

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
КАФЕДРА ОНКОЛОГИИ

**З. Э. Гедревич, И. Н. Лабунец**

## **ПАРАЛЛЕЛЬНЫЙ ОСМОТР**

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2021

УДК 616-006-071.2(075.8)

ББК 55.6я73

Г28

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве учебно-методического пособия 29.05.2020 г., протокол № 9

Рецензенты: канд. мед. наук, гл. внештат. онколог Комитета по здравоохранению Мингорисполкома В. С. Караник; канд. мед. наук, доц., зав. каф. онкологии Белорусской медицинской академии последипломного образования А. Г. Жуковец

**Гедревич, З. Э.**

Г28 Параллельный осмотр : учебно-методическое пособие / З. Э. Гедревич, И. Н. Лабунец. – Минск : БГМУ, 2021. – 16 с.

ISBN 978-985-21-0733-4.

Содержатся рекомендации по проведению параллельного осмотра пациента врачами всех специальностей на предмет раннего выявления злокачественных опухолей визуальных локализаций.

Предназначено для студентов 5–6-го курсов всех факультетов и врачей-интернов всех специальностей.

УДК 616-006-071.2(075.8)

ББК 55.6я73

---

Учебное издание

**Гедревич** Зигмунд Эдуардович

**Лабунец** Игорь Никитович

## **ПАРАЛЛЕЛЬНЫЙ ОСМОТР**

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск А. В. Прохоров

Редактор Н. В. Оношко

Подписано в печать 20.01.21. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Хероx office».

Ризография. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 0,93. Уч.-изд. л. 0,69. Тираж 50 экз. Заказ 44.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет».

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,

распространителя печатных изданий № 1/187 от 18.02.2014.

Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.

ISBN 978-985-21-0733-4

© Гедревич З. Э., Лабунец И. Н., 2021

© УО «Белорусский государственный медицинский университет», 2021

## ВВЕДЕНИЕ

Рост заболеваемости злокачественными новообразованиями наблюдается в большинстве стран мира. В Беларуси за 1991–2003 годы число ежегодно регистрируемых заболеваний злокачественными опухолями увеличивалось в среднем на 652 случая в год, а за последние 10 лет ежегодный прирост составил 1067 случаев. В 2016 году было зарегистрировано 51 809 новых случаев заболевания злокачественными новообразованиями. Из всех заболевших в 2016 году злокачественными опухолями в трудоспособном возрасте находились 31,6 % мужчин и 23,2 % женщин.

Среди злокачественных новообразований в 2016 году лидировали: у мужчин — рак предстательной железы (17,0 %), легкого (15,2 %), кожи, за исключением меланомы (14,3 %), колоректальной зоны (10,0 %), желудка (6,8 %), полости рта и глотки (5,5 %), почки (5,0 %); у женщин — новообразования кожи, исключая меланому (21,8 %), рак молочной железы (17,9 %), колоректальной зоны (10,7 %), тела матки (8,4 %), желудка (4,6 %), щитовидной железы (4,1 %), яичника (4,0 %), шейки матки (3,8 %) и почки (3,5 %). Динамика нарастания числа заболеваний за 10 лет составила на каждые 100 000 мужчин 29,5 %, женщин — 23,8 %. Злокачественные опухоли являются причиной смерти почти 20 % населения. В структуре смертности лиц пенсионного возраста нет разницы между мужчинами и женщинами. В то же время в трудоспособном возрасте смертность в 2 раза выше среди мужчин. Смерть наступает не только из-за фатальности болезни, но и в силу запоздалой диагностики и, соответственно, позднего начала лечения.

«Рак. Это слово по-прежнему вызывает глубокий страх перед молчаливым убийцей, который подкрадывается к нам без предупреждения. Рак пробуждает такое отчаяние, что стал метафорой для обозначения скорби и боли, бедствием, изнуряющим наши интеллектуальные и эмоциональные силы. Заболеваемость раком такова, что затронут будет каждый из нас: или сам станет пациентом, или член его семьи, или друг. Сегодня в мире живет свыше 20 млн людей, больных злокачественными новообразованиями. К 2020 году их число возрастет, вероятно, до 30 млн» — эти слова принадлежат Гру Харлем Брунтланн, занимавшей пост Генерального директора Всемирной организации здравоохранения (Женева, май 2002 года).

Несомненно, что злокачественные новообразования представляют собой проблему особой социальной значимости не только в силу высокой смертности, но и потому что приводят к утрате трудоспособности и инвалидизации значительной части заболевших. Это, в свою очередь, требует принятия постоянных мер, направленных на профилактику возникновения и раннюю диагностику новообразований. Своевременная диагностика и адекватная терапия приводят к выздоровлению от 60 до 95 % пациентов.

Анализ причин запущенности, неснижающаяся смертность говорят о том, что раннее выявление рака пока еще не на должном уровне, а вопросам профилактики по-прежнему не уделяется достаточно внимания в силу нехватки знаний у врачей первичного звена. Особую группу в статистике противораковой борьбы занимают опухоли визуально доступных для диагностики локализаций. К числу запущенных форм таких новообразований (в соответствии с действующими приказами Министерства здравоохранения) относят опухоли, выявленные в III и IV стадиях. В структуре заболеваемости доля опухолей визуальных локализаций составляет 40 % и является наиболее перспективной для существенного улучшения ранней диагностики. Для большинства локализаций, доступных визуальному контролю, доля своевременно выявленных опухолей — менее 80 %. Особенно неблагоприятная ситуация наблюдается при новообразованиях языка, полости рта и глотки. Помимо рака полости рта и глотки к числу поздно выявляемых опухолей относятся: рак вульвы, шейки матки, молочной железы, глаза, щитовидной железы, а также доступных для пальцевого исследования и ректоскопии отделов прямой кишки.

Настоящее учебно-методическое пособие имеет своей целью формирование у студентов выпускных курсов и врачей-интернов всех специальностей онкологической настороженности и освоение ими методики проведения параллельного осмотра, являющегося одним из важных звеньев раннего выявления злокачественных новообразований визуальных локализаций.

## ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ НАСТОРОЖЕННОСТЬ

**Что такое онкологическая настороженность?** Онкологическая настороженность — это своего рода медицинская бдительность, позволяющая врачу рано заметить имеющиеся визуальные признаки злокачественных новообразований, в то время как пациент еще не фиксирует на них свое внимание и не проявляет никакого беспокойства или же видит их, но не придает значения. Онкологическая настороженность — это умение заметить нетипичное течение известного заболевания и способность заподозрить в нем злокачественную трансформацию.

Онкологическая настороженность предусматривает:

- 1) знание клинической картины основных предраковых заболеваний;
- 2) знание паранеопластических синдромов, указывающих на возможность наличия или развития злокачественной опухоли;
- 3) знание визуальных симптомов злокачественных опухолей на ранних стадиях;

4) обязательное проведение параллельного онкологического осмотра у всех пациентов, впервые обратившихся в текущем году;

5) знание принципов организации онкологической помощи и своевременное направление пациента с подозрением на опухоль в онкологический диспансер.

*Врач, обладающий онкологической настороженностью и не пренебрегающий ею, в значительно большей степени застрахован от диагностических ошибок.*

**Что такое визуальные локализации?** Под визуальными локализациями понимают те локализации тела человека, которые доступны физикальному обследованию и визуальному осмотру (прил. 1).

**Что такое параллельный осмотр?** Профилактический онкологический осмотр пациента, выполняемый параллельно с осмотром по специальности, называется параллельным осмотром. Он выполняется врачами всех специальностей при первом обращении пациента в текущем году на предмет раннего выявления злокачественных опухолей визуальных локализаций.

## **КОНТИНГЕНТЫ ПАЦИЕНТОВ, ПОДЛЕЖАЩИХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМ ОСМОТРАМ**

Алгоритм организации профилактических осмотров:

1. Профилактическим онкологическим осмотрам с целью выявления предопухолевых заболеваний подлежат все население Республики Беларусь в возрасте 40 лет и старше.

2. Лица, подлежащие профилактическому онкологическому осмотру для выявления предопухолевых заболеваний и злокачественных новообразований, должны осматриваться не реже одного раза в год. Особое внимание при проведении профосмотров уделяется визуальным локализациям.

3. Профилактические онкологические осмотры с целью выявления предопухолевых заболеваний и злокачественных новообразований проводятся медицинскими работниками учреждений здравоохранения (поликлиники, МСЧ предприятий, стационары лечебных учреждений).

4. Профилактическим онкологическим осмотрам должна предшествовать широкая санитарно-просветительная работа среди населения: лекции, беседы, выступления по радио, телевидению, публикация статей в местной печати и в Интернете. Особое внимание следует уделить привлечению на обследование мужчин и женщин пожилого возраста, находящихся под диспансерным наблюдением специалистов по поводу различных хронических

соматических заболеваний: гипертонической болезни, диабета, глаукомы, хронического гастрита и т. д. Этот контингент в силу своего возраста, сниженной реактивности организма и нарушения гормональных и обменных процессов наиболее подвержен риску возникновения злокачественных опухолей. Кроме того, эти пациенты нередко не обращают должного внимания на появление симптомов новой болезни, принимая их за проявление уже имеющегося у них хронического заболевания.

5. Профилактические онкологические осмотры организованного (работающего) городского населения осуществляются: на промышленных предприятиях — силами МСЧ; на предприятиях и в учреждениях, не имеющих МСЧ, — силами лечебно-профилактических учреждений, к которым они прикреплены.

6. Проведение профилактических онкологических осмотров неорганизованного городского населения (пенсионеры, домашние хозяйки и др.) возлагается на поликлиники по месту жительства.

7. Все пациенты в возрасте 40 лет и старше, находящиеся в стационаре любого лечебного учреждения, должны подвергаться профилактическому онкологическому осмотру с целью выявления злокачественных новообразований. При выписке пациента из стационара на титульном листе истории болезни должна быть сделана отметка «прошел(а) онкологический осмотр» и стоять подпись лечащего врача.

8. Всем мужчинам и женщинам в возрасте 40 лет и старше, обратившимся впервые в данном году в поликлинику (амбулаторию) за медицинской помощью, необходимо проводить параллельные профилактические онкологические осмотры с целью выявления предопухолевых заболеваний и злокачественных опухолей.

Подробный результат осмотра и диагноз заносятся в индивидуальную карту прохождения профилактического онкологического осмотра (прил. 2 и 3). Все документы о прохождении профилактического онкологического осмотра должны храниться в медицинской карте амбулаторного больного (форма № 025/у).

9. Все лица, у которых при профилактических онкологических осмотрах были заподозрены предопухолевые заболевания или злокачественные новообразования, подлежат дальнейшему обязательному углубленному амбулаторному обследованию в учреждениях здравоохранения. В случае необходимости обследование должно быть проведено в стационаре общелечебной сети или специализированного учреждения.

10. Углубленное обследование лиц с подозрением на злокачественную опухоль должно быть завершено в учреждениях здравоохранения: *амбулаторно — в течение 10 дней, стационарно — в течение 15 дней*. Сведения о результатах обследования вносятся в амбулаторную карту.

## МЕТОДИКА ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПАРАЛЛЕЛЬНЫХ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ

**Кожа.** Для осмотра кожи пациент должен быть обнажен вначале выше пояса, затем — ниже пояса. При осмотре обследуется вся кожа, включая волосистую часть головы. 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 диаметром более 1 см, сочного коричневого цвета, с фестончатыми краями. При расположении этих образований на часто травмируемой поверхности, в особенности на ладонях рук или подошвах стоп, необходимо направить пациента к районному онкологу для последующей диспансеризации или лечения. Пациенты с подозрением на наличие базалиом, рака, малигнизированного нейрофиброматоза, сарком и в особенности меланом кожи должны быть направлены в онкологический диспансер для уточнения диагноза и проведения необходимого лечения.

**Глаза.** При осмотре глаз следует обратить внимание на относительную симметрию глазных яблок, наличие экзо- или энтофтальма, цвет радужки и наличие в ней возможных включений, форму и размеры зрачка, наличие темных включений на роговице глаза, возможные изъязвления в области угла глаза или век, наличие птоза верхнего века.

**Нижняя губа.** 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 пациента направляют в онкологический диспансер.

**Полость рта.** 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 в области языка, десен, дна полости рта и мест выводных протоков средних и малых слюнных желез. Обратить внимание на размер и окраску миндалин, наличие патологических включений. При выявлении вышеуказанных образований на нижней губе или в полости рта пациенты направляются на осмотр к онкологу.

**Полость носа.** Пациента следует опросить на наличие кровянистых выделений из полости носа. Визуальному осмотру без инструментов доступны только нижние носовые ходы. Следует обратить внимание на их симметричность, отсутствие изъязвлений и экзофитных патологических включений в них, а также на крыльях и спинке носа.

При необходимости углубленное обследование производит отоларинголог.

**Гортань.** 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 пациенты 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 следует определить их локализацию и смещаемость.

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

**Шея.** При осмотре и пальпации шеи следует обращать внимание на состояние околоушных и подчелюстных слюнных желез, лимфатических узлов глоточного кольца, подбородочной, подчелюстной областей, по ходу грудино-ключично-сосцевидных мышц, сонного и бокового треугольников шеи и обеих надключичных областей. При пальпации щитовидной железы внимание фиксируется на консистенции ткани железы, наличии плотных участков.

Углубленное обследование заключается в УЗИ области шеи, пункции щитовидной железы и увеличенных лимфатических узлов для цитологического исследования.

**Молочная железа.** Для выявления патологии молочных желез используется опрос, пальпация молочных желез в двух положениях.

Опрос проводится с целью выяснить 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 осуществляется 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 выполняется в вертикальном и горизонтальном положениях. Молочные железы следует пальпировать кончиками всех пальцев обеих

рук последовательно в радиальном направлении от сосков. При пальпации ткань молочных желез как бы придавливается к грудной стенке. Ощупывание регионарных лимфатических узлов начинается с подмышечных впадин, для чего следует поставить обследуемую напротив себя, поместить ее кисть с осматриваемой стороны себе на плечо при слегка опущенном и отведенном плече пациентки. Обследование надключичных областей врач проводит как спереди, так и стоя позади пациентки, поместив свои пальцы у места прикрепления грудино-ключично-сосцевидных мышц к ключицам.

Признаки, *настораживающие* в отношении рака молочной железы:

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, пациентку направляют к онкологу.

**Ободочная и прямая кишка.** При опросе должно быть уделено внимание определению признаков кишечного дискомфорта, к которому относятся урчание и тяжесть, 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), немотивированная анемия.

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

Всем лицам старше 40 лет обязательно выполняется пальцевое исследование прямой кишки. Для опухоли характерно наличие плотного, малоблезненного, бугристого образования с изъязвлением или без него, исходящего из стенок кишки. Углубленное обследование включает ректороманоскопию с биопсией, фиброколоноскопию с биопсией, цитологическое исследование промывных вод.

**Женские половые органы.** Первичное выявление заболеваний женской половой сферы сводится к собиранию анамнеза, визуальному осмотру области лобка и наружных половых органов. Осмотр указанных зон проводится при осмотре кожного покрова. При собирании анамнеза следует особое внимание обращать на наличие зуда наружных половых органов, патологических выделений из наружных половых путей, ациклические маточные кровотечения в репродуктивном и климактерическом периодах, маточные кровотечения в менопаузе, позднее наступление менопаузы, наличие синдрома Штейна–Левенталя и Иценко–Кушинга, нарушение жирового и углеводного обменов.

Гинекологический осмотр с обязательным применением зеркал (рекомендуется пользоваться ложкообразным зеркалом и подъемником) целесообразнее поручить гинекологу. Затем проводится взятие мазков с поверхности шейки матки и из шеечного канала для цитологического исследования.

У всех без исключения женщин, живущих половой жизнью, вне зависимости от жалоб и данных осмотра берут материал для цитологического исследования из экто- и эндоцервикса с помощью шпателя и специальной щетки типа citobrush.

**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 углубленного исследования, которое должно включать в себя использование цитологического и гистологического методов.

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

**Предстательная железа.** Профилактический осмотр сводится к сбору анамнеза: учитываются боли в области промежности, затрудненное мочеиспускание, вялая струя мочи, ранняя импотенция, хронический простатит, не поддающийся лечению. Необходимо пальцевое ректальное исследование области предстательной железы. Следует обратить внимание на симметричность долек предстательной железы, наличие бороздки между ними, наличие или отсутствие узловых образований.

В случае обнаружения патологии углубленное исследование осуществляется в условиях урологического стационара с обязательной пункционной

биопсией предстательной железы, с применением рентгенологических методов исследования, исследованием анализа крови на содержание простатического специфического антигена (ПСА).

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

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

**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 применяют цитологический метод и биопсию из патологического очага, уретроскопию или уретрографию.

**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 пациента на углубленное исследование (рентгенография, трепанобиопсия, цитологическое исследование, радиоизотопное исследование).

**Лимфоидная и гемопозитическая ткань.** Раннее выявление заболеваний лимфоидной и гемопозитической ткани возможно только у пациентов, имеющих увеличенные периферические лимфатические узлы, выраженную анемию или кожные проявления (расчесы, геморрагический синдром). Опрос для выявления злокачественных новообразований лимфоидной и гемопозитической ткани направлен на выяснение изменений общего состояния (слабость, потливость, потеря массы, кожный зуд, немотивированное повышение температуры тела). При осмотре кожи одновременно проводится пальпация всех групп периферических лимфатических узлов (шейных, надключичных, подмышечных, пахово-бедренных).

Основанием для дальнейшего обследования является увеличение лимфатических узлов 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 гистологического исследования удаленного лимфатического узла. Развернутый анализ крови обязателен.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Гедревич, З. Э.* Организация онкологической помощи и ранняя диагностика онкологических заболеваний / З. Э. Гедревич, И. Н. Лабунец, В. И. Былов. Минск : БГМУ, 2013. 28 с.
2. *Онкология* : учеб. пособие / под ред. И. В. Залуцкого. Минск : Выш. шк., 2007. 703 с.
3. *Онкология* : учеб. пособие / под ред. А. В. Прохорова. Минск : Новое знание, 2016. 430 с.
4. *Онкология* : учеб. пособие / под ред. В. И. Чиссова, С. Л. Дарьяловой. Москва, 2007. 560 с.
5. *Трапезников, Н. Н.* Онкология : учеб. / Н. Н. Трапезников, А. А. Шайн. Москва : Медицина, 1992. 400 с.
6. *Угляница, К. Н.* Общая онкология : учеб. пособие / К. Н. Угляница, Н. Г. Луд, Н. К. Угляница. Гродно : ГрГМУ, 2007. 815 с.
7. *Об утверждении* форм учетной медицинской документации по онкологии и указаний по их заполнению : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 23.04.2003 г. № 75. Минск, 2003. 2 с.
8. *О мерах* по совершенствованию работы онкологической службы Республики Беларусь : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 27.08.2004 г. № 205. Минск, 2004. 6 с.
9. *Алгоритмы* диагностики и лечения злокачественных новообразований / под ред. О. Г. Суконко, С. А. Красного. Минск : Профессиональные издания, 2019. 613 с.
10. *О мерах* совершенствования работы по раннему выявлению онкологических заболеваний : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 21.12.2010 г. № 1350. Минск, 2010. 1 с.

**ВИЗУАЛЬНЫЕ ЛОКАЛИЗАЦИИ  
ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ**

Локализация	Код диагноза по МКБ-10
Губа	C00
Язык (спинка, боковая, нижняя поверхность, передние 2/3)	C02.0 — C02.3
Десна	C03
Дно полости рта	C04
Небо	C05
Другие отделы рта	C06
Миндалина	C09
Ротоглотка	C10
Прямая кишка	C20
Анус и анальный канал	C21
Полость носа	C30
Меланома кожи	C43
Другие новообразования кожи	C44
Молочная железа	C50
Вульва	C51
Влагалище	C52
Шейка матки	C53
Половой член	C60
Яичко	C62
Глаз	C69
Щитовидная железа	C73

**КАРТА ПРОХОЖДЕНИЯ  
ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ (ПАРАЛЛЕЛЬНЫХ)  
ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ДЛЯ МУЖЧИН**

Объект осмотра	Дата осмотра							
	2010 г.	20	20	20	20	20	20	20
Кожа								
Видимые слизистые								
Полость рта, язык								
Щитовидная железа								
Периферические лимфатические узлы:								
шейные								
надключичные								
подключичные								
подмышечные								
паховые								
Промежность								
Анус, прямая кишка								
Наружные половые органы								
Предстательная железа								
Мягкие ткани								
Кости								
Дата: _____ Предварительный диагноз: _____								
Дата: _____ Диагноз врача-специалиста после осмотра: _____								

*Примечания:* 1. При отсутствии патологии в клеточке проставляется буква «N».

2. Если выявляется патология, то пишется дата, предварительный диагноз и к какому врачу-специалисту направляется пациент.

**КАРТА ПРОХОЖДЕНИЯ  
ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ (ПАРАЛЛЕЛЬНЫХ)  
ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ДЛЯ ЖЕНЩИН**

Объект осмотра	Дата осмотра							
	2010 г.	20	20	20	20	20	20	20
Кожа								
Видимые слизистые								
Полость рта, язык								
Щитовидная железа								
Молочная железа								
Периферические лимфатические узлы:								
шейные								
надключичные								
подключичные								
подмышечные								
паховые								
Промежность								
Анус, прямая кишка								
Вульва, вагина								
Шейка матки								
Мягкие ткани								
Кости								
Дата: _____ Предварительный диагноз: _____								
Дата: _____ Диагноз врача-специалиста после осмотра: _____								

*Примечания:* 1. При отсутствии патологии по каждой локализации проставляется буква «N».

2. При выявлении патологии пишется дата, предварительный диагноз и к какому врачу-специалисту направлена пациентка.