития вторичной инфекции. Многие опухоли, особенно граничащие с внешней средой, могут инфицироваться, воспаляться и иногда нагнаиваться. При этом возможно развитие инфекционно-гнойных септических осложнений. У онкологических больных, особенно при лейкомиях (лейкозах) и злокачественных лимфомах, развивается иммунодепрессия и вторичное инфицирование различными микроорганизмами, что, в свою очередь, может явиться причиной различных септических осложнений.

Следует заметить, что уже в настоящее время в качестве диагностических тестов в группах повышенного риска развития рака могут быть использованы молекулярно-биологические исследования.

Использование молекулярных маркеров ранних стадий канцерогенеза может лечь в основу новых методов скрининга, а именно выявления признаков злокачественного роста до формирования его морфологических проявлений.

Глава X. Деонтология и онкологическая настороженность в работе врача

Взаимоотношения врача с онкологическим больным должны строиться на основе внимания и сочувствия с учетом категории пациентов.

Пациенты с подозрением на злокачественную опухоль.

В большинстве случаев предположение о раке и необходимость обследования в онкологическом диспансере возникает, если у пациента в течение некоторого времени наблюдаются симптомы какого-либо заболевания, вызывающие тревогу. Этим пациентам следует ориентировать на необходимость консультации онколога с целью исключения злокачественного новообразования. Если подозрение на рак возникает случайно (при обследовании пациента, не предъявлявшего серьезных жалоб или при проведении ПОО), то для таких людей направление к онкологу является неожиданным. Им следует объяснить, что выявленные изменения могут оказаться предопухолевыми и нужно проконсультироваться с онкологом.

Пациенты с установленным диагнозом злокачественной опухоли.

Перед врачом общей практики стоит задача подготовить пациента к мысли о возможности операции или другого специального лечения.

Система убеждений может строиться по принципу, что и при подозрении на рак может понадобиться оперативное, химиотерапевтическое или лучевое лечение. Лучше ориентировать пациента на то, что окончательное решение о выборе метода лечения будет принято после дополнительного обследования пациента в специализированном учреждении здравоохранения.

Информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, составляют врачебную тайну. Пациенту должна быть подтверждена гарантия конфиденциальности передаваемых им сведений. Не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия пациента другим гражданам, в том числе должностным лицам, для проведения научных исследований, публикаций в научной литературе, использования этих сведений и в иных целях.

Психологическая подготовка пациента к предстоящему лечению.

Пациент понимает необходимость тщательного обследования и лечения, но боязнь операции и других видов специального лечения (лучевого, химиотерапевтического) его настораживает и может быть причиной отказа от предлагаемого лечения.

Причины отказа от лечения могут быть следующие:

- необоснованное, но очень стойкое представление о возможности излечиться травами или другими (нередко ядовитыми) средствами. Сложность для врача состоит в том, что больной нередко ориентирован на наличие у него доброкачественного процесса, при котором те или иные народные средства могут быть использованы. В таких случаях внимание больного следует заострить на возможности возникновения у него опасных осложнений или развития злокачественной опухоли при задержке с лечением;

- реакция отрицания, при которой больной в связи с хорошим самочувствием не верит в необходимость лечения. Таким больным необходимо разъяснить серьезность положения, указать на то, что заболевание будет прогрессировать, и что риск при операции меньше, чем опасность самой болезни. Если врач вынужден сказать больному об опухоли, то желательно говорить это не в виде достоверности, а только как серьезное предположение. Если больного все-таки не удастся побудить к лечению, то врач может оказаться вынужденным сказать правду. В этой ситуации нужно привести доказательства, что опухоль вполне поддается лечению;

- пациента пугает неполноценное существование после операции. Такие переживания вполне обоснованы, но поскольку иной

возможности излечения нет, то врач обязан убедить пациента в необходимости оперативного вмешательства;

- неверие пациента в возможность излечения. Обычно это аргументируется на случайных собственных наблюдениях или на негативной информации, полученной от людей мало сведущих в онкологии. Эти пациенты находятся в подавленном состоянии. В таких случаях врач должен убедить, что окончательный диагноз станет ясен только после микроскопического исследования препарата и если будет обнаружен рак то опухоль может быть излечена. В то же время отказ от лечения и потеря времени приведут к распространению опухоли, и прогноз может быть неблагоприятным;

- боязнь за исход операции может быть обусловлена сопутствующими или перенесенными заболеваниями сердца или других органов. В таких случаях нужно, не затягивая времени, провести обследование и начать если это возможно в амбулаторных условиях коррекцию имеющихся нарушений. Больному нужно разъяснить, что в стационаре перед решением вопроса об операции ему проведут соответствующее лечение, которое обеспечит безопасность оперативного вмешательства.

Глава XI. Краткая информация по диагностике и лечению злокачественных новообразований

Таблица № 1

СИМПТОМАТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РАКА ГУБЫ

Симптомы опухолевой патологии	Тактика ведения пациента*	Возможные виды специального лечения
Болезненное или безболезненное уплотнение или шероховатая бляшка, слегка возвышающаяся над окружающими тканями, сосочкового вида кровотокающая поверхность, длительно незаживающая язва с валикообразными краями,	Клинический осмотр Цитологическое, гистологическое исследования (морфологическая верификация диагноза) Пункция увеличенного лимфатического узла Консультация онколога (уточняющая диагностика)	Хирургическое лечение Лучевая терапия Фотодинамическая терапия (ФДТ) Лазерная хирургия Комбинированное комплексное лечение

<p>кровоточивость при контакте. Увеличение лимфатических узлов подбородочной, подчелюстной областей.</p>		
--	--	--

Таблица № 2

**СИМПТОМАТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РАКА ОРГАНОВ
ПОЛОСТИ РТА И ГЛОТКИ**

Симптомы опухолевой патологии	Тактика ведения пациента*	Возможные виды специального лечения
<p>Наличие длительно незаживающей язвы во рту, непроходящая боль в полости рта. Припухлость или утолщение щеки. Белые или красные пятна на деснах, языке, миндалинах или слизистой оболочке полости рта. Ощущение инородного тела при глотании. Затруднение жевания или глотания. Затруднение движения челюстью или языком. Онемение языка. Появление припухлости на шее.</p>	<p>Клинический осмотр Фиброларингоскопия с гистологическим, цитологическим исследованием (морфологическая верификация диагноза) Консультация онколога (уточняющая диагностика)</p>	<p>Комбинированное комплексное лечение Реконструктивно-пластические операции</p>

Таблица № 3

СИМПТОМАТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РАКА ГОРТАНИ

Симптомы опухолевой патологии	Тактика ведения пациента*	Возможные виды специального лечения
Першение или щекотание в горле. Ощущение присутствия в горле инородного тела, постоянное желание откашляться. Кашель, иногда покашливание. Охриплость или только изменение тембра голоса. Неловкость и боли при глотании. Увеличение лимфатических узлов на шее. Непроходящая боль в горле. Затруднение глотания или боль при глотании. Непроходящая боль в ухе. Затрудненное дыхание. Похудение. Осиплость голоса на протяжении 2-х и более недель.	Клинический осмотр Фиброларингоскопия Гистологическое и цитологическое исследования биоптата. УЗИ лимфатических узлов шейно-надключичных зон и передневерхнего средостения. Компьютерная томография (далее – КТ) гортани Консультация онколога (уточняющая диагностика)	Лучевая терапия Хирургическое лечение Комбинированное комплексное лечение Реконструктивно-пластические операции

Таблица № 4

СИМПТОМАТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РАКА
ЖЕЛУДКА

Симптомы опухолевой патологии	Тактика ведения пациента*	Возможные виды специального лечения
Ухудшение общего самочувствия, беспричинная слабость, снижение	Клинический осмотр Фиброгастроскопия Рентгенологическое исследование желудка	Хирургическое лечение Комбинированное комплексное лечение Малоинвазивные

<p>трудоспособности, быстрая утомляемость, отвращение к пище, стойкое снижение аппетита, потеря веса. Беспричинное прогрессирующее похудание, ощущение переполнения и тяжести в желудке после еды. Боли после приема пищи. Отрыжка, рвота, приносящая облегчение, желудочные кровотечения. Анемия.</p>	<p>по показаниям, УЗИ брюшной полости, лимфатических узлов шейнонадключичных зон Гистологическое и цитологическое исследование Определение опухолевых маркеров (СА72-4) Консультация онколога (уточняющая диагностика)</p>	<p>видеоэндоскопические операции Реконструктивно-пластические операции</p>
--	--	--

Таблица № 5

СИМПТОМАТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПИЩЕВОДА

Симптомы опухолевой патологии	Тактика ведения пациента*	Возможные виды специального лечения
<p>Ощущение прохождения пищи по пищеводу. Затруднения при глотании. К другим часто наблюдаемым симптомам относятся снижение массы тела, боль за грудиной, ухудшение общего самочувствия, слабость.</p>	<p>Клинический осмотр Рентгенологическое исследование пищевода, желудка, легких, средостения. Эзофагогастроскопия Гистологическое и цитологическое исследования биоптата Консультация онколога (уточняющая диагностика, при возможности КТ)</p>	<p>Хирургическое лечение Комбинированное комплексное лечение Лучевая терапия Реконструктивно-пластические операции Малоинвазивные видеоэндоскопические операции Фотодинамическая терапия (ФДТ) при I стадии заболевания и противопоказаниях к операции</p>

Таблица № 6

**СИМПТОМАТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РАКА
ТРАХЕИ, БРОНХОВ ЛЕГКОГО**

Симптомы опухолевой патологии	Тактика ведения пациента*	Возможные виды специального лечения
<p>Длительный кашель, сухой или с мокротой, кровохарканье. Изменение характера кашля у курильщиков. Одышка. Боль в грудной клетке. Слабость. Беспочинное повышение температуры тела. Общая слабость, похудание.</p>	<p>Клинический осмотр Рентгенологические методы Трахеобронхоскопия с биопсией Цитологическое и гистологическое исследования Консультация онколога (уточняющая диагностика, при возможности КТ, трансторакальная биопсия опухоли)</p>	<p>Хирургическое лечение Комбинированное комплексное лечение Фотодинамическая терапия (ФДТ) Малоинвазивные видеозндоскопические операции Фотодинамическая терапия (ФДТ) при I стадии заболевания и противопоказаниях к операции</p>

Таблица № 7

СИМПТОМАТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КРР

Симптомы опухолевой патологии	Тактика ведения пациента*	Возможные виды специального лечения
<p>Вздутие живота, прощупываемая опухоль живота. Запоры, сменяемые поносами. Анемия. Схваткообразные боли в животе, кишечные кровотечения (кровь в кале). Чувство инородного тела в</p>	<p>Клинический осмотр Пальцевое исследование Ректороманоскопия Ирригоскопия по показаниям Колonosкопия Гистологическое и цитологическое исследования Определение РЭА в сыворотке крови</p>	<p>Комбинированное комплексное лечение Реконструктивно-пластические операции Малоинвазивные видеозндоскопические операции</p>

заднем проходе. Выделение слизи и крови при акте дефекации, чувство неполного опорожнения прямой кишки при акте дефекации, частые, ложные позывы на стул.	Консультация онколога (уточняющая диагностика)	
--	--	--

Таблица № 8

**СИМПТОМАТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РАКА
МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

Симптомы опухолевой патологии	Тактика ведения пациента*	Возможные виды специального лечения
Изменения формы молочной железы, её кожи и соска. Выделения из соска молочной железы. Уплотнения в молочной железе. Увеличение подмышечных лимфоузлов.	Клинический осмотр УЗИ, маммография, по показаниям, при необходимости пункция под контролем УЗИ. Цитологическое исследование пунктата Консультация онколога (уточняющая диагностика)	Комбинированное комплексное лечение Реконструктивно-пластические операции Малоинвазивные операции

Таблица № 9

**СИМПТОМАТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ
МЕЛАНОМЫ КОЖИ**

Симптомы опухолевой патологии	Тактика ведения пациента*	Возможные виды специального лечения
Безболезненные уплотнения или длительно незаживающие язвы на коже,	Клинический осмотр Цитологическое исследование мазков с поверхности опухоли Гистологическое	Хирургическое лечение Комбинированное комплексное лечение Лазерная хирургия

<p>разрастания в некоторых участках кожи в виде бородавок. Изменение цвета давно существующей родинки, появление зуда, покалывания в области родинки, увеличение, уплотнение или кровоточивость родимого пятна, увеличение лимфатических узлов.</p>	<p>исследование (морфологическая верификация диагноза) УЗИ зон регионарных лимфатических узлов для меланомы кожи Определение уровня онкомаркера S 100 в сыворотке крови (для меланомы кожи) Консультация онколога (уточняющая диагностика)</p>	
---	--	--

Таблица № 10

**СИМПТОМАТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ
 ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ**

Симптомы опухолевой патологии	Тактика ведения пациента*	Возможные виды специального лечения
<p>Безболезненные уплотнения или длительно незаживающие язвы на коже. Разрастания в некоторых участках кожи в виде бородавок. Изменение цвета давно существующей родинки, появление зуда, покалывания в области родинки. Увеличение, уплотнение или</p>	<p>Клинический осмотр Флуоресцентная диагностика Цитологическое исследование мазков с поверхности опухоли Гистологическое исследование (морфологическая верификация диагноза – биопсия с краев язвы или соскоб для цитологического исследования) УЗИ зон регионарных лимфатических узлов для меланомы кожи</p>	<p>Хирургическое лечение Комбинированное комплексное лечение Фотодинамическая терапия (ФДТ) Близкофокусная R-терапия Криогенные технологии Ультразвуковая хирургия Лазерная хирургия</p>

кровоточивость родимого пятна. Увеличение лимфатических узлов.	Консультация онколога (уточняющая диагностика)	
--	--	--

Таблица № 11

СИМПТОМАТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Симптомы опухолевой патологии	Тактика ведения пациента*	Возможные виды специального лечения
Контактные кровотечения – кровотечения не связанные с менструацией, гнойные выделения из половых путей, боли внизу живота, длительно существующая, нелеченная эрозия шейки матки.	Клинический осмотр Осмотр в зеркалах Кольпоскопия Цитологическое исследование УЗИ Трансректальное , трансвагинальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ) Консультация онколога (уточняющая диагностика)	Хирургическое лечение Комбинированное комплексное лечение Органосохраняющие операции Лазерная хирургия Ультразвуковая хирургия Фотодинамическая терапия (ФДТ)

Таблица № 12

СИМПТОМАТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РАКА ТЕЛА МАТКИ

Симптомы опухолевой патологии	Тактика ведения пациента*	Возможные виды специального лечения
Наиболее частый симптом – маточное кровотечение – непатогномичен для Рака эндометрия, особенно у женщин в репродуктивном и	Клинический осмотр Осмотр в зеркалах Кольпоскопия Ультразвуковое сканирование с цветным доплеровским	Хирургическое лечение Комбинированное комплексное лечение Гормонотерапия

<p>перименопаузальном периодах. Основными клиническими симптомами, по поводу которых молодые женщины обращаются к врачу, являются первичное бесплодие, ациклические маточные кровотечения, дисфункция яичников. Пациентки длительное время наблюдаются и лечатся у гинекологов по поводу дисфункциональных нарушений гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы, что является частой ошибкой в диагностике рака эндометрия у молодых, из-за отсутствия онконастороженности врачей поликлинического звена. Только для женщин в постменопаузальном периоде симптом кровотечения является классическим.</p>	<p>картированием Цервикогистероскопия с отдельным диагностическим выскабливанием, морфологическая верификация диагноза по соскобу из цервикального канала и полости матки. Гистероскопия с прицельной биопсией Цитологическое и гистологическое исследования Для более точной оценки распространенности процесса проводят КТ и МРТ. Консультация онкогинеколога (уточняющая диагностика)</p>	
---	--	--

**СИМПТОМАТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РАКА
ЯИЧНИКОВ**

Симптомы опухолевой патологии	Тактика ведения пациента*	Возможные виды специального лечения
<p>Боли и чувство дискомфорта в брюшной полости, диспепсия и другие нарушения деятельности желудочно-кишечного тракта. Дизурические явления.</p> <p>Нарушения менструального цикла. Увеличение живота как за счет асцита, так и опухолевых масс в брюшной полости и малом тазу.</p> <p>Респираторные симптомы (одышка, кашель) за счет транссудации жидкости в плевральную полость, а также за счет увеличения внутрибрюшного давления (нарастание асцита и массы опухоли).</p> <p>Жалобы на общую слабость, потерю аппетита.</p> <p>При</p>	<p>Клинический осмотр</p> <p>Бимануальное ректовагинальное исследование с цитологическим контролем состояния шейки матки и эндометрия, целесообразно проведение пункции заднего свода влагалища для верификации опухолевого процесса</p> <p>Рентгенологическое исследование грудной клетки</p> <p>УЗИ брюшной полости и органов малого таза с использованием цветной доплерометрии или КТ и МРТ</p> <p>Обследование органов желудочно-кишечного тракта (эндоскопическое рентгенологическое)</p> <p>Исследование уровня опухолевых маркеров (СА 125).</p> <p>Консультация онкогинеколога (уточняющая диагностика)</p>	<p>Хирургическое лечение</p> <p>Комбинированное комплексное лечение</p> <p>Гормонохимиотерапия</p>

перекручивании ножки кисты яичника острые боли внизу живота.		
---	--	--

Таблица № 14

**СИМПТОМАТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РАКА
ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

Симптомы опухолевой патологии	Тактика ведения пациента*	Возможные виды специального лечения
Учащенное мочеиспускание, частые ночные мочеиспускания, вялая струя мочи, мочеиспускание малыми порциями, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря, неприятные ощущения при мочеиспускании, появление крови в моче (гематурия). Задержка мочеиспускания. В далеко зашедших случаях может развиться острая задержка мочи, а также симптомы раковой интоксикации - резкое похудание, слабость, бледность кожи с землистым оттенком.	Клинический осмотр Определение уровня простато- специфического антигена (ПСА) Пальцевое ректальное исследование простаты Трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ), одновременно с биопсией Консультация онколога (уточняющая диагностика)	Хирургическое лечение Лучевая терапия Гормональное лечение Комбинированное комплексное лечение

СИМПТОМАТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПОЧКИ

Симптомы опухолевой патологии	Тактика ведения пациента*	Возможные виды специального лечения
Боли и тяжесть в поясничной области. Появление крови в моче (гематурия). Задержка мочеиспускания, неприятные ощущения при мочеиспускании. Общие симптомы: слабость, похудание.	Клинический осмотр пальпация Осмотр уролога Общий анализ мочи УЗИ органов брюшной полости, почек Рентгенологическое исследование мочевыделительных органов проводится по назначению уролога. Консультация онколога (уточняющая диагностика - КТ)	Хирургическое лечение Комбинированное комплексное лечение Химио-иммунотерапия Малоинвазивные лапароскопические операции

СИМПТОМАТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Симптомы опухолевой патологии	Тактика ведения пациента*	Возможные виды специального лечения
Уплотнение (опухолевое образование) на шее, иногда быстрорастущее. Боль в области шеи, иногда распространяющаяся на область уха. Охриплость голоса, нарушение глотания. Затрудненное дыхание. Кашель, не связанный с	Клинический осмотр, пальпация УЗИ щитовидной железы и шейных лимфоузлов Пункция узлового уплотнения под контролем УЗИ Цитологическое исследование (морфологическая верификация диагноза) Консультация	Хирургическое лечение Комбинированное комплексное лечение Малоинвазивные операции

инфекционным заболеванием.	онколога (уточняющая диагностика)	
----------------------------	-----------------------------------	--

Таблица № 17

СИМПТОМАТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ КРОВЕТВОРНОЙ И ЛИМФАТИЧЕСКОЙ ТКАНИ

Симптомы опухолевой патологии	Тактика ведения пациента*	Возможные виды специального лечения
<p>Увеличенные лимфоузлы могут встречаться на шее, в подмышечных областях, брюшной и грудной полости, паховых и других областях.</p> <p>Пораженный лимфатический узел достаточно больших размеров (до нескольких сантиметров и больше), болезненный или безболезненный при пальпации.</p> <p>Характерными симптомами лимфогранулематоза являются: повышение температуры тела, упорный кожный зуд, обильный пот, особенно по ночам.</p> <p>Общие симптомы: слабость, похудание</p>	<p>Клинический осмотр</p> <p>Пальпация периферических лимфоузлов: шейных, надключичных, подмышечных и паховых областей.</p> <p>Общий анализ крови+тромбоциты</p> <p>УЗИ зон увеличенных лимфоузлов и смежных регионарных зон.</p> <p>Цитологическое исследование увеличенного лимфоузла, при необходимости биопсия (морфологическая верификация диагноза)</p> <p>Консультация онколога и гематолога (уточняющая диагностика)</p> <p>Стернальная пункция по показаниям</p> <p>Окончательный диагноз и выбор варианта лечения возможны только</p>	<p>В зависимости от окончательного диагноза в специализированном гематологическом или онкологическом учреждении</p> <p>Комбинированное комплексное лечение</p>

	после удаления и гистологического исследования одного из измененных лимфатических узлов.	
--	--	--

* Тактика ведения пациента (алгоритм диагностического поиска новообразований) в амбулаторных условиях зависит от имеющихся технических возможностей. При необходимости пациент направляется в организацию здравоохранения следующего (районного, областного, республиканского) уровня.