

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
КАФЕДРА ОНКОЛОГИИ

**З. Э. ГЕДРЕВИЧ, И. Н. ЛАБУНЕЦ, В. И. БЫЛОВ**

# **ОРГАНИЗАЦИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

Методические рекомендации



Минск БГМУ 2013

УДК 616-006-07-08(075.8)

ББК 55.6я73

Г28

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве методических рекомендаций 30.05.2012 г., протокол № 8

Р е ц е н з е н т ы: чл.-кор. Национальной академии наук Беларуси, д-р мед. наук, проф. Ю. Е. Демидчик, д-р мед. наук, проф. А. В. Прохоров

**Гедревич, З. Э.**

Г28 Организация онкологической помощи и ранняя диагностика онкологических заболеваний : метод. рекомендации / З. Э. Гедревич, И. Н. Лабунец, В. И. Былов. – Минск : БГМУ, 2012. – 28 с.

**ISBN 978-985-528-**

Содержит рекомендации по профилактике возникновения злокачественных новообразований и комплексу мер, являющихся основой их раннего выявления, а также диагностические методики для скрининга наиболее часто встречаемых опухолей и порядок диспансерного наблюдения за больными.

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

**УДК 616-006-07-08(075.8)**

**ББК 55.6я73**

Учебное издание

**Гедревич Зигмунд Эдуардович**

**Лабунец Игорь Никитович**

**Былов Вячеслав Иванович**

## **ОРГАНИЗАЦИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

Методические рекомендации

Ответственный за выпуск А. В. Прохоров

Редактор Ю. В. Киселева

Компьютерная верстка В. С. Римошевского

Подписано в печать . Формат 60×84/16. Бумага писчая «Zoom».

Ризография. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л.

. Уч.-изд. л.1,27. Тираж

экз. Заказ

.

Издатель и полиграфическое исполнение:

учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».

ЛИ № 02330/0494330 от 16.03.2009.

Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.

**ISBN 978-985-528-**

Оформление. Белорусский государственный медицинский университет, 2013

## ВВЕДЕНИЕ

Статистические данные свидетельствуют, что в Республике Беларусь на протяжении многих лет сохраняется рост онкологических заболеваний. Особенно быстро за последние 35 лет растет заболеваемость отдельных органов: почек, мочевого пузыря, предстательной и щитовидной железы, молочной железы, кожи, ободочной кишки. В г. Минске за 12 лет число онкологических больных в городе удвоилось. Сегодня онкологическими заболеваниями страдает 1 из 250 человек. 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 г. их число возрастет, вероятно, до 30 млн.» — эти слова принадлежат Гро Харлему Брундтланду, генеральному директору Всемирной организации здравоохранения (Женева, май 2002 г.).

Несомненно, что злокачественные новообразования — проблема высокой 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 % больных. Общеизвестно, что любое заболевание легче предупредить, чем лечить. Залогом первичной профилактики рака является устранение причин, способствующих его возникновению. Так, например, среди этиологических факторов рака легкого вслед за привычкой курения особое значение придается загрязнению канцерогенными веществами вдыхаемого воздуха производственных помещений (профессиональный фактор), а также внешней среды — эти неблагоприятные факторы и являются основой для разработки профилактических мер по снижению величины показателей данного заболевания. К ним относятся мероприятия по снижению

частоты курения, загрязнения внешней среды, охрана труда на производстве и т. д. Все они осуществляются санитарно-гигиенической службой в масштабах городов и республики, регламентируются соответствующими государственными постановлениями. Из этих мероприятий наиболее распространенными являются: замена твердого топлива газовым, и в некоторых случаях жидким; вывод промышленных предприятий и крупных магистралей, являющихся интенсивными источниками загрязнения атмосферного воздуха, из зон проживания в загородные промышленные зоны; пересмотр норм предельно-допустимых концентраций содержания вредных веществ в воздухе производственных помещений и в атмосферном воздухе, а также размеров санитарно-защитных зон вокруг источников загрязнения атмосферного воздуха; контроль за соблюдением норм и качества строительства, технологических процессов, планируемых методов очистки производственных выбросов; правильный научно обоснованный выбор территорий под строительство предприятий, авария или нарушение технологии которых может привести к экологической катастрофе (АЭС, нефтебаз, мусоросжигательных заводов и др.).

Анализ причин запущенности, не снижающаяся смертность говорят о том, что раннее выявление рака также еще не на должном уровне, а вопросам профилактики по-прежнему не уделяется должного внимания в силу недостаточной компетенции врачей первичного звена.

Настоящие методические рекомендации имеют своей целью ознакомить студентов выпускных курсов и врачей-интернов всех специальностей с комплексом мер, являющихся основой в предотвращении возникновения и раннем выявлении злокачественных новообразований. Цель данного издания состоит еще и в том, чтобы заострить внимание не только на раннем выявлении уже сформировавшейся злокачественной опухоли, но, главным образом, на выявлении предопухолевых заболеваний и своевременном, адекватном их лечении.

## **РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА РАКА И ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ НАСТОРОЖЕННОСТЬ**

**Что такое ранняя диагностика рака?** Современной науке известно около 200 различных видов злокачественных новообразований. Наибольшую часть составляют опухоли эпителиальной природы, или рак. В настоящих методических рекомендациях для удобства изучения мы и будем говорить о раке, хотя все сказанное, несомненно, касается злокачественных опухолей любого происхождения.

Ранняя диагностика — это комплексная система мер позволяющая выявлять рак на начальной стадии развития и принимать меры по его своевременному лечению.

Основной задачей в подготовке молодого врача по онкологии является формирование у него **онкологической настороженности**.

**Онкологическая настороженность предусматривает:**

1) знание симптомов злокачественных опухолей в ранних стадиях;  
2) знание клинической картины предраковых заболеваний;  
3) проведение параллельного осмотра на предмет наличия возможного онкологического заболевания при обращении к врачу любой специальности;

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

**Врач, обладающий онкологической настороженностью и не пренебрегающий ею, безусловно, в большей мере гарантирован от диагностических ошибок.**

**Сигналы тревоги** — термин, характеризующий появление у пациента тех или иных жалоб, вызывающих у врача онкологическую настороженность. К таким жалобам могут быть отнесены следующие:

1. В полости рта, на губах, языке появилось безболезненное уплотнение, язвочка.

2. Длительный кашель без температуры или с незначительным ее подъемом, не приносит облегчения, имеются прожилки крови в мокроте.

3. Необъяснимая потеря веса, слабость, повышенная утомляемость, беспричинно сохраняющаяся повышенная температура, замеченная самим или окружающими бледность кожных покровов.

4. Зуд кожных покровов без желтухи, выраженная потливость, увеличение лимфатических узлов;

5. Увеличение в размерах, изменение формы или окраски родимого пятна, появление зуда, кровоточивости, длительно не заживают язвочки и трещины на коже лица, туловища, конечностей, половых органах.

6. Нарушение прохождения пищи по пищеводу, чувство жжения за грудиной, снижение аппетита, тошнота, слюнотечение.

7. Наличие уплотнений в молочных железах, асимметричное изменение их формы, появление втяжения на коже железы, изъязвление или мокнутие соска, ареолы, кровянистые выделения из соска.

8. Тяжесть в животе, продолжительное урчание, рвота, неприятные ощущения в области прямой кишки, ложные позывы, наличие слизи и крови в каловых массах.

9. Затрудненное частое мочеиспускание, появление крови в моче.

10. Боли в области промежности, зуд и неприятные выделения из половых органов, появление непонятного уплотнения в животе, кровянистые выделения из половых путей в период менопаузы у женщин.

## **ПРОФИЛАКТИКА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ**

**Первичная профилактика злокачественных новообразований** — комплекс социально-гигиенических мероприятий, направленных на максимальное снижение воздействия канцерогенных факторов внешней среды на чувствительные к ним клетки живого организма, а также стабилизация иммунного статуса организма путем неспецифического воздействия на человека (пропаганда здорового образа жизни, правильного питания, отказ от вредных привычек и т. д.).

**Вторичная профилактика рака** — это снижение смертности от злокачественных новообразований путем выявления рака в ранней стадии и своевременного выявления и эффективного лечения предопухолевых заболеваний.

**Третичная профилактика рака** — предупреждение прогрессирования (рецидива по местному статусу или метастазирования) заболевания.

Абсолютно чёткой системы профилактики для большинства онкологических заболеваний до сих пор не разработано, так как до конца не изученными остаются сами причины и пусковые механизмы развития заболевания. В качестве основного этиологического фактора при некоторых формах болезни рассматривают воздействие определённых канцерогенов, при других - наличие наследственных заболеваний, вирусные болезни и т. д.

Например, заболевание раком шейки матки связывают с наличием у женщин носительства определённых форм папилломавируса человека. Для предотвращения развития заболевания была разработана вакцина. Однако в Беларуси она пока широко не применяется, поэтому с уверенностью говорить об ее эффективности пока рано. Более того, судить о результате можно лишь через 20–25 лет после прививки.

Несмотря на отсутствие чётких данных о причинах развития рака, для каждого отдельного заболевания прослеживается множество связей с факторами, способными его спровоцировать. Так, среди курящих людей в несколько раз повышен риск возникновения рака лёгкого — самого распространённого и одного из наиболее опасных онкологических заболеваний. Кроме того, курение является фактором риска развития многих других онкологических заболеваний, в том числе рака молочной железы у женщин. Частое употребление жирной пищи и красного мяса связано с опасностью развития колоректального рака.

Нет метода, позволяющего на 100 % предотвратить возникновение любой болезни.

Но чтобы значительно снизить риск развития злокачественных новообразований, достаточно принять несколько довольно простых правил. Это всё то, что входит в понятие «здорового образа жизни». Однако для каждого из приведённых ниже пунктов существует достоверная связь со значительным снижением риска развития рака, доказанная большими популяционными исследованиями:

1. Отказ от курения.
2. Борьба с избыточным весом.
3. Регулярные занятия спортом.
4. Диета с ежедневным употреблением растительной пищи, молочных продуктов, ограничением потребления красного мяса; отказ от жирной и острой пищи.
5. Регулярное прохождение профилактического осмотра и обследования в соответствии с возрастом и группой риска.

## **ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕТОДИКИ ДЛЯ СКРИНИНГА ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

Программа ранней диагностики и скрининг является одними из наиболее приоритетных направлений развития онкологии и позволяет значительно улучшить результаты лечения (Табл. 1). Под скринингом подразумевается набор диагностических методик, лёгких в применении, не требующих больших временных и финансовых затрат, при помощи которых можно регулярно проводить эффективные информативные обследования больших групп населения. Примером могут служить скрининговые исследования крови на ПСА (простатаспецифический антиген) с целью выявления рака предстательной железы у мужчин, геммокульт — для выявления колоректального рака и др.

Программы скрининга разработаны для всех наиболее распространённых видов онкологических заболеваний. В Беларуси существует система централизованного проведения профилактических осмотров населения по месту их жительства. Список исследований, которые нужно регулярно проводить, одинаков для всех групп населения. У людей с высоким риском развития онкологических заболеваний (наличие определённых наследственных синдромов, онкологические заболевания у родственников первой линии) следует проводить те же исследования, но с более раннего возраста. Рекомендуемый возраст в данном случае — на 5 лет раньше самого раннего возраста постановки диагноза онкологического заболевания у родственника первой линии (или с рекомендуемого воз-

раста начала проведения скрининга, в зависимости от того, какой из них раньше).

Таблица 1

**Диагностические методики, которые необходимы для скрининга наиболее распространённых онкологических заболеваний**

Заболевание	Метод исследования, частота проведения	Описание	Возраст начала заболевания	Возраст окончания заболевания
Рак шейки матки	Тест Папаниколау, 1 раз в год	Во время осмотра гинеколога берётся мазок слизистой влагалища и шейки матки. Данный метод позволяет диагностировать также доброкачественные опухоли, воспалительные заболевания, а также рак эндометрия	3 года после начала половой жизни	70 лет
Рак молочной железы	Маммография, 1 раз в год  Клиническое обследование, 1 раз в 3 года Самообследование, 1 раз в год	Рентгенологическое исследование молочной железы Пальпаторное исследование специалистом-маммологом	40 лет  20 лет	Рекомендуется на протяжении всей жизни
Рак толстой и прямой кишки (колоректальный рак)	Анализ кала на скрытую кровь, 1 раз в год  Ректороманоскопия и/или сигмоскопия 1 раз в 3 года  Колоноскопия, 1 раз в 10 лет  Пальцевое исследование	Лабораторное исследование фекалий на наличие крови. В случае положительного результата проводится колоноскопия Эндоскопическое исследование кишечника короткой трубкой со встроенной камерой Эндоскопическое исследование кишечника гибкой трубкой со встроенной камерой Исследование пря-	45 лет  45 лет  50 лет  45 лет	Рекомендуется на протяжении всей жизни

	дование, 1 раз в год	мой кишки пальцем		
--	----------------------	-------------------	--	--

Окончание табл. 1

Рак простаты	Анализ крови на ПСА, 1 раз в год	Анализ крови на высокоспецифичный маркёр рака простаты	40 лет	Рекомендуется на протяжении всей жизни
	Пальцевое исследование прямой кишки, 1 раз в год	Пальцевое исследование эффективно также при диагностике рака прямой кишки и анального канала	50 лет	

Перечисленные выше методы скрининга наиболее эффективны для ранней диагностики рака и улучшения результатов его лечения для всего населения, вне зависимости от наличия факторов риска.

Однако существуют другие распространённые онкологические заболевания, в отношении которых пока нет достаточно данных за эффективность проведения профилактических осмотров всему населению, но скрининг безусловно показан лицам с наличием определённых факторов риска.

Таблица 2

#### Факторы риска возникновения онкологических заболеваний

Заболевание	Факторы риска	Метод исследования	Описание	Возраст
Рак лёгкого	Курение	Рентгенография лёгких, 1 раз в год	Рентгеновский снимок	40 лет
		Цитологическое исследование мокроты, 1 раз в год	Сдача мокроты на анализ	40 лет
Рак желудка	Хронический гастрит Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки Семейный аденоматозный полипоз	Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС), 1 раз в 3 года	Осмотр пищевода, желудка и 12-перстной кишки гибким шлангом с камерой	40 лет
Рак эндометрия и яичников	Нерегулярные маточные кровотечения, женские гормоны	Трансвагинальное ультразвуковое исследование, 1 раз в год	Установка ультразвукового датчика во влагалище и исследование окру-	40 лет

	мональные нарушения		жающих структур	
--	---------------------	--	-----------------	--

Окончание табл. 2

Рак кожи и меланома	Наличие множественных пигментных пятен и родинок на коже Посещение солярия, частые солнечные ожоги Бледный тип кожи	Осмотр кожных покровов специалистом, микрофотография подозрительных образований. Частота осмотра — по рекомендации специалиста, индивидуально варьирует	Обычный осмотр квалифицированного специалиста позволяет достоверно диагностировать заболевание на ранней стадии. Подозрительные образования и родинки удаляются, проводится их гистологическое исследование.	20 лет
---------------------	---	---	--	--------

## ОПУХОЛЕВЫЕ МАРКЁРЫ

В ранней диагностике опухолей могут оказать помощь маркеры, определяемые в крови (табл. 3). Обычно эти вещества определяются у человека и в норме, но в небольших концентрациях. Опухолевые клетки вырабатывают их в большом количестве. Иногда уровень маркера может быть повышен из-за неопухолевых заболеваний или генетических особенностей. Поэтому понятие нормального уровня маркеров отчасти условное. Следует говорить о чувствительности и специфичности маркера. Чувствительность — это доля больных, у которых уровень маркера повышен. Специфичность — это доля здоровых, у которых уровень маркера в норме.

Таблица 3

### Опухолевые маркеры

Маркер	Верхняя граница нормы	Опухоли
АФП	15 нг/мл	Опухоли яичка, печеночно-клеточный рак
ХГ	$\leq 3$ МЕ/л	Опухоли яичка, хорионкарцинома
$\beta_2$ -Микроглобулин	2 мкг/мл	Лимфомы, миеломная болезнь
Кальцитонин	20 пг/мл	Медулярный рак щитовидной железы
СА 15-3	32 Ед/мл	Рак молочной железы
СА 19-9	37 Ед/мл	Рак толстой кишки и рак поджелудочной железы
СА 125	35 Ед/мл	Рак яичников
РЭА	5 нг/мл	Мелкоклеточный рак легкого, рак

		молочной железы, рак толстой кишки
ПСА	2,5-4 нг/мл	Рак предстательной железы
ТГ	10 нг/мл	Рак щитовидной железы

Уровень маркера значительно более информативен, если он определяется у лиц, имеющих факторы риска или другие диагностические признаки, указывающие на опухоль.

**АФП** — это эмбриональный аналог альбумина, он образуется в печени, желточном мешке и ЖКТ плода. Уровень АФП повышен у 80% больных печеночно-клеточным раком, у 60% больных несеминомными герминогенными опухолями, а также при гепатите, циррозе и некрозе печени. Повышенный уровень АФП после операции и химиотерапии указывает на необходимость дальнейшего лечения.

**ХГ** — гликопротеид, выделяемый синцитиобластом плаценты, в норме обнаруживается в крови беременных. У мужчин в норме отсутствует. Его уровень резко возрастает при хорионкарциноме и в меньшей степени — при эмбриональном раке яичка. Семинома может вызывать лишь небольшое его повышение. Кроме того, ХГ может повышаться при крупноклеточном раке легкого, меланоме, раке молочной и поджелудочной желез.

**$\beta_2$ -Микроглобулин** — позволяет определить массу опухоли, эффект лечения и прогноз при миеломной болезни, а также активность опухоли и прогноз при лимфомах. Следует обратить внимание, что этот маркер может быть резко повышен при почечной недостаточности.

**Кальцитонин** — секретируют С-клетки и медуллярный рак щитовидной железы. Может служить критерием эффективности лечения медуллярного рака. Его определяют в качестве маркера при обследовании родственников больного семейным медуллярным раком и при МЭН-2 синдроме.

**СА 125** — это гликопротеид муцина. При раке яичников его уровень позволяет следить за эффектом лечения, выявлять рецидивы. Для ранней диагностики рака яичников подходит мало, так как почти у 1 % женщин он в норме превышает уровень 35 Ед/мл и лишь у 2 % при повышенном уровне маркера действительно имеется опухоль. СА 125 может быть повышен при воспалительных заболеваниях, доброкачественных опухолях и беременности.

**СА 15-3** — определяют иммуноферментным методом. Уровень повышается при раке молочной и предстательной желез, яичников, легкого. При раке молочной железы коэффициент корреляции между опухолевой массой и уровнем маркера составляет 75 %. Позволяет судить об эффективности лечения.

**СА 19-9** — его уровень повышается при опухолях ЖКТ. При раке поджелудочной железы специфичность составляет 70 %, чувствительность — 90%.

**РЭА** — гликопротеид, по строению близкий к альбумину. Может быть повышен в 2 раза при ХОБЛ, язвенной болезни, гепатитах и циррозе печени, хронических воспалительных заболеваниях толстой кишки, фиброзно-кистозной мастопатии, почечной недостаточности и у курильщиков. Позволяет объективно следить за течением мелкоклеточного рака легкого, рака толстой кишки, рака молочной железы.

**ПСА** — это сериновая протеаза. Специфичный маркер рака предстательной железы. Однако следует помнить, что ПСА может быть повышен в 15 % случаев при аденоме простаты, простатите. Описаны случаи повышения ПСА при раке поджелудочной, околоушной и молочной желез. В то же время, при подтвержденном с помощью биопсии раке предстательной железы у 25 % пациентов ПСА не превышает 4 нг\мл.

**ТГ (тиреоглобулин)** — это гликопротеид, которой является маркером всех болезней щитовидной железы, включая рак. Может быть повышен при раке легкого и раке молочной железы. Эффективен для выявления рецидивов высокодифференцированного рака щитовидной железы.

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

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

Лица, подлежащие профилактическому онкологическому осмотру на выявление предопухолевых заболеваний и злокачественных новообразований, должны осматриваться не реже одного раза в год. Особое внимание при проведении профосмотров уделяется визуальной локализациям (приложение №1).

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

Профилактическим онкологическим осмотрам должна предшествовать широкая санитарно-просветительная работа среди населения: лекции, беседы, выступления по радио, телевидению, публикация статей в местной печати. 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, гла-

укомы, хронического гастрита и т. д. Этот контингент в силу своего возраста, сниженной реактивности организма и нарушения гормональных и обменных процессов, наиболее подвержен возникновению 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.

Профилактические онкологические осмотры организованного (работающего) городского населения осуществляются: на промышленных предприятиях — силами МСЧ; на предприятиях и учреждениях, не имеющих МСЧ, — силами лечебно-профилактических учреждений, к которым они прикреплены. Проведение профилактических онкологических осмотров неорганизованного городского населения (пенсионеры, домашние хозяйки и др.) возлагается на поликлиники по месту жительства.

Все больные в возрасте 40 лет и старше, находящиеся в стационаре любого лечебного учреждения, должны подвергаться профилактическому онкологическому осмотру. При выписке больного из стационара на титульном листе истории болезни должна быть сделана отметка «прошла (прошел) онкологический осмотр» и подпись лечащего врача.

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. (см. приложения №1 и №2). Все документы о прохождении ПОО должны храниться в медицинской карте амбулаторного больного Ф № 25.

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.

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 ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ НАСЕЛЕНИЯ**

**Кожа.** 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 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 городской онкологический диспансер для уточнения диагноза и выполнения необходимого лечения.

**Нижняя губа.** При осмотре следует обращать внимание на сухость красной каймы губ 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. При выявлении вышеуказанных образований пациенты направляются на осмотр к онкологу.

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

При поражении верхнего (надскладочного) отдела гортани 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 производится непрямая ларингоскопия, при необходимости — биопсия и томография гортани.

**Шея.** 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.

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

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

Цель опроса — 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 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 пациентки. 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 пациентку против себя и поместить кисть ее с обследуемой стороны себе на плечо при слегка опущенном и отведенном плече осматриваемой. Обследование надключичных областей врач производит как спереди, так и стоя позади больной, поместив свои пальцы у места прикрепления грудиноключично-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 его форма 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, указывающих на опухоль молочной железы, пациентку направляют к онкологу.

**Легкие.** При профилактических осмотрах следует обращать особое внимание на лиц, страдающих длительным кашлем, кровохарканьем и периодическим повышением температуры, памятуя, что эти симптомы могут быть проявлением рака легкого. При физикальном исследовании лиц, предъявляющих жалобы, следует обращать внимание на ограничение подвижности грудной клетки, очаги укорочения легочного звука, ослабление дыхания. Выявление ранних и доклинических форм рака легкого при профилактических осмотрах возможно только при массовой флюорографии. Все лица старше 18 лет должны подвергаться флюорографическому исследованию органов грудной клетки 1 раз в 2 года, при наличии хронических заболеваний — 1 раз в год. Каждому обследуемому выполняют одну переднюю и две боковые средне- или крупноформатных флюорограммы.

При выявлении на флюорограммах патологических теней контрольное дообследование выполняют немедленно на том же флюорографическом аппарате, которым производили съемку с профилактической целью. Для этого производят серию флюорограмм в разных проекциях и на разных фазах дыхания, а также прямое увеличение флюорограмм. В контрольное дообследование обязательно входит ретроспективное изучение флюорограмм прошлых лет. Если на первом этапе дообследования подтверждаются патологические изменения органов грудной полости, то пациент должен направляться на консультативную пульмонологическую комиссию (противотуберкулезный и онкологический диспансеры, торакальные клиники).

**Желудок.** При опросе следует обращать внимание на наличие болей в подложечной области, снижение и изменения 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 пациента необходимо направить на углубленное обследование.

Особое внимание следует обратить на обследование контингента лиц, состоящих на диспансерном учете по поводу язвенной болезни желудка, хронического атрофического гастрита, полипоза, пернициозной анемии, а также больных, ранее перенесших резекцию желудка. При подозрении на рак проводится углубленное обследование с применением рентгеноскопического, эндоскопического методов с гастробиопсией, цитологическим исследованием мазков.

**Ободочная и прямая кишка.** При опросе должно быть уделено внимание выяснению признаков кишечного дискомфорта: 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); 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 старше 40 лет, проходящим осмотр, обязательно производится пальцевое исследование прямой кишки. Для опухоли характерно наличие плотного, малоблезненного, бугристого образования с изъязвлением или без него.

Углубленное обследование включает ректороманоскопию с биопсией, фиброколоноскопию с биопсией, цитологическое исследование промывных вод.

**Женские половые органы.** Первичное выявление заболеваний женской половой сферы сводится к сбору анамнеза, гинекологическому осмотру с обязательным применением зеркал (рекомендуется пользоваться ложкообразным зеркалом и подъемником). Затем проводится взятие мазков с поверхности шейки матки и из шеечного канала для цитологического исследования.

При сборе 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.

У всех без исключения женщин, живущих половой жизнью, вне зависимости от жалоб и данных осмотра берут материал для цитологиче-

ского исследования из экто- и эндоцервикса с помощью шпателя и специальной щетки, типа citobrush.

**Вульва и вагина.** При осмотре обращают внимание на наличии изменений цвета кожи и слизистой оболочки, пигментированных и депигментированных участков, утолщений, бляшек, трещин, изъязвлений и деформаций. При обнаружении указанных патологических изменений больную направляют для углубленного исследования, которое должно включать в себя использование цитологического и гистологического методов.

**Шейка матки.** При осмотре фиксируют внимание на наличии 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 направляется на углубленное обследование, включающее в себе расширенную кольпоскопию с прицельной биопсией, а в случае необходимости выскабливание цервикального канала в условиях стационара.

**Тело матки.** 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, больную направляют в гинекологический стационар для углубленного исследования, включающего в себя аспирационный метод и раздельное выскабливание полости матки.

**Яичники.** При обнаружении на профосмотре женщин с выраженной дисфункцией яичников, увеличенными пальпируемыми придатками матки, множественными узловатыми фибромиомами матки и хроническим воспалением придатков матки их следует направлять на углубленную диагностику, включающую в себя пункцию заднего влагалищного свода и цитологическое исследование смыва с брюшины, прямокишечно-маточного углубления (дугласова пространства), пневмопельвиографию. При невозможности исключить опухоль рекомендуется лапароскопия или диагностическое чревосечение

**Органы мочеполовой системы.** При проведении профосмотров необходимо обращать внимание на лиц с аномалиями развития мочевых путей и половых органов (кистозное перерождение почек, крипторхизм, гипоплазия яичка), а также на больных с хроническими заболеваниями мочевыводящих путей и половых органов (пиелонефрит, хронический цистит, хронический простатит).

**Почки.** Профилактический осмотр 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 урологического стационара с применением лабораторных, рентгенологических (экскреторная урография, ретроградная пиелография, ангиография со всеми ее модификациями), радиоизотопных (сканирование, сцинтиграфия) методов исследования.

**Мочевой пузырь.** Профилактический осмотр сводится к сбору анамнеза: выявляется 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 урологического стационара с применением рентгенологических методов исследования: — цистографии со всеми ее модификациями (пневмоцистография, осадочная цистография, физиологическая цистография), ангиографии, перицистографии, а также биопсии опухоли.

**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.

Углубленное исследование осуществляется в условиях урологического стационара с обязательной пункционной биопсией предстательной железы, с применением рентгенологических методов исследования, анализ крови на содержание ПСА.

**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 следует обращать внимание на наличие фимоза, изъязвлений и трещин в области головки и переходной складки крайней плоти, на наличие каких-либо уплотнений и деформаций полового члена.

В целях углубленного исследования используют 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 функций опорно-двигательного аппарата. Особое внимание должно привлечь возникновение уплотнений в мягких тканях. При обнаружении в толще мягких тканей уплотнения, характер которого при осмотре установить не удастся, необходимо направить больного на углубленное исследование (рентгенографию, трепанобиопсию, цитологическое и радиоизотопное исследования).

Больные, страдающие доброкачественной опухолью, подлежат наблюдению у онколога. Лица с хроническими заболеваниями костей, диспластическими процессами, а также аномалиями развития костей должны находиться под диспансерным наблюдением ортопеда-травматолога или хирурга.

**Лимфоидная и гематопэтическая ткани.** Раннее выявление заболеваний лимфоидной и гематопэтической тканей возможно только у больных, имеющих увеличенные периферические лимфатические узлы, выраженную анемию или кожные проявления (расчесы, геморрагический синдром). Опрос для выявления злокачественных новообразований лимфоидной и гематопэтической 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 трапецевидной мышцы). Увеличенные лимфатические узлы могут быть признаком не только лимфогранулематоза, лимфа- 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 больных должен быть направлен к онкологу. Окончательный диагноз может быть установлен лишь после цитологического исследования материала, полу-

ченного при пункции узла или гистологическом исследовании удаленного лимфоузла. Развернутый анализ крови обязателен.

## ГРУППЫ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО РИСКА ДЛЯ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Таблица 4

### Заболевания, требующие диспансерного наблюдения

Нозологическая форма	Периодичность осмотра у онколога
<b><i>Заболевания, которые наблюдает терапевт</i></b>	
<p>Хронический необструктивный бронхит: – с частыми обострениями; – с выраженными обструктивными нарушениями (с легочной недостаточностью) Пневмония хроническая Язвенная болезнь с локализацией в желудке (частые рецидивы, осложнения) <b>Хронический атрофический гастрит</b> <b>Семейный полипоз толстого кишечника, синдром Гарднера, синдром Пейца–Егерса, синдром Тюрка</b> <b>Полипы желудка, полипоз желудка, полипоз кишечника</b> Хронический колит с частыми обострениями Состояние после резекции желудка (более 2 лет после операции) Неспецифический язвенный колит и болезнь Крона толстой кишки Ахалазия, лейкоплакия пищевода. Рубцовая структура пищевода, хронические воспалительные процессы</p>	Не реже 1 раза в год
<b><i>Заболевания, которые наблюдает эндокринолог</i></b>	
<p>Аденома щитовидной железы Диффузный токсический зоб. Аутоиммунный тиреоидит Узловой эутиреоидный зоб Гиполютеиновые дисфункции яичников Состояние после операции по поводу феохромоцитомы в стадии ремиссии Синдром Штейна–Левенталя Вирилизующие опухоли яичников (после операции) Множественный эндокринный аденоматоз, тип I (МЭН-I, синдром Вернера) Множественный эндокринный аденоматоз, тип II (синдром Сиппла, МЭН-II) и тип III (синдром невром слизистых оболочек, МЭН-III) Синдром Тернера, синдром текстиккулярной феминизации Дисгенезия гонад Псевдогермофродитизм</p>	Не реже 1 раза в год
<b><i>Заболевания, которые наблюдает гематолог</i></b>	
Острые лейкозы	Не реже 1 раза в год

Миелолейкоз хронический Лимфолейкоз хронический Миеломная болезнь Лимфоаденопатия Остеомиелосклероз Гипопластическая анемия	
--	--

Продолжение табл. 4

<b><i>Заболевания, которые наблюдает невролог</i></b>	
Вертеброгенные заболевания периферической нервной системы: а) радикулиты (шейный, грудной, пояснично-крестцовый) после выраженного приступа заболевания с временной утратой трудоспособности; б) декомпенсация заболевания (затянувшееся обострение, частые обострения) Нейрофиброматоз (болезнь Реклингаузена) Туберкулезный склероз Атаксия-телеангиэктазия (синдром Луи-Бар)	Не реже 1 раза в год
<b><i>Заболевания, которые наблюдает хирург</i></b>	
<b>Полипоз толстой кишки (после оперативного лечения:</b> – диффузный; – ворсинчатые опухоли; – множественные полипы и тубулярно-ворсинчатые аденомы; – единичные тубулярные аденомы <b>Состояния после операции</b> <b>Оперированные по поводу множественных и единичных полипов и тубулярно-ворсинчатых аденом</b> Одиночные полипы толстой кишки, не подлежащие операции (размер менее 0,4 см) Мастопатия фиброзно-кистозная (фиброаденоматоз или дисгормональные гиперплазии) Узловая мастопатия, гамартомы, добавочные молочные железы Фиброаденома молочной железы <b>Болезнь Боуэна, болезнь Педжета</b> Лучевые язвы, трофические язвы <b>Эритроплазия Кейра</b> <b>Полипы прямой кишки, полипоз диффузный</b> Болезнь Крона Трещины, свищи аноректальные	Не реже 1 раза в год
<b><i>Заболевания, которые наблюдает уролог</i></b>	
Аденома предстательной железы Хронический простатит Папилломы, полипы мочевого пузыря и уретры Лейкоплакия, лейкокератоз, остроконечные кондиломы (папилломы) полового члена Синдром Гипеля-Линдау	Не реже 1 раза в год
<b><i>Заболевания, которые наблюдает травматолог-ортопед</i></b>	
Состояние после оперативных вмешательств на костно-суставном аппарате в связи с опухолевым и системным пора-	Ежеквартально в течение 1-го года,

жением	затем 2 раза в год
<b><i>Заболевания, которые наблюдает офтальмолог</i></b>	
Опухоли век, конъюнктивы: состояние после проведенного лечения (хирургического, лучевого) по поводу онкологического заболевания органа зрения — внутриглазные опухоли	По показаниям первые 2 года — 2 раза в год, далее — 1 раз в год

*Окончание табл. 4*

<b><i>Заболевания, которые наблюдает оториноларинголог</i></b>	
Хронический ларингит, хронический хордит, контактные язвы и папилломатоз, фиброматоз, пахидермия	Не реже 1 раза в год
<b><i>Заболевания, которые наблюдает стоматолог</i></b>	
Эритро- и лейкоплакия, очаговый лейкокератоз, деструктивный лейкокератоз, Эпителиомы, цилиндромы Красный плоский лишай <b>Абразивный преинвазивный хейлит Манганотти</b> Кератоакантома или кожный рог <b>Ограниченный гиперкератоз</b> Папилломатоз полости рта Состояние после операции по поводу доброкачественных опухолей челюстно-лицевой области: – костей (кисты, амелобластомы, эпулисы и т. д.); – мягких тканей (смешанная, сосудистая, папилломы, фибромы, миомы и др.) Лучевые поражения костных и мягких тканей челюстно-лицевой области Хронические воспалительные процессы, авитаминозы	По показаниям, не реже 2 раз в год
<b><i>Заболевания, которые наблюдает дерматолог</i></b>	
Дерматомиозит Баланопостит, крауроз Невусы (сосудистые, пигментные) Синдром базальноклеточного невуса Синдром линейного сального невуса Пигментная ксеродерма Множественный родинковый синдром Кожный рог, кератоакантома, старческая (себорейная) кератома, поражения кожи при системной красной волчанке, сифилисе	Ежеквартально — в течение 1-го года, затем 2 раза в год
<b><i>Заболевания, которые наблюдает гинеколог</i></b>	
Полипсы шейки матки и эндометрия Киста яичников, поликистоз, склерокистоз яичников, хронический аднексит Кондиломы вульвы, влагалища, шейки матки Лейкоплакия вульвы, влагалища, шейки матки Дискератозы шейки матки (лейкоплакия, крауроз) Гиперплазия эндометрия (железистая и атипическая) Герпес вульвы и влагалища Хронический цервицит <b>Дисплазия эпителия шейки матки, вульвы, влагалища</b>	По показаниям ежеквартально — в течение 1-го года, затем 2 раза в год

<b>I–III ст.</b> Диффузная мастопатия Эндометриоз тела матки (аденоматоз) Эрозия шейки матки Эктропион, псевдоэрозия	
--	--

*Примечание.* Все вышеперечисленные заболевания, сопровождающиеся дисплазией I–III степени, подлежат постоянному наблюдению онколога с осмотром не реже 1 раза в год с морфологическим подтверждением динамики процесса.

Жирным шрифтом выделены обликатные предраки.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Онкология* : учеб. пособие / под. ред. И. В. Залуцкого. Минск : Высш. шк., 2007. 703 с.
2. *Онкология* : учеб. пособие/ под. ред В. И. Чиссова, С. Л. Дарьяловой, М., 2007. 560 с.
3. *Трапезников, Н. А.* : Онкология : учеб. / Н. Н. Трапезников, А. А. Шайн, М. : Медицина,1992. 400 с.
4. *Угляница К. Н.* Общая онкология : учеб. Пособие / К. Н. Угляница, Н. Г.Луд, Н. К. Угляница. Гродно : ГрГМУ, 2007. 815 с.
5. *Об утверждении* форм учетной медицинской документации и Указаний по их заполнению : приказ МЗ Республики Беларусь от 23. 04. 2003 г. № 75.
6. *О мерах* по совершенствованию работы онкологической службы Республики Беларусь Приказ МЗ Республики Беларусь от 27. 08. 2004 г. № 205.

7. *Об утверждении* протоколов лечения больных с онкологическими заболеваниями : приказ МЗ Республики Беларусь от 09. 02. 2007 г. № 80.

*О мерах* совершенствования работы по раннему выявлению онкологических заболеваний : приказ МЗ Республики Беларусь от 21. 12. 2010 г № 1350.

*Приложение №1*

**Визуальные локализации злокачественных новообразований**

<b>Локализация</b>	<b>Код диагноза по МКБ – 10</b>
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
Нёбо	C 05
Другие отделы рта	C 06
Миндалина	C 09
Ротоглотка	C 10
Прямая кишка	C 20
Анус и анальный канал	C 21
Полость носа	C 30.0
Меланома кожи	C 43
Другие новообразования кожи	C 44
Молочная железа	C 50
Вульва	C 51
Влагалище	C 52
Шейка матки	C 53
Половой член	C 60
Яичко	C 62
Глаз	C 69
Щитовидная железа	C 73

Приложение 2

**Карта прохождения индивидуальных профилактических (параллельных)  
онкологических осмотров для мужчин**

Объект осмотра	Дата осмотра							
	2010 г.	20	20	20	20	20	20	20
1. Кожа								
2. Видимые слизистые								
3. Полость рта, язык								
4. Периферические лимфоузлы:								
– шейные								
– надключичные								
– подключичные								
– подмышечные								
– паховые								
5. Промежность								
6. Анус, прямая кишка								
7. Наружные половые органы								
8. Предстательная железа								
9. Мягкие ткани								
10. Кости								
Дата: Предварительный диагноз:								
Дата: Диагноз врача-специалиста после осмотра								

*Примечания:*

1. В результате осмотра в клеточке проставляется буква «N».
2. При выявлении патологии указывается дата, предварительный диагноз и к какому врачу-специалисту направляется больной.

Приложение 3

**Карта прохождения индивидуальных профилактических (параллельных)  
онкологических осмотров для женщин**

Объект осмотра	Дата осмотра							
	2010г.	20	20	20	20	20	20	20
1. Кожа								
2. Видимые слизистые								
3. Полость рта, язык								
4. Щитовидная железа								
5. Молочная железа								
6. Периферические лимфоузлы:								
– шейные								
– надключичные								
– подключичные								
– подмышечные								
– паховые								
7. Промежность								
8. Анус, прямая кишка								
9. Вульва, вагина								
10. Шейка матки								
11. Мягкие ткани								
12. Кости								
Дата: Предварительный диагноз:								
Дата: Диагноз врача-специалиста после осмотра.								

*Примечания:*

1. При отсутствии патологии проставляется буква «N»
2. При выявлении патологии указывается дата, предварительный диагноз и к какому врачу-специалисту направлена больная.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение .....	3
Ранняя диагностика рака и онкологическая настороженность .....	4
Профилактика злокачественных новообразований .....	6
Диагностические методики для скрининга онкологических заболеваний.....	7
Опухолевые маркеры .....	10
Контингенты пациентов, подлежащие профилактическим осмотрам.....	12
Методика обследования при проведении профилактических онкологических осмотров населения .....	13
Группы онкологического для проведения диспансерного наблюдения .....	21
Литература.....	24
Приложение 1 .....	25
Приложение 2 .....	26
Приложение 3 .....	27