

Министерство здравоохранения Российской Федерации
ГБОУ ДПО «Иркутская государственная медицинская академия
последипломного образования»

АЛГОРИТМ ВЫЯВЛЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Пособие для врачей

Иркутск
ИГМАПО
2014

Министерство здравоохранения Российской Федерации
ГБОУ ДПО «Иркутская государственная медицинская академия
последипломного образования»

АЛГОРИТМ ВЫЯВЛЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Пособие для врачей

Иркутск
ИГМАПО
2014

УДК 616-006-07
ББК 55.6-4
А45

Утверждено методическим советом ГБОУ ДПО ИГМАПО 13.02.2014 г.

Рецензенты:

В.Г. Лалетин – д-р мед. наук, профессор кафедры онкологии и лучевой терапии ГБОУ ВПО ИГМУ;
А.В. Белоногов – д-р мед. наук, профессор кафедры онкологии и лучевой терапии ГБОУ ВПО ИГМУ

Авторы:

*В.В. Дворниченко, И.В. Ушакова, Е.В. Панферова, Р.И. Расулов,
А.В. Шелехов, О.Р. Репета*

А45 Алгоритм выявления онкологических заболеваний: пособие для врачей / В.В. Дворниченко [и др.]. – Иркутск: РИО ГБОУ ИГМАПО, 2014. – 36 с.

Освещены основные факторы онкориска, изложены симптомокомплексы опухолей различных локализаций, методы первичной диагностики и применяемые методы специального лечения. Отражена тактика врача общей практики при подозрении или выявлении злокачественной опухоли у пациента, а также в процессе дальнейшего его наблюдения. Представлены сопутствующие и фоновые заболевания, являющиеся причиной развития злокачественных новообразований.

Предназначено для врачей общей практики, хирургов, онкологов.

УДК 616-006-07
ББК 55.6-4

© ГБОУ ДПО ИГМАПО, 2014

Формат 60x84 1/16. Гарнитура Arial. Бумага SvetoCopi.
Уч.-изд. л. 2,3. Тираж 100. Заказ 1/23.

Отпечатано в РИО ГБОУ ДПО ИГМАПО.
664079, Иркутск, мкр. Юбилейный, 100, к. 302.
Тел (3952)46-69-26. E-mail: igiuvpress@yandex.ru

Оглавление

Введение	4
Рак губы	4
Рак органов полости рта и глотки	6
Рак гортани	7
Рак желудка	10
Рак пищевода	13
Рак трахеи, бронхов, легкого	14
Колоректальный рак	15
Рак молочной железы	17
Меланома кожи	18
Другие новообразования кожи	20
Рак шейки матки	22
Рак тела матки	23
Рак яичников	24
Рак предстательной железы	26
Рак почки	27
Рак щитовидной железы	29
Заболевания кроветворной и лимфатической ткани	31
Деонтология и онкологическая настороженность в работе врача общей практики	31
Профилактика в онкологии	33
Список рекомендуемой литературы	36

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 есть такое понятие – "онкологическая настороженность", то есть врач любой специальности любого лечебно-профилактического учреждения должен при осмотре пациента исключить симптомы, подозрительные на онкологическую патологию.

Ранняя диагностика злокачественных новообразований зависит главным образом от онкологической настороженности врачей общей практики и их знаний, дальнейшей тактики в отношении больного. В 1994 г. Европейской комиссией по изучению рака (European guidelines for quality assurance in mammography screening) на специальной конференции о роли терапевта и хирурга в скрининге рака, была высоко оценена роль практикующего врача, в нашей стране – врача общей практики. Постоянная работа онкологических диспансеров с врачами общей практики и населением, направленная на раннее выявление злокачественных новообразований, является важным компонентом, способным повысить уровень ранней диагностики рака различных локализаций. Совершенствование санитарно-просветительной работы, диспансерное обследование населения, своевременное обращение пациентов при подозрении на различную патологию, применение комплексного обследования населения, улучшат своевременную диагностику злокачественных новообразований и результаты лечения.

Для удобства восприятия представленного материала по ранней диагностике онкопатологии в пособии приведены таблицы основных симптомов, методов первичной диагностики и возможные варианты лечения. Срок рекомендуемых обследований для врача общей практики не должен превышать 5–7 дней. После уточнения диагноза больной подлежит направлению для проведения уточняющей диагностики и лечения в онкологическое учреждение.

РАК ГУБЫ

В 2006 г. в России впервые в жизни выявлено 3 712 больных раком губы. «Грубый» показатель заболеваемости 100 000 населения составил 2,96. За 10-летний период наблюдается убыль показателя заболеваемости на 33,9 %. Выявляемость больных на ранних стадиях опухолевого процесса (I–II) составила 82,8 %, показатель запущенности (III–IV стадия) – 16,5 %. Одногодичная летальность составила 4,7 %, активная выявляемость – 21,7 %. Контингент больных данной патологией на конец отчетного года

составил 73 549 человек, из них 54 311 пациентов излечены и наблюдаются 5 лет и более.

С учетом доступности для осмотра данная патология выявляется 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, бородавчатый предрак, 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. Основные симптомы, методы первичной диагностики и возможные варианты лечения рака губы представлены в табл. 1.

Таблица 1

Симптоматика и диагностика рака губы

Симптом опухолевой патологии	Тактика ведения пациента	Возможный вид специального лечения
Болезненное или безболезненное уплотнение или шероховатая бляшка, слегка возвышающаяся над окружающими тканями, или сосочкового вида кровоточащая поверхность, длительно незаживающая язва с валикообразными краями, кровоточивость при контакте. Увеличение лимфатических узлов подбородочной, подчелюстной областей	Клинический осмотр* Цитологическое, гистологическое исследование (морфологическая верификация диагноза). Пункция увеличенного лимфатического узла. Консультация онколога (уточняющая диагностика)	Хирургическое Лучевая терапия Фотодинамическая терапия Лазерная хирургия Комбинированное Комплексное лечение Лечение в специализированном онкологическом стационаре

*При первичном клиническом осмотре пациента врачом общей практики или профильными специалистами **обязательному обследованию подлежат:** кожные покровы, полость рта, молочные железы, половые органы, прямая кишка, щитовидная железа, лимфатические узлы.

РАК ОРГАНОВ ПОЛОСТИ РТА И ГЛОТКИ

В 2006 г. в России впервые в жизни выявлено 10 271 больных раком органов полости рта и глотки. «Грубый» показатель заболеваемости 100 000 населения составил 7,4. Среди больных с установленным диагнозом злокачественного новообразования органов полости рта и глотки у 28,9 % диагностирована I–II стадия заболевания. Показатель запущенности (III–IV стадии) составил 69,5 %, годовичная летальность – 4,7 %, активная выявляемость – 21,7 %. Контингент больных с данной патологией на конец отчетного года составил 41 140 человек, из них 19 973 пациентов излечены и наблюдаются 5 лет и более.

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. В табл. 2 указаны основные симптомы, методы первичной диагностики и возможные варианты лечения рака органов полости рта и глотки. Алгоритм диагностики рака полости рта и глотки представлен на рис. 1.

Таблица 2

Симптоматика и диагностика рака органов полости рта и глотки

Симптом опухолевой патологии	Тактика ведения пациента	Возможный вид специального лечения
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	Клинический осмотр и пальпация. Фиброларингоскопия с гистологическим, цитологическим исследованием (морфологическая верификация диагноза). Консультация онколога (уточняющая диагностика)	Комбинированное комплексное лечение Реконструктивно-пластические операции. Лечение в специализированном онкологическом стационаре

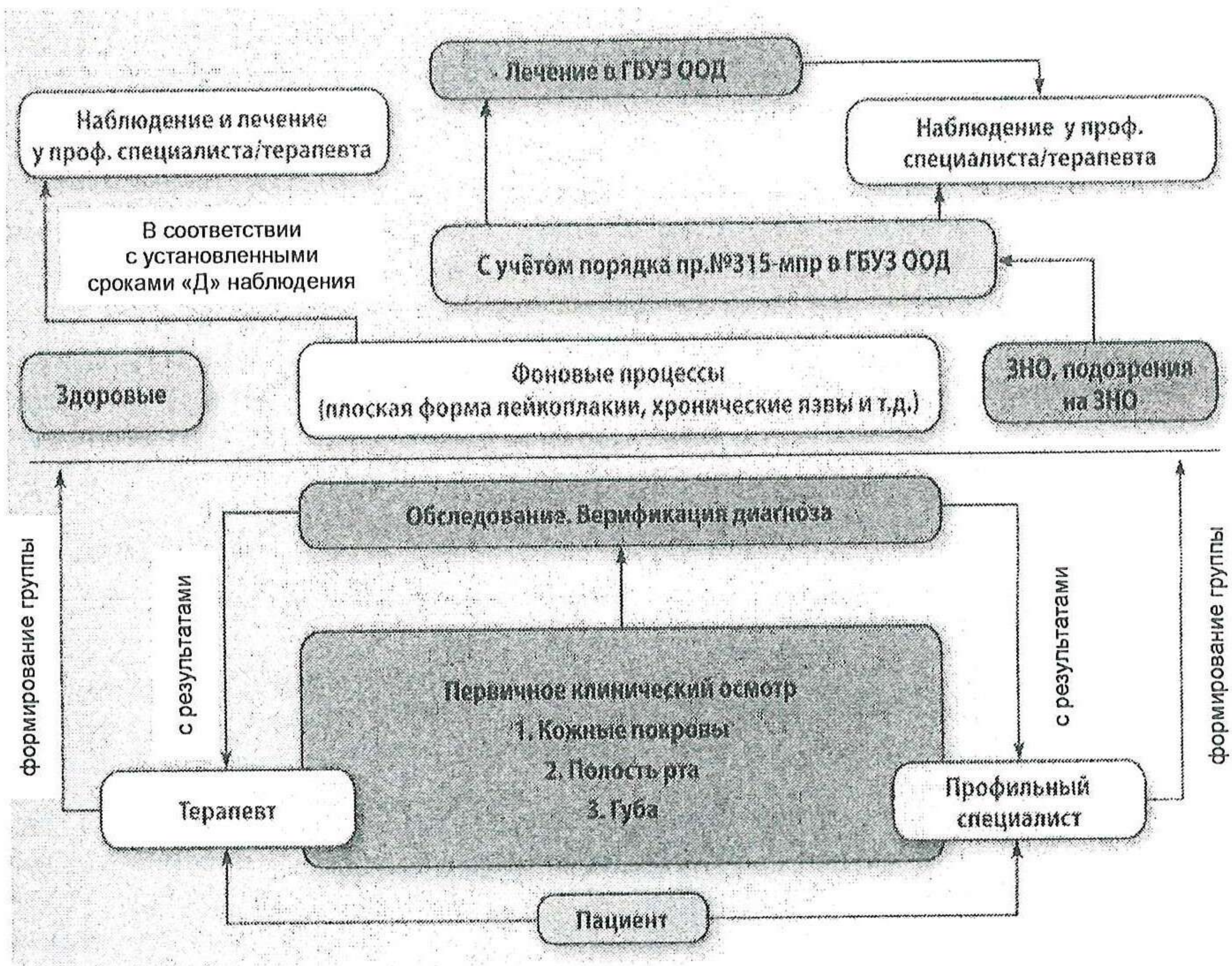


Рис. 1. Алгоритм диагностики рака полости рта, губы, отражающий маршрут пациента

РАК ГОРТАНИ

Злокачественные новообразования гортани развиваются преимущественно у мужчин. Рак гортани у мужчин встречается в 8–9 раз чаще, чем у женщин. В 2006 г. в России впервые выявлено 6 406 больных с установленным диагнозом рака гортани. «Грубый» показатель заболеваемости на 100 000 населения составил 4,55. Отмечается убыль данного показателя за 10-летний период (1997–2006 гг.) на 11,7 %. Из числа больных с установленным диагнозом 35,3 % злокачественных новообразований гортани были диагностированы в I–II стадии заболевания, у 45,5 % – III стадия, у 17,6 % – IV стадия. Одногодичная летальность составила 30,2 %, активная выявляемость – 5,2 %. На конец отчетного 2006 г. контингент больных, состоящих на учете в онкологических учреждениях, составил 40 435 человек, из них 22 165 пациентов излечены и наблюдаются 5 лет и более.

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. В табл. 3 приведены основные симптомы, методы первичной диагностики и возможные варианты лечения рака гортани. Алгоритм диагностики рака гортани представлен на рис. 2.

Таблица 3

Симптоматика и диагностика рака гортани

Симптом опухолевой патологии	Тактика ведения пациента	Возможный вид специального лечения
<p>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 двух и более недель</p>	<p>Клинический осмотр. Фиброларингоскопия. Гистологическое и цитологическое исследования биоптата. УЗИ лимфатических узлов шейно-надключичных зон и передневерхнего средостения. Компьютерная томография гортани Консультация онколога (уточняющая диагностика)</p>	<p>Лучевая терапия Хирургическое лечение Комбинированное комплексное лечение Реконструктивно-пластические операции. Лечение в специализированном онкологическом стационаре</p>

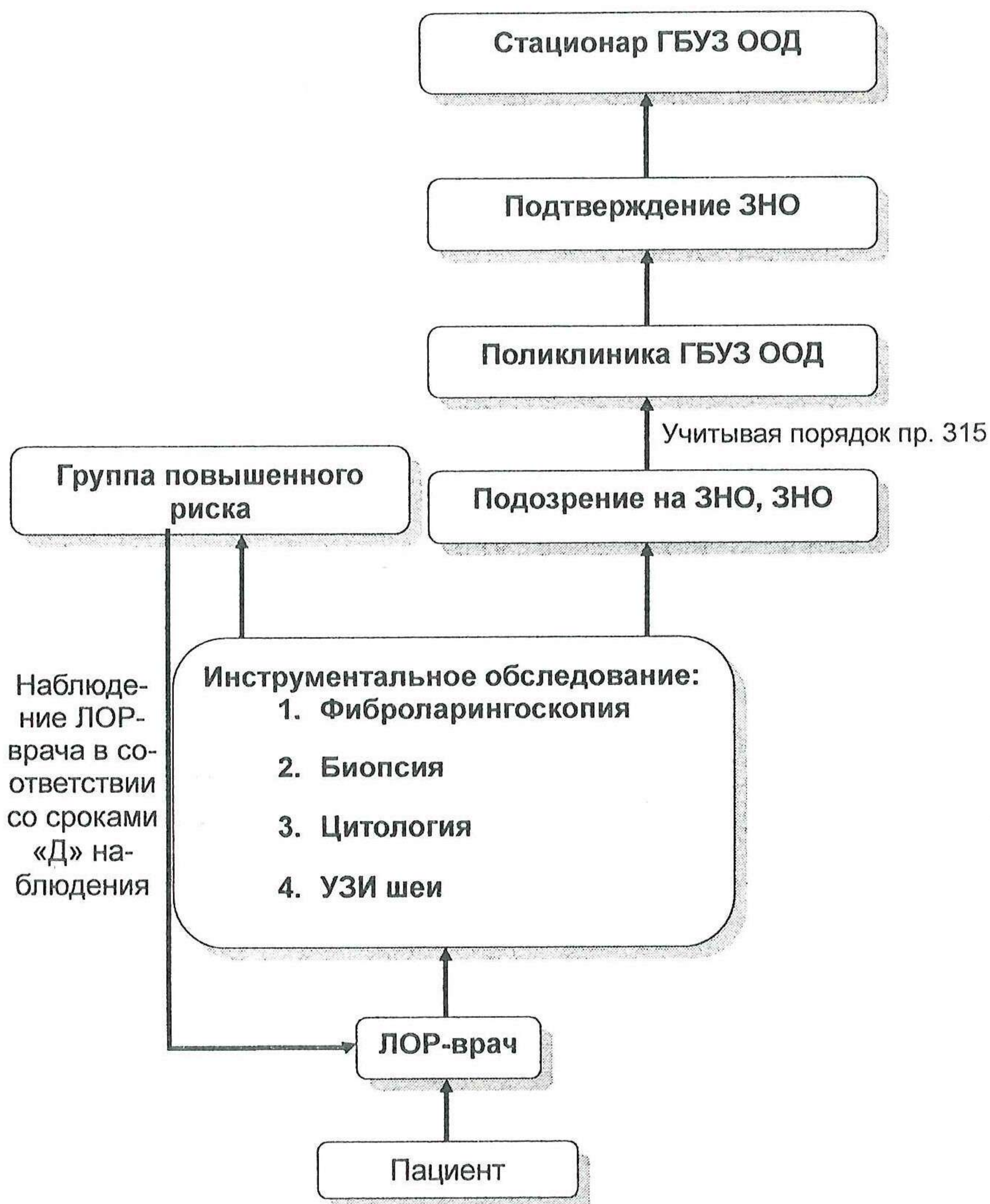


Рис. 2. Алгоритм диагностики рака гортани

РАК ЖЕЛУДКА

В России в последние годы наблюдается снижение заболеваемости злокачественными новообразованиями желудка, что соответствует общемировым тенденциям. В настоящее время он занимает второе место в структуре онкологической заболеваемости после опухолей трахеи, бронхов легкого. Несмотря на падение уровней заболеваемости, в России в 2006 г. впервые в жизни выявлено 39 459 больных с установленным диагнозом рака желудка. «Грубый» показатель заболеваемости на 100 000 населения составил 30,56. Отмечается убыль данного показателя за 10-летний период (1997–2006 гг.) на 14,48 %. Из числа больных с установленным диагнозом 23,3 % злокачественных новообразований желудка были диагностированы в I–II стадии заболевания, у 29,1 % больных – III стадия – у 41,7 % – IV. Высок удельный вес пациентов с неустановленной стадией заболевания – 5,9 %. Одногодичная летальность составила 53,5 %, активная выявляемость – 4,3 %. На конец отчетного 2006 г. контингент больных, состоявших на учете в онкологических учреждениях, составил 133 326 человек, из них 69 749 пациентов излечены и наблюдаются 5 лет и более.

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.

Критерии наличия синдрома наследственного рака желудка диффузного типа (НБОС): 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 табл. 4 указаны основные симптомы, методы первичной диагностики и возможные варианты лечения рака желудка. Алгоритмы диагностики рака желудка представлены на рис. 3 и 4.

Симптоматика и диагностика рака желудка

Симптом опухолевой патологии	Тактика ведения пациента	Возможный вид специального лечения
Ухудшение общего самочувствия, беспричинная слабость, снижение трудоспособности, быстрая утомляемость, отвращения 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	Клинический осмотр. ФГС Рентгенологическое исследование желудка. УЗИ брюшной полости, лимфатических узлов шейно-надключичных зон. Гистологическое и цитологическое исследование. Определение опухолевых маркеров: РЭА, Са 19-9, Са 72-4 в сыворотке крови. Консультация онколога (уточняющая диагностика)	Хирургическое Комбинированное комплексное лечение Малоинвазивные видеозендоскопические операции. Реконструктивно-пластические операции. Лечение в специализированном онкологическом стационаре

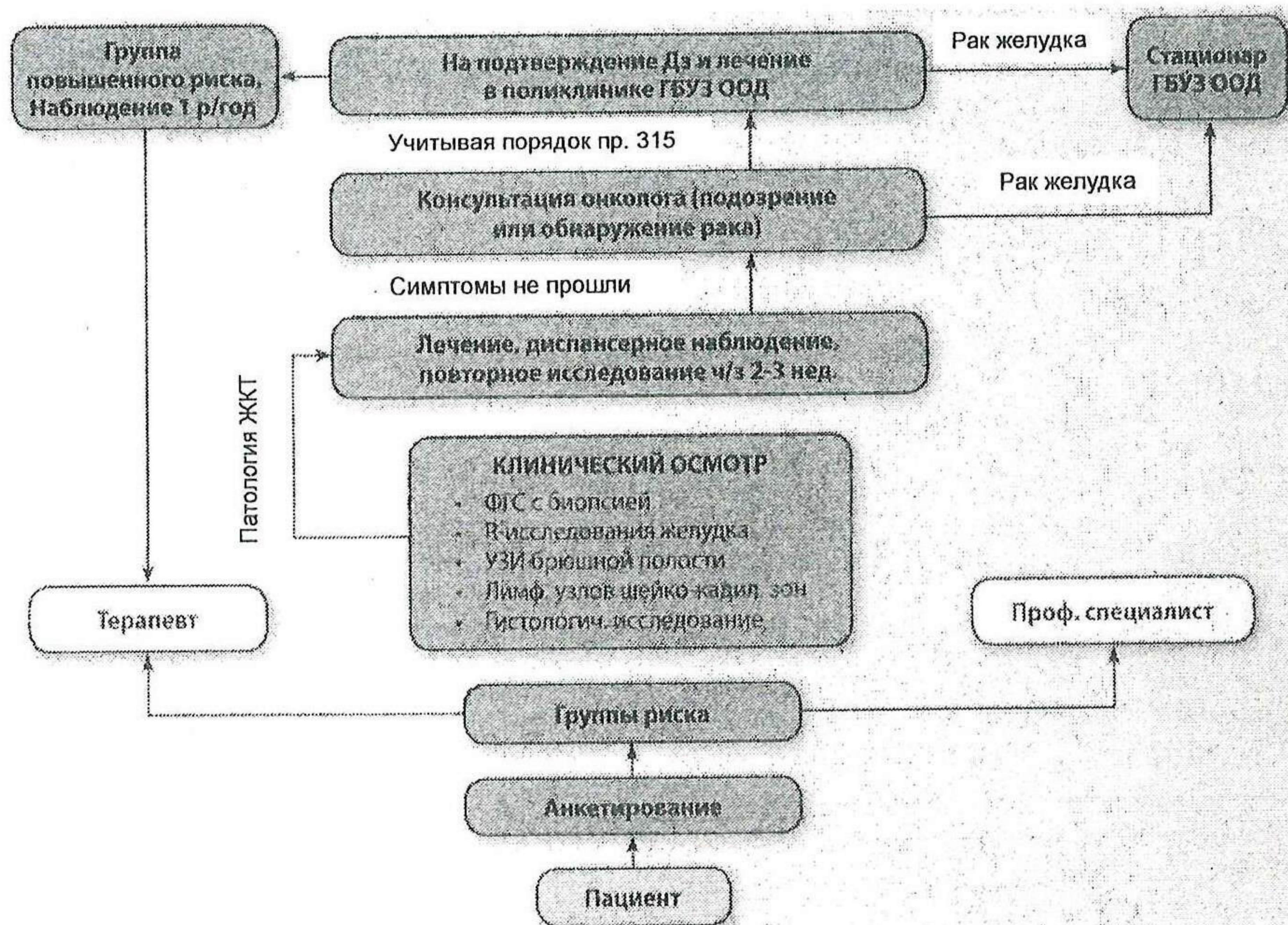


Рис. 3. Алгоритм диагностики рака желудка



Рис. 4. Алгоритм диагностики 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 (62,4 % в 2006 г.). Абсолютное число больных с впервые в жизни установленным диагнозом рака пищевода составило в 2006 г. в России 6 621 человек. «Грубый» показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями пищевода на 100 000 населения составил 4,99; на протяжении 1996–2006 гг. отмечено его снижение на 12,2 %. Из числа больных раком пищевода 23,2 % пациентов имели I–II стадии, 40,6 % – III стадию, 29,6 % – с опухолевым процессом IV стадии. Высок удельный вес больных с неустановленной стадией рака – 6,6 %. Показатель выявляемости рака пищевода при проведении профилактических осмотров составил 2,9 %. На конец отчетного 2006 г. контингент больных с данной патологией, состоявших на учете в онкологических учреждениях, составил 10 464 человек, из них 3 212 пациентов излечены и наблюдаются 5 лет и более.

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 (НБОС). 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 табл. 5 приведены основные симптомы, методы первичной диагностики и возможные варианты лечения рака пищевода.

Таблица 5

Симптоматика и диагностика рака пищевода

Симптом опухолевой патологии	Тактика ведения пациента	Возможный вид специального лечения
Ощущение прохождения пищи по пищеводу. Затруднения при глотании. К другим часто наблюдаемым симптомам относятся снижение массы тела, боль за грудиной, ухудшение общего самочувствия, слабость	Клинический осмотр, пальпация Рентгенологическое исследование пищевода, желудка, легких, средостения Эзофагогастроскопия Гистологическое и цитологическое исследование биоптата Консультация онколога (уточняющая диагностика, при возможности КТ)	Хирургическое Комбинированное комплексное лечение Лучевая терапия Реконструктивно-пластические операции Малоинвазивные видеоэндоскопические операции Фотодинамическая терапия при I стадии заболевания и противопоказаниях к операции Лечение в специализированном онкологическом стационаре

РАК ТРАХЕИ, БРОНХОВ, ЛЕГКОГО

Злокачественные новообразования трахеи, бронхов, легкого занимают первое место в структуре онкозаболеваний населения России. В 2006 г. абсолютное число больных с впервые в жизни установленным диагнозом рака этих органов составило 53 670 человек. «Грубый» показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями трахеи, бронхов, легкого на 100 000 населения составил 40,6. Отмечается убыль данного показателя на протяжении 1996–2006 гг. на 9,66 %. Из числа больных раком трахеи, бронхов, легкого 25,6 % пациентов имели I–II стадию, 33,8 % – III стадию, 34,7 % – IV стадию, не установлена стадия у 5,9 %. Летальность на первом году составила 56,0 %, активная выявляемость – 19,3 %. На конец отчетного 2006 г. контингент больных, состоявших на учете в онкологических учреждениях, составил 113 742 человек, из них 41 523 пациентов излечены и наблюдаются 5 лет и более.

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 иммунодефицитные состояния. Основные симптомы, методы первичной диагностики и возможные варианты лечения рака трахеи, бронхов легкого приведены в табл. 6. Алгоритм диагностики рака легкого представлен на рис. 5.

Таблица 6

Симптоматика и диагностика рака трахеи, бронхов легкого

Симптом опухолевой патологии	Тактика ведения пациента	Возможный вид специального лечения
Длительный кашель, сухой или с мокротой, кровохарканье Изменение характера кашля у курильщиков Одышка Боль в грудной клетке Слабость Беспричинное повышение температуры тела Общая слабость, похудание	Клинический осмотр Рентгенологические методы с цифровой обработкой получаемых данных Трахеобронхоскопия с биопсией Трансторакальная биопсия опухоли Цитологическое и гистологическое исследования. Консультация онколога (уточняющая диагностика, при возможности КТ)	Хирургическое Комбинированное комплексное лечение Фотодинамическая терапия Малоинвазивные видеоскопические операции Фотодинамическая терапия при I стадии заболевания и противопоказаниях к операции Лечение в специализированном онкологическом стационаре

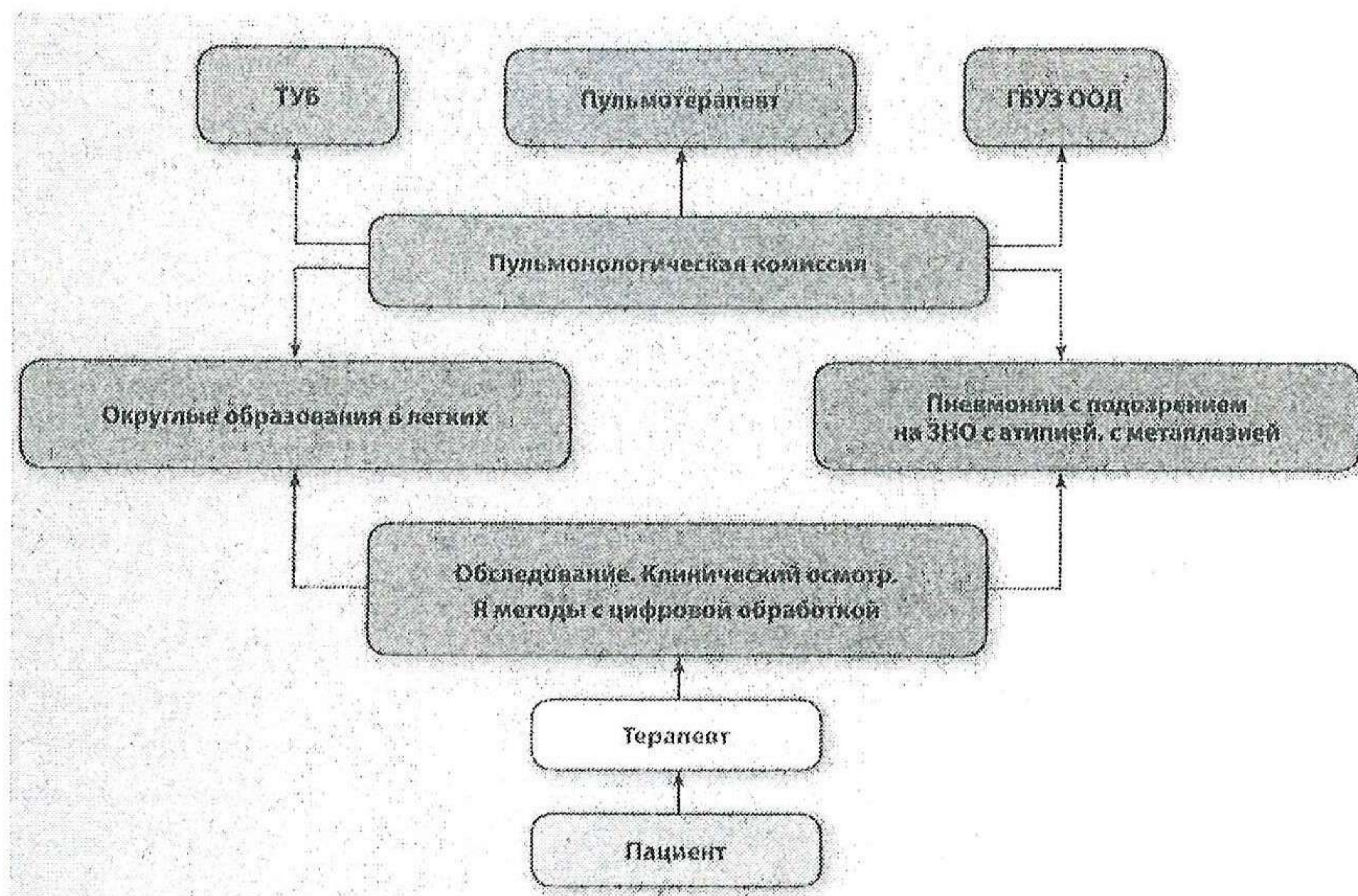


Рис. 5. Алгоритм диагностики рака легкого

КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК

В 2006 г. в России впервые в жизни выявлено 50 118 больных колоректальным раком (ККР).

Таблица 7

Симптоматика и диагностика ККР

Симптом опухолевой патологии	Тактика ведения пациента	Возможный вид специального лечения
Вздутие живота, прощупываемая опухоль живота. Запоры, сменяемые поносами Анемия Схваткообразные боли в животе, кишечные кровотечения (кровь в кале) Чувство инородного тела в заднем проходе Выделение слизи и крови при акте дефекации, чувство неполного опорожнения прямой кишки при акте дефекации, частые, ложные позывы на стул	Клинический осмотр Пальцевое исследование Ректороманоскопия Ирригоскопия Колоноскопия Гистологическое и цитологическое исследование Определение РЭА в сыворотке крови Консультация онколога (уточняющая диагностика)	Комбинированное комплексное лечение Реконструктивно-пластические операции Малоинвазивные видеондоскопические операции

«Грубый» показатель заболеваемости на 100 000 населения за период 1996–2006 гг. составил 37,5. Выявляемость пациентов на ранних (I–II)

стадиях опухолевого процесса составила 37,0 %. КРР в III стадии обнаружен у 31,23 %, IV – у 28,16 %. Одногодичная летальность – 33,05 %, активная выявляемость – 5,0 %. Контингент больных с данной патологией на конец отчетного года составил 230 705 человек, из них 109 561 пациентов излечены и наблюдаются 5 лет и более.

Факторы риска: наличие в семье одного или двух больных колоректальным раком 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. Основные симптомы, методы первичной диагностики и возможные варианты лечения колоректального рака приведены в табл. 7, алгоритм диагностики представлен на рис. 6.

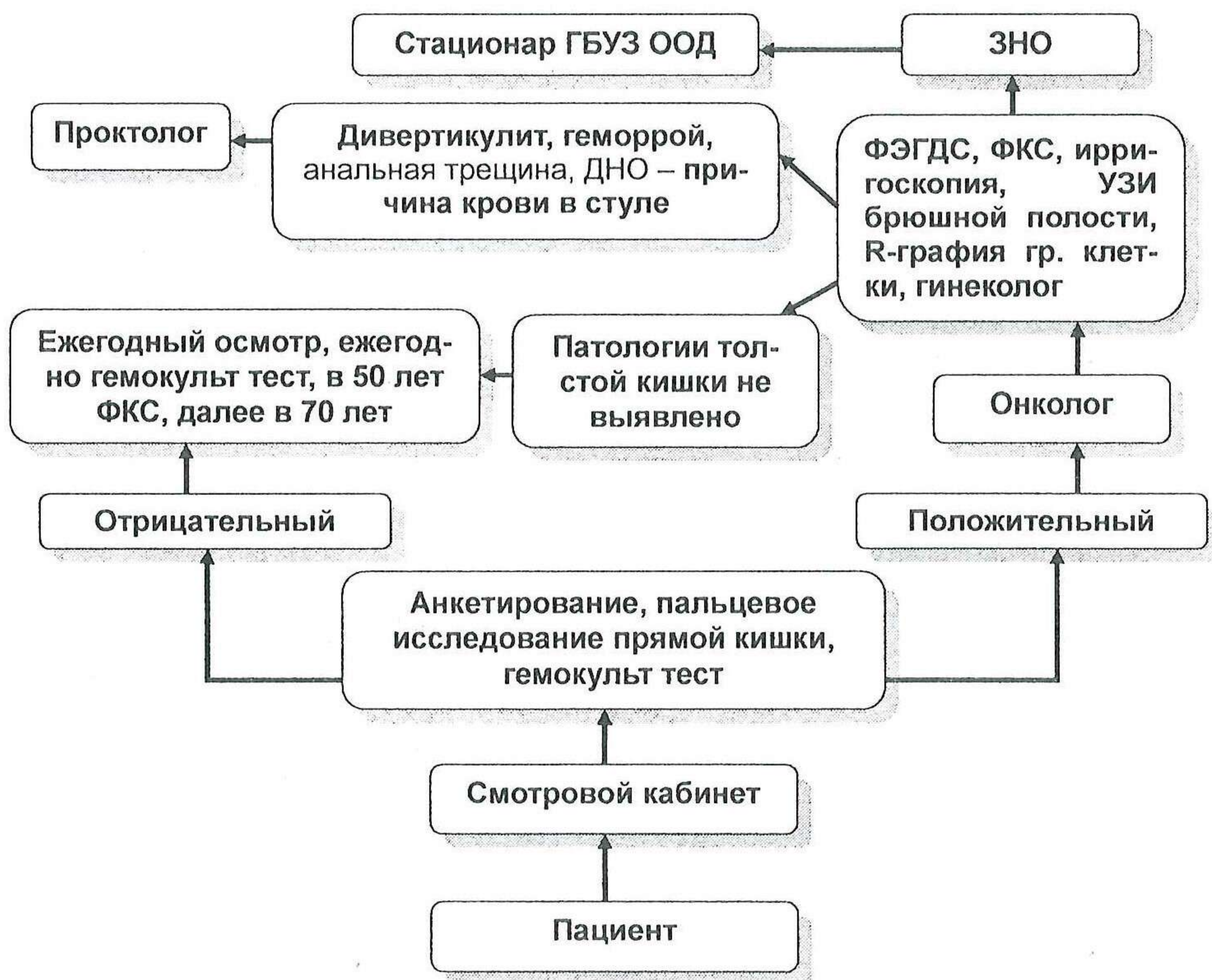


Рис. 6. Алгоритм диагностики колоректального рака

РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В 2006 г. в России зарегистрировано 48 821 больных раком молочной железы. «Грубый» показатель заболеваемости на 100 000 женского населения составил 65,5; прирост заболеваемости за период 1996–2006 гг. – 24,6 %. Выявляемость пациентов с ранними стадиями опухолевого процесса (I–II) составила 62,1 %, показатель запущенности (III–IV) – 37,2 %. Летальность на первом году с момента установления диагноза – 10,3 %, активная выявляемость – 21,9 %. Контингент больных с данной патологией на конец отчетного года составил 437 774 человек, из них 244 522 пациентов излечены и наблюдаются 5 лет и более.

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.

Основные симптомы, методы первичной диагностики и возможные варианты лечения рака молочной железы приведены в табл. 8.

Таблица 8

Симптоматика и диагностика рака молочной железы

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

Алгоритм диагностики молочной железы представлен на рис. 7.

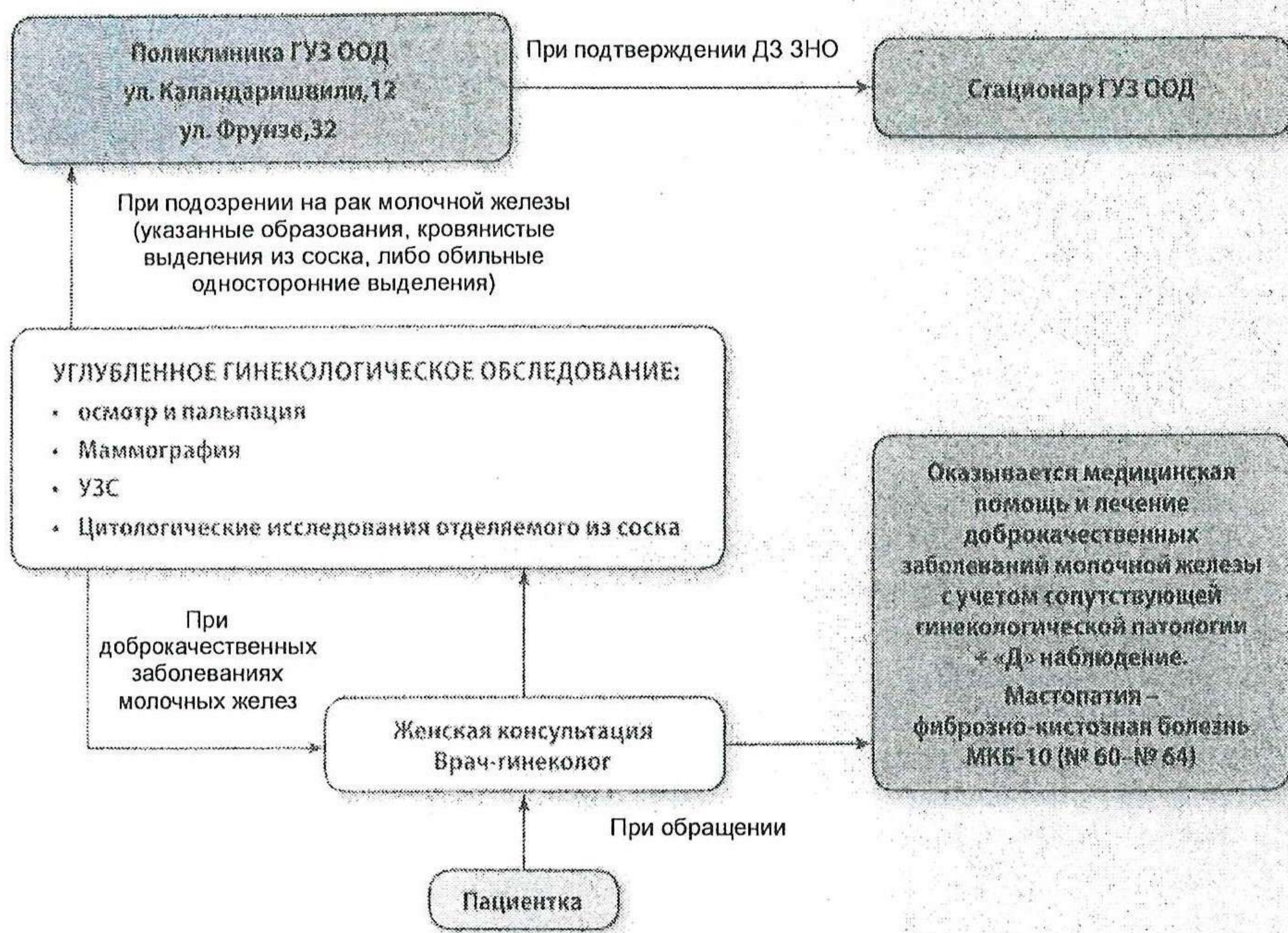


Рис. 7. Алгоритм диагностики рака молочной железы

МЕЛАНОМА КОЖИ

В 2006 г. в России впервые в жизни выявлено 7 069 больных меланомой кожи. «Грубый» показатель заболеваемости на 100 000 населения составил 4,8. Прирост показателя заболеваемости за 1997–2006 гг. достиг 47,1 %. Выявляемость больных на ранних стадиях опухолевого процесса (I–II) составила 64,9 %, показатель запущенности (III–IV ст.) – 31,8 %. Летальность на первом году с момента установления диагноза составила 14,2 %, активная выявляемость – 9,5 %. Контингент больных с данной патологией на конец отчетного года составил 56 511 человек, из них 30 528 пациентов излечены и наблюдаются 5 лет и более.

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 1,5 см и более визуально черной или темно-коричневой окраски. Лица, имеющие на коже более 50 пигментных невусов любого размера. Женщины в период беременности и лактации.

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 табл. 9 приведены основные симптомы, методы первичной диагностики и возможные варианты лечения меланомы кожи. Алгоритм диагностики меланомы кожи представлен на рис. 8.

Таблица 9

Симптоматика и диагностика меланомы кожи

Симптом опухолевой патологии	Тактика ведения пациента	Возможный вид специального лечения
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 кровоточивость родимого пятна, увеличение лимфатических узлов	Клинический осмотр Флуоресцентная диагностика Цитологическое исследование мазков с поверхности опухоли Гистологическое 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)	Хирургическое Комбинированное лечение Лазерная хирургия

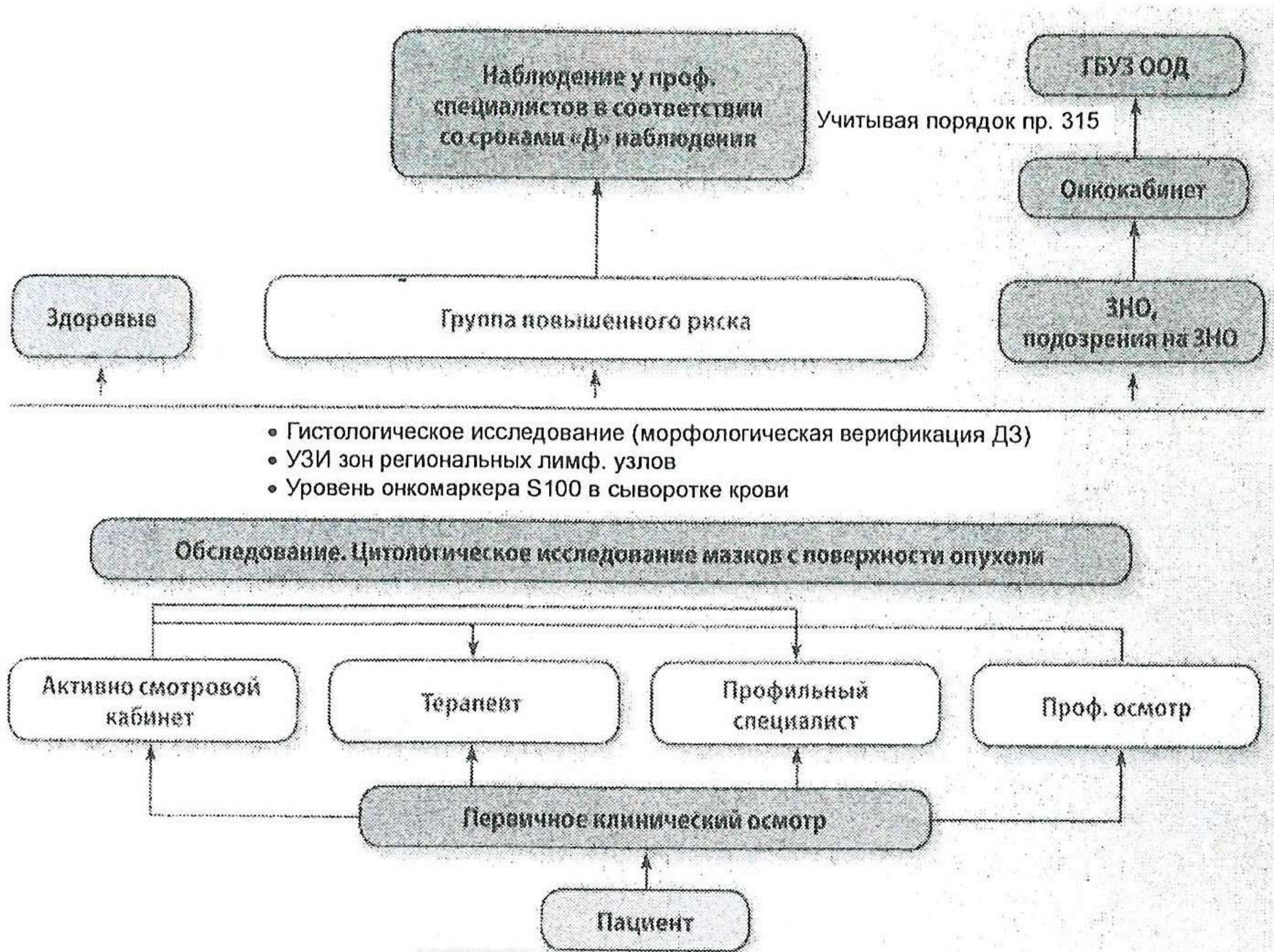


Рис. 8. Алгоритм диагностики меланомы кожи

ДРУГИЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ КОЖИ

В последние годы отмечается тенденция к росту злокачественных опухолей кожи. Ежегодно в Российской Федерации регистрируется более 50 тыс. новых случаев рака кожи. В 2006 г. абсолютное число больных с впервые в жизни установленным диагнозом рака кожи составило 52 997 человек. «Грубый» показатель заболеваемости в 2006 г. достиг 39,4 (на 100 000 населения). Динамика заболеваемости злокачественными новообразованиями кожи характеризуется выраженным положительным трендом. За период 1996–2006 гг. прирост показателя составил 28,6 %. Не случайно в общей структуре злокачественных новообразований злокачественные эпителиальные опухоли кожи (базалиома, плоскоклеточный рак) в большинстве стран стабильно занимают высокие ранговые места (II–IV, а иногда и I). Доля больных с опухолевым процессом I–II стадии составила 94,4 %, III стадии – 3,6 %, IV – 0,7 %.

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 %, Показатель злокачественных новообразований кожи при проведении профилактических осмотров составил 20,2 %. На конец отчетного 2006 г. контингент больных, состоявших на учете в онкологических учреждениях, составил 324 577 человек, из них 104 472 пациентов излечены и наблюдаются 5 лет и более.

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 табл. 10 приведены основные симптомы, методы первичной диагностики и возможные варианты лечения других новообразований кожи.

Таблица 10

Симптоматика и диагностика
злокачественных опухолей кожи

Симптом опухолевой патологии	Тактика ведения пациента	Возможный вид специального лечения
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 кровоточивость родимого пятна Увеличение лимфа-	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 Консультация онколога (уточняющая диагности-	Хирургическое Комбинированное лечение Фотодинамическая терапия Близкофокусная К-терапия Криогенные технологии Ультразвуковая хирургия Лазерная хирургия

Алгоритм диагностики опухолей мягких тканей и костей представлен на рис. 9.

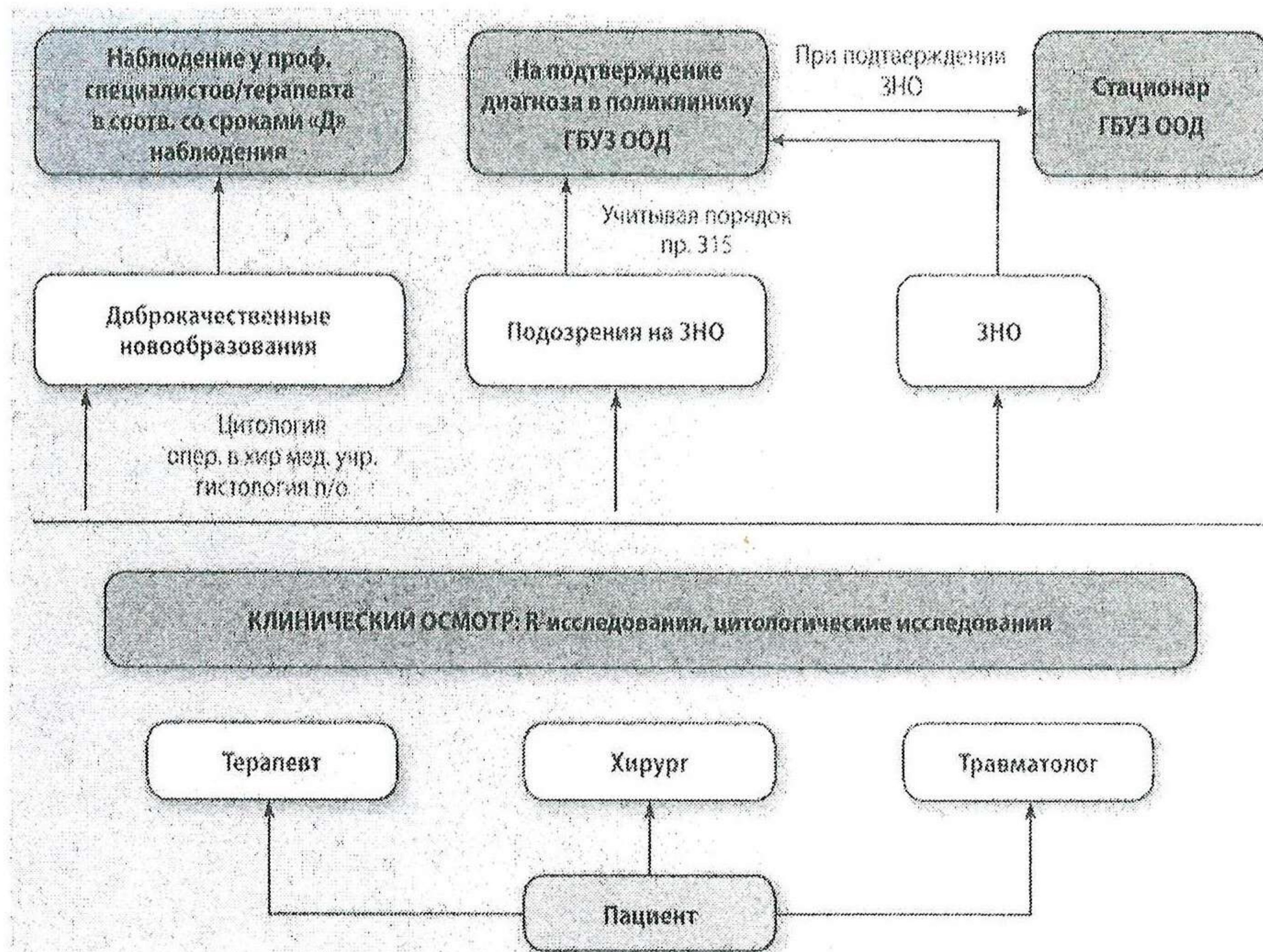


Рис. 9. Алгоритм диагностики опухолей мягких тканей и костей

РАК ШЕЙКИ МАТКИ

Несмотря на определенные успехи, достигнутые в области диагностики и лечения, рак шейки матки (РШМ) продолжает занимать одну из лидирующих позиций в структуре онкологической заболеваемости женской половой сферы. По данным статистики, в России сохраняется тенденция роста заболеваемости и смертности от РШМ. Несмотря на возможности ранней диагностики ежегодно в России диагностируется более 12 000 новых случаев РШМ (в 2006 г. выявлено 12 814 женщин). Больные с опухолевым процессом I–II стадии составили 59,2 %, III стадии – 28,3 %, IV – 10,1 %. Одногодичная летальность составила 19,3 %. При проведении профилактических осмотров выявлено 28,3 % от всех новых случаев РШМ. «Грубый» показатель заболеваемости на 100 000 населения составил 17,3. Прирост заболеваемости за 1996–2006 гг. – 12,7 %. В последние годы отчетливо выражена тенденция роста заболеваемости РШМ в возрасте моложе 35 лет. Это свидетельствует как о низком уровне медико-просветительной работы, проводимой среди населения, так и о недостаточном внимании, уделяемом лечению фоновых и предраковых заболеваний шейки матки у пациенток указанных групп. У врачей-гинекологов практически отсутствует онкологиче-

ская настороженность во время осмотра женщин молодого возраста. Контингент больных на конец отчетного года составил 156 697 женщин, из них 106 120 пациенток излечены и наблюдаются 5 лет и более.

Факторы риска: фоновые (эрозии шейки матки; лейкоплакия; полипы шейки матки; плоские кондиломы) и предраковые процессы – дисплазия (слабая, умеренная, тяжелая). В табл. 11 приведены основные симптомы, методы первичной диагностики и возможные варианты лечения РШМ.

Таблица 11

Симптоматика и диагностика рака шейки матки

Симптом опухолевой патологии	Тактика ведения пациента	Возможный вид 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 ультразвуковое исследование Определение опухолевого маркера 8СС в сыворотке крови Консультация онколога (уточняющая диагностика)	Хирургическое лечение Комбинированное комплексное лечение Органосохраняющие операции Лазерная хирургия Ультразвуковая хирургия Фотодинамическая терапия

РАК ТЕЛА МАТКИ

Рак эндометрия, или рак тела матки, одно из наиболее распространенных заболеваний женской половой сферы. Злокачественные новообразования тела матки выявлены в 2006 г. у 17 131 женщины. Распределение больных по стадиям было следующим: I–II стадии – 76,5 %, III – 12,7 %, IV – 7,0 %. При профилактических осмотрах выявлено 10,9 %. «Грубый» показатель заболеваемости в 2006 г. достиг 22,47 на 100 000 населения. За период 1996–2006 гг. прирост заболеваемости – 22,55 %. Летальность на первом году с момента установления диагноза составила 11,9 %. Контингент больных с данной патологией на конец отчетного года составил 170 838 женщин, из них 102 936 пациенток излечены и наблюдаются 5 лет и более.

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 табл. 12 приведены основные симптомы, методы первичной диагностики и возможные варианты лечения рака тела матки.

Таблица 12

Симптоматика и диагностика рака тела матки

Симптом опухолевой патологии	Тактика ведения пациента	Возможный вид специального лечения
<p>Наиболее частый симптом – маточное кровотечение – непатогномичен для рака эндометрия, особенно у женщин в репродуктивном и 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>Клинический осмотр Осмотр в зеркалах Кольпоскопия Ультразвуковое сканирование с цветным доплеровским картированием Цервикогистероскопия с отдельным диагностическим выскабливанием, морфологическая верификация диагноза по соскобу из цервикального канала и полости матки Гистероскопия с прицельной биопсией Цитологическое и гистологическое исследование Для более точной оценки распространенности процесса проводят КТ и МРТ Консультация онкогинеколога (уточняющая диагностика)</p>	<p>Хирургическое лечение Комбинированное комплексное лечение Гормонотерапия</p>

РАК ЯИЧНИКОВ

По данным Международного агентства по изучению рака (МАИР), ежегодно в мире регистрируется более 160 тыс. новых случаев рака яичников и более 100 тыс. женщин умирают от злокачественных опухолей этого органа. В Российской Федерации ежегодно рак яичников выявляется более чем у

11 тысяч женщин. В 2006 г. выявлено 11 927 женщин с данной патологией. У 34,2 % пациенток рак яичников выявлен в I–II стадиях, у 40,1 % – III стадии, у 22,7 % – IV. Одногодичная летальность составила 28,1 %, активная выявляемость – 10,4 %. «Грубый» показатель заболеваемости на 100 000 населения составил 16,2. За период 1996–2006 гг. прирост заболеваемости злокачественными новообразованиями рака яичников достиг 18,3 %. На конец отчетного 2006 г. контингент больных, состоявших на учете в онкологических учреждениях, составил 78 546 женщин, из них 44 060 пациенток излечены и наблюдаются 5 лет и более.

Факторы риска: отсутствие беременностей и родов, нерациональное применение заместительной гормональной терапии, гормональное медикаментозное лечение бесплодия, наследственные факторы (наличие случаев рака яичников в семье). Алгоритм диагностики рака шейки матки, тела матки, яичников представлен на рис. 10.



Рис. 10. Алгоритм диагностики рака шейки матки, тела матки, яичников

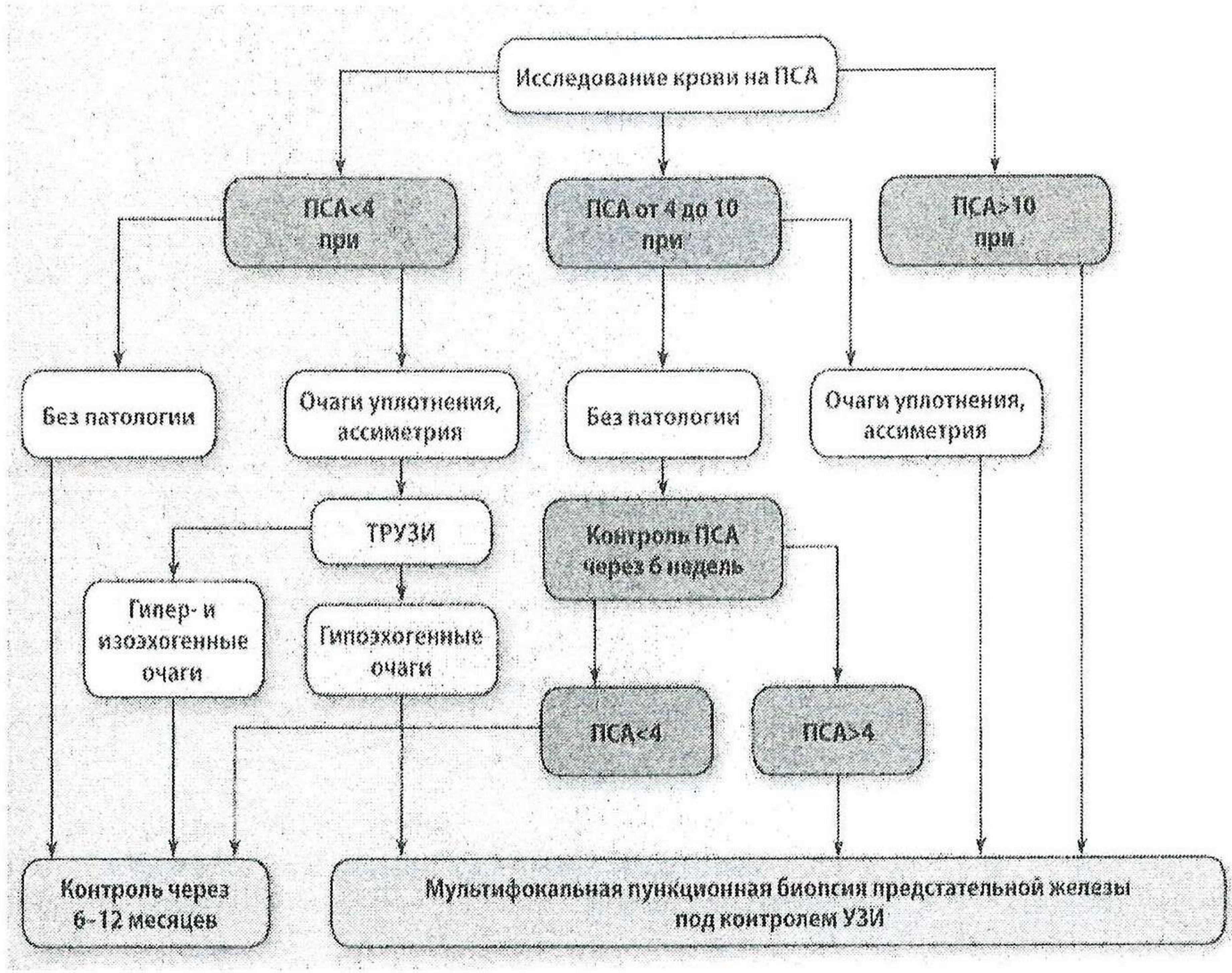


Рис. 12. Алгоритм стандартного обследования для диагностики РПЖ

РАК ПОЧКИ

В 2006 г. в России было выявлено 16 032 случаев рака почки. Удельный вес злокачественных новообразований почек в структуре онкологической заболеваемости составляет 4,0 %. «Грубый» показатель заболеваемости на 100 000 населения составил 11,1 %, стандартизованный показатель – 7,64. Прирост данного показателя за период 1996-2006 гг. достиг 37,1 %. Стандартизованный показатель заболеваемости мужчин в 2006 г. составил 10,69, женщин – 5,6. Активный рост заболеваемости отмечается с 35–39 лет и достигает максимума (4,53) в возрастной группе 50–54 года.

Факторы риска: хронические заболевания почек, кистозное перерождение почек, доброкачественные опухоли. На рис. 13, 14 представлен алгоритм диагностики опухолей почки.

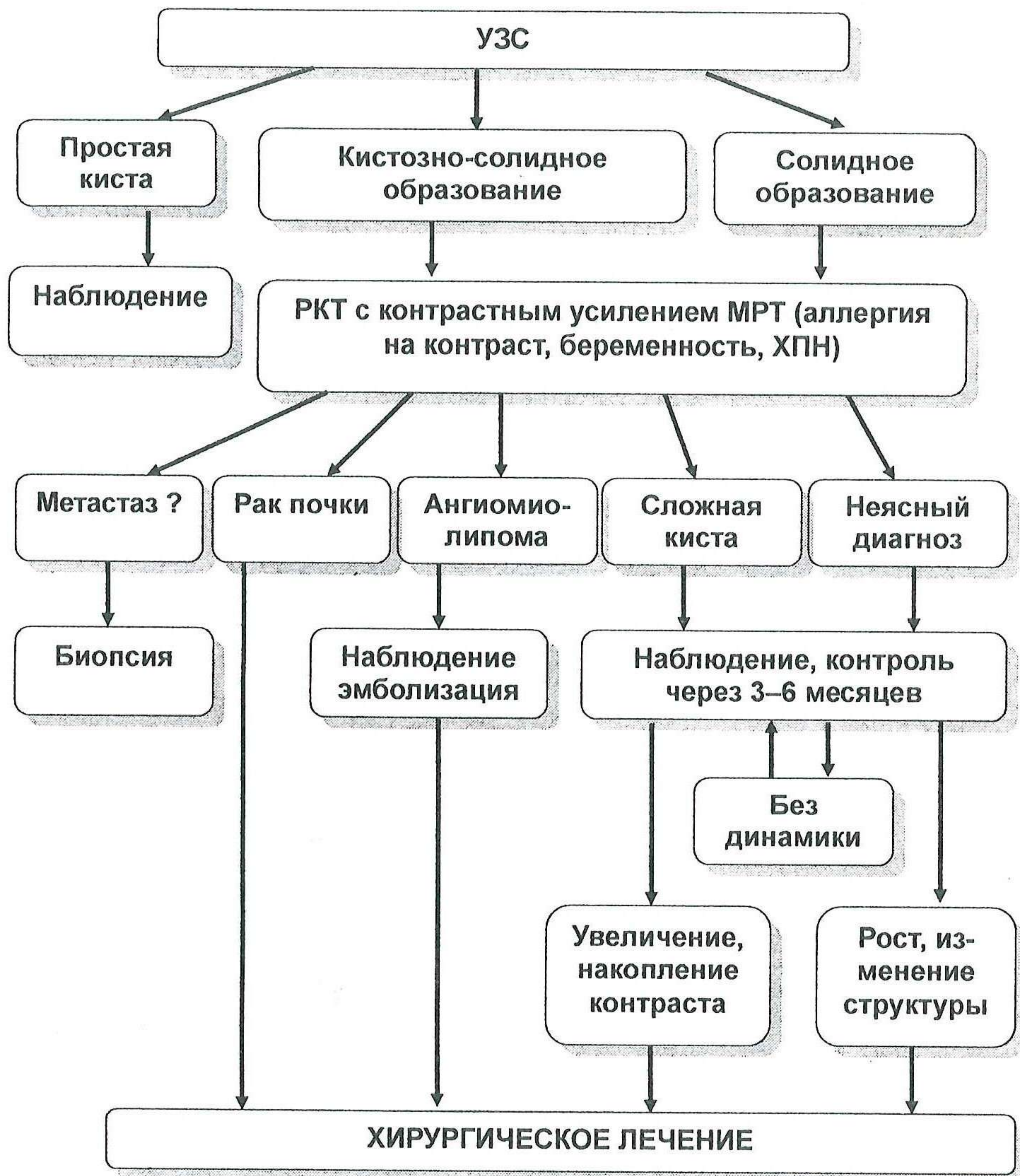


Рис. 13. Алгоритм диагностики опухолей почки



Рис. 14. Диагностический алгоритм

РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Заболеваемость злокачественными новообразованиями щитовидной железы в России имеет тенденцию к росту. Число больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования щитовидной железы в 2006 г. составило 8 582 человек. «Грубый» показатель заболеваемости на 100 000 населения достиг 6,24. Динамика заболеваемости злокачественными новообразованиями щитовидной железы характеризуется выраженным положительным трендом. За период 1996–2006 гг. прирост показателя составил 46,8 %. Доля больных с опухолевым процессом I–II стадии составила 75,0 %, III – 15,4 %. У 8,5 % пациентов при установлении диагноза были выявлены метастазы в отдаленных органах. Активная выявляемость составила 16,7 %. На конец 2006 г. контингент больных, состоявших на учете в онкологических учреждениях, составил 94 478 человек, из них 57 249 пациентов излечены и наблюдаются 5 лет и более.

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. На рис. 15 представлен алгоритм диагностики рака щитовидной железы.



Рис. 15. Алгоритм диагностики рака щитовидной железы

ЗАБОЛЕВАНИЯ КРОВЕТВОРНОЙ И ЛИМФАТИЧЕСКОЙ ТКАНИ

В 2006 г. 21 128 больным в России был установлен диагноз гемобластоза. Доля больных, со злокачественными лимфомами составила 3,9 %, лейкозией – 3,7 %. Выявляемость лимфом I–II стадии составила 33,2 %, III – 20,6 %, IV – 14,4 %. Одногодичная летальность для лимфом – 23,7 %, для лейкозий – 29,6 %. «Грубый» показатель заболеваемости всеми злокачественными новообразованиями кроветворной и лимфатической ткани на 100 000 населения в совокупности составил 15,5, за период 1996–2006 гг. прирост – 24,9 %. На конец отчетного 2006 г. контингент больных со злокачественными новообразованиями кроветворной и лимфатической ткани в совокупности составил 135 428 человек, из них 63 844 пациентов излечены и наблюдаются 5 лет и более.

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.

ДЕОНТОЛОГИЯ И ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ НАСТОРОЖЕННОСТЬ В РАБОТЕ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Взаимоотношения врача с онкологическим больным должны строиться на основе внимания и сочувствия в зависимости от категории больных.

Больные с подозрением на рак. В большинстве случаев предположение о раке и необходимость обследования в онкологическом диспансере возникает, если у больного в течение некоторого времени наблюдаются симптомы какого-либо заболевания, вызывающие тревогу. Этим больным 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 профилактического осмотра), то для таких людей направление к онкологу является неожиданным. Им следует объяснить, что выявленные изменения могут оказаться предопухолевыми и нужно проконсультироваться с онкологом.

Больные с установленным диагнозом – рак. Перед врачом общей практики стоит задача подготовить больного 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. Сообщить больному, что у него рак, не всегда целесообразно, так как из-за распространен-

ности процесса или сопутствующей патологии лечение в онкологическом диспансере может быть невозможным. Лучше ориентировать больного на то, что окончательное решение о выборе метода лечения будет принято после дополнительного обследования больного в онкологическом учреждении. 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, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения пациента, для проведения научных исследований, публикаций в научной литературе, использования этих сведений и в иных целях.

Психологическая подготовка пациента к предстоящему лечению. Больной понимает необходимость тщательного обследования и лечения, но боязнь операции и других видов специального лечения (лучевого, химиотерапевтического) настораживает пациента 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;

– больного пугает неполноценное существование после операции. Такие переживания вполне обоснованы, но поскольку иной возможности излечения нет, то врач обязан убедить больного в необходимости оперативного вмешательства;

– неверие больного в возможность излечения. Обычно это аргументируется на случайных собственных наблюдениях или на негативной информации, полученной от людей, мало сведущих в онкологии. Эти больные находятся в подавленном состоянии. В таких случаях врач должен убедить пациента, 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 в амбулаторных условиях коррекцию имеющихся нарушений, если это возможно. Больному нужно разъяснить, что в стационаре перед решением вопроса об операции ему проведут соответствующее лечение, которое обеспечит безопасность оперативного вмешательства.

ПРОФИЛАКТИКА В ОНКОЛОГИИ

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

Онкогигиеническая профилактика, то есть 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. Такими являются образ жизни и питание человека.

Ведущее значение в оздоровлении образа жизни придается контролю курения. По данным литературы, атрибутивный риск рака легкого, то есть 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 опухоле-

вых 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 нитратнонитритного 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 ммоль этих химических соединений в сутки смертность от рака желудка составляет 6 на 100 000 населения в год (США), а при нагрузке в 4,5 ммоль 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 пластике, нитросоединения появляются в дыму при жарении пищи и т. д. Биохимическому направлению в профилактике онкологических заболеваний придается большое значение, однако реализация возможностей этого направления представляется сложной: 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, особенно резерпина и группы раувольфии. 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 применение цитологических, гистологических, эндоскопических, рентгенологических и других специальных методов обследования.

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.

Список рекомендуемой литературы

1. *Ганцев, Ш.Х.* Онкология: учеб. / Ш.Х. Ганцев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 920 с.
2. *Онкология.* Национальное руководство / под ред. В.И. Чиссова, М.И. Давыдова; науч. ред. Г.А. Франк, С.Л. Дарьялова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 1072 с.
3. *Клинические лекции по онкологии* / под ред. проф. В.Г. Лалетина и проф. А.В. Щербатых. – Иркутск: ИГМУ, 2009. – 212 с.
4. *Чиссов, В.И.* Онкология / В.И. Чиссов, С.Л. Дарьялова. – М.: ГЭОТАР-Медиа 2007. – 560 с.
5. *Давыдов, М.И.* Основы современной онкологии / М.И. Давыдов [и др.]. – М.: ЕШО, 2002. – 240 с.
6. *Онкология.* Клинические рекомендации / под ред. В.И. Чиссова, С.Л. Дарьяловой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 702 с.