

1. Факторы риска развития онкологических заболеваний

Изучение роли различных мутагенных факторов в развитии опухолей выявило ряд из них, которые в большей степени способствуют канцерогенезу. Эти факторы и воздействия были выделены в отдельную группу и названы канцерогенами.

«Канцероген — это агент, который в силу своих свойств может вызвать необратимые изменения или повреждения в тех частях генетического аппарата, которые осуществляют гомеостатический контроль над соматическими клетками» (ВОЗ, 1979).

В соответствии с характером действия выделяют следующие группы канцерогенов: механические, физические, химические и биологические.

Канцерогены химической природы для человека имеют наибольшее значение, поскольку многие из них являются истинными канцерогенами, а распространенность их в окружающей среде чрезвычайно большая. К канцерогенам с большей или меньшей степенью вероятности относятся 10-12% всех химических веществ.

В настоящее время все известные химические канцерогенные вещества подразделяют на классы:

- полициклические ароматические углеводороды;
- ароматические азосоединения;
- ароматические аминосоединения;
- нитросоединения и нитрамины;
- металлы, металлоиды и неорганические соли;
- продукты горения автомобильного и авиационного топлива, табачные смолы.

Все химические канцерогенные соединения обладают рядом общих черт действия: длительный латентный период; зависимость «доза-время-эффект»: чем выше разовая доза вещества, тем короче латентный период и тем выше частота возникновения опухоли; стадийность морфологических изменений. Эти стадии включают диффузную неравномерную гиперплазию, очаговые пролифераты, доброкачественные и злокачественные опухоли.

подавляющее большинство канцерогенных химических соединений имеет антропогенное происхождение, их появление в окружающей среде связано с деятельностью человека. В настоящее время известны многие технологические процессы, при которых могут образовываться полициклические ароматические углеводороды. Это процессы, связанные со сжиганием и термической переработкой топлива и других органических материалов.

Учитывая зависимость от характера действия на организм, химические канцерогены бывают:

- локального действия — вызывающие опухоли на месте аппликации;
- селективного действия — вызывающие опухоли избирательно вне зависимости от места аппликации или путей введения;
- политропного (полиорганный) действия — вызывающие опухоли в различных органах и тканях и разного морфологического строения вне зависимости от места аппликации.

Физические факторы: — солнечная радиация; — ионизирующие излучения.

Биологические факторы. Доказана канцерогенная активность вируса папилломы человека в развитии рака шейки матки, вируса гепатита В — в развитии рака печени.

По данным ВОЗ, на заболеваемость раком большое влияние оказывают следующие факторы: питание (35%), курение (30%), половые отношения, репродукция (10%), профессиональные вредности (3,5%), загрязнение окружающей среды (3,5%), злоупотребление алкоголем (2,7%), наследственность (2,3%), ионизирующая радиация (3,5%).

Наибольшую значимость представляют данные, раскрывающие роль качественного состава пищи в возникновении рака. Одной из составных частей диеты, имеющей отношение к опухоли, является витамин В1 —тиамин. Он играет важную роль в поддержании здорового состояния слизистых оболочек полости рта, глотки, пищевода, желудка и других органов. При недостаточном содержании витамина В1 в пище губы становятся сухими, покрываются чешуйками, трескаются, появляются белесоватые участки. То же самое можно наблюдать на слизистой полости рта, глотки и пищевода.

Главным источником витамина В1 являются свежие фрукты и овощи. Среди других витаминов известна защитная роль витамина А, который также обеспечивает здоровое состояние слизистой пищеварительного тракта. Доказана эффективная роль пищи, обогащенной витаминами комплекса В и С в нормализации пониженной желудочной секреции у больных хроническим гастритом и в заживлении язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Заболеваемость гриппом, дающим многочисленные осложнения, в т. ч. и предопухолевые заболевания, уменьшается в 6 и более раз при профилактическом применении витаминов. Белковая недостаточность также способствует развитию опухолей. Нормальное введение в организм животного полноценного белка оказывает тормозящее влияние на появление самопроизвольно возникающих опухолей молочной железы, печени и кожи.

Наряду с витаминами и белками не меньшую ценность представляют вещества, содержащиеся в луке, чесноке, редьке. Эти растения даже на расстоянии оказывают подавляющее действие на лабораторные культуры опухолевых тканей.

Обильная жиром или растительными маслами пища нарушает обмен веществ, угнетает функцию многих важных желез организма, способствует развитию сердечно-сосудистых заболеваний, понижает общую сопротивляемость организма. Перечисленные факторы могут привести к возникновению предопухолевых и опухолевых заболеваний. Обильный прием углеводов способствует увеличению массы тела, что считается нежелательным моментом в отношении ракового предрасположения.

Особую роль в питании играет режим, т. е. время приема пищи. Следует помнить, что мясо, рыба, бобовые и другие продукты, богатые белком, повышающие возбудимость нервной системы и усиливающие желудочное сокоотделение, должны входить в дневные приемы пищи (завтрак, обед). На ужин рекомендуется употреблять молочные и растительные блюда.

Необходимо ежедневно употреблять достаточное количество клетчатки в виде салатов из сырых овощей, которые способствуют выведению токсических веществ, образующихся в кишечнике. Сырые овощи и фрукты являются основным источником микроэлементов и витаминов. Источником витамина С являются картофель, свекла, капуста, брюква, редис, зеленый лук, салат. Источником витаминов группы В — ржаной и грубый пшеничный хлеб, в то время как высшие сорта хлеба не содержат этого витамина.

Важные витамины содержатся в молоке, яйцах, печени животных и рыб, шпинате, щавеле, моркови, помидорах, в растительных маслах. Перечисленные продукты являются одновременно источником необходимых для организма минеральных веществ (солей натрия, калия, кальция, меди, магния, фосфора, железа).

Курение — один из наиболее распространенных видов наркомании, охватывающий огромное число людей. Курильщики в основном представлены мужчинами, однако за последние десятилетия этот бытовой порок стал присущ и женщинам.

При курении происходит сгорание табака, образуется большое количество разнообразных веществ: никотина, сероводорода, уксусной, муравьиной, синильной и масляной кислот, окиси углерода и др. Многие из них относятся к сильнодействующим ядам. Наиболее вредное действие оказывает никотин, под влиянием которого существенно изменяется полость рта. Страдает сердечная мышца, сокращение которой во время курения значительно учащается. Никотин повышает кровяное давление, нарушает эластичность стенок сосудов, что часто приводит к гипертонической болезни и перемежающейся хромоте (болезнь, вызванная нарушением проходимости сосудов голени и стопы).

Наиболее поражаемыми органами при курении являются органы дыхания. Даже недолгосрочное курение вызывает хронические заболевания глотки, гортани и бронхов. По сведениям многих специалистов, число больных туберкулезом среди курильщиков в 2 раза больше, чем среди некурящих.

Курение табака является одной из предполагаемых причин рака легких. Ученые Американского ракового общества провели статистические исследования, в результате которых были сделаны следующие выводы: чрезмерное курение сигарет увеличивает в 2 раза общую частоту смертности среди населения; в 2 раза — смертность от сердечно-сосудистых заболеваний; среди курящих рак легких бывает в 5 раз чаще, чем среди некурящих. Курение увеличивает вероятность раковых заболеваний того или иного органа в 2,5 раза, а общая продолжительность жизни курящих на 5 лет короче, чем некурящих.

Американский хирург Ч. Камерон пишет: «Человек, который на протяжении 25 лет ежедневно выкуривал 40 сигарет в день, увеличил вероятность заболевания раком легких в 52 раза по сравнению с некурящим. Если ежедневно выкуривать по 20-30 сигарет в течение 25 или более лет, то вероятность заболевания раком легких увеличится в 22 раза по сравнению с некурящими».

Курение повышает также частоту рака пищевода, желчного пузыря и поджелудочной железы. Наиболее благоприятный эффект рационального образа жизни отмечен среди некурящих, не употребляющих спиртные напитки и мясо и ежедневно питающихся свежими овощами.

2. Предраковые состояния и заболевания

Предрак, или предраковое заболевание, — состояние, характеризующееся высоким риском трансформации в злокачественную опухоль.

Предрак — это не онкологическое заболевание и не его начальная стадия. Предопухолевые клетки могут долго существовать без изменений, но при любом предраковом состоянии обязательно нужно лечиться или наблюдаться у врача, чтобы предотвратить развитие онкологического заболевания.

Чаще всего предраковые изменения появляются в клетках эпителия — слоя клеток, который выстилает поверхность (эпидермис) и полости тела, а также слизистые оболочки внутренних органов, желудочно-кишечного тракта, дыхательной системы и мочеполовых путей. Кроме этого, эпителий образует большинство желез организма.

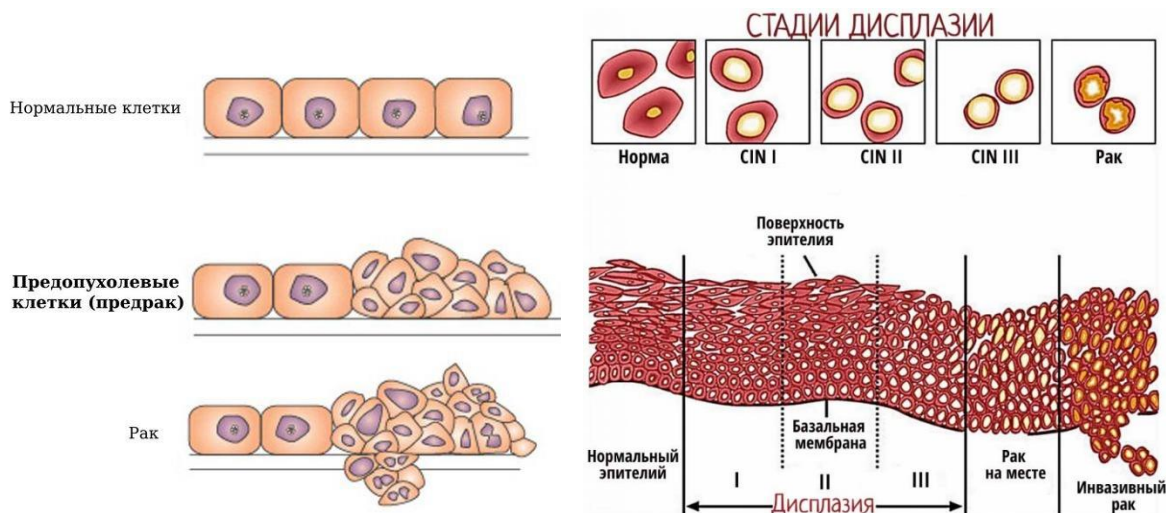
Малигнизация при предраке наблюдается в 0,1-5% случаев. Выявление таких изменений имеет не только теоретическое, но и большое практическое значение. Оно позволяет выделять группы повышенного риска в отношении возможности развития опухоли того или иного органа, предупреждать возникновение опухоли и диагностировать ее как можно раньше.

Среди предраковых морфологии выделяют так называемые фоновые изменения, которые проявляются дистрофией и атрофией, гиперплазией и метаплазией. Сюда относятся практически все хронические воспалительные специфические и неспецифические процессы. Например, в желудке — это хронический гастрит различной этиологии; в легких — хронический бронхит; в печени — хронический гепатит и цирроз; в молочной железе — мастопатия; в щитовидной железе — диффузный и узловой зоб и т. д.

Наибольшее значение среди предраковых изменений в последнее время придают клеточной дисплазии (от греч. *dys* — нарушение, *plasis* — формирование).

В зависимости от выраженности ядерной и клеточной атипии чаще всего используют трехступенную градацию дисплазии: слабо выраженная (Д1), умеренно выраженная (Д2) и выраженная (Д3). С течением времени дисплазия может регрессировать, быть стабильной или прогрессировать. Слабая степень дисплазии практически не имеет отношения к раку, и обратное развитие слабой и умеренной дисплазии наблюдается повсеместно. Чем выраженнее дисплазия, тем меньше вероятность обратного ее развития.

Исходя из того, что одни предраковые состояния обязательно переходят в рак, а другие — не переходят, их подразделяют на облигатный и факультативный предрак.



Состояния факультативного предрака достаточно редко трансформируются в злокачественную опухоль — обычно они связаны с наследственными и врожденными патологиями органов и тканей. К этим состояниям относятся атрофический гастрит и язва, неспецифический язвенный колит, узлы в щитовидной железе, дисгормональная гиперплазия молочных желез, эрозия и лейкоплакия шейки матки.

Облигатный предрак в большей степени обусловлен генетическими факторами: в отличие от факультативного он практически всегда со временем перерождается в злокачественную опухоль. К облигатным предракам относятся семейный полипоз толстой кишки, полипы желудка, пигментная ксеродерма, дерматоз Боуэна.

Таким образом, при ранней онкологической патологии можно выделить 4 последовательные фазы морфогенеза рака: 1 — предраковые состояния — факультативный предрак; 2 — предраковые условия — облигатный предрак; 3 — прединвазивный рак — *carcinoma in situ*, 4 — ранний инвазивный рак.

3. Проведение мероприятий первичной профилактически направленные на снижение канцерогенного прессинга

На современном этапе одной из основных задач онкологической службы является совершенствование организационных технологий профилактики и раннего выявления злокачественных новообразований. В обществе необходимо создать основу мировоззрения у медицинских работников и населения о преимуществах активного участия в профилактических мероприятиях. Для этого нужно знать теоретические основы профилактики.

Профилактика злокачественных новообразований делится на первичную, вторичную и третичную.

Первичная (немедицинская) профилактика направлена на снижение канцерогенного прессинга и повышение противоопухолевой резистентности организма.

Вторичная (медицинская) включает в себя проведение скрининга, профосмотра и формирование групп онкологического риска.

Третичная профилактика направлена на предупреждение и раннюю диагностику рецидивов у онкологических больных, а также развития вторичных опухолей.

Под первичной профилактикой рака понимают систему регламентированных государством социально-гигиенических мероприятий и усилий населения, направленных на предупреждение возникновения опухолей путем устранения или ослабления воздействия неблагоприятных факторов окружающей среды и образа жизни, а также путем повышения неспецифической резистентности организма.

Первичная профилактика рака имеет 2 важных направления: первое заключается в ограничении воздействия на человека наиболее существенных факторов канцерогенного риска; второе состоит в выявлении и учете лиц с повышенной индивидуальной предрасположенностью к развитию злокачественных новообразований с целью последующего первоочередного распространения на них профилактических мер.

Рассматривая первое направление профилактики рака (ограничении воздействия факторов канцерогенного риска), необходимо отметить, что вся современная стратегия первичной профилактики рака в значительной степени строится на исключении или максимальном сокращении воздействий многочисленных канцерогенных агентов из окружающей человека среды, вредных привычек, условий труда, образа жизни, характера питания, качества питьевой воды и т. д.

По данным Информационного бюллетеня ВОЗ № 297 (февраль 2015 г), в 2012 г. наблюдалось 8,2 млн случаев смерти от рака, около 30% из которых вызваны основными факторами риска: высокий индекс массы тела, недостаточное употребление фруктов и овощей, отсутствие физической активности, употребление табака и алкоголя. Поэтому большое значение для профилактики рака имеет осведомленность населения о факторах риска, способствующих развитию тяжелого заболевания. Эта задача в первую очередь должна решаться медицинскими работниками.

Проблема нейтрализации на практике большого числа действующих на человека канцерогенных факторов требует государственного решения организаторами здравоохранения и санитарно-эпидемиологического надзора. Она требует больших затрат и длительного периода времени для реализации. Кроме того, без проведения реальной оценки степени канцерогенного влияния на население конкретной территории невозможно планировать эффективные противораковые мероприятия.

Разработка и реализация профилактических мероприятий во многом зависит от наличия и эффективности функционирования системы информационного обеспечения, использующей современные информационные технологии. В экономически развитых странах уже десятилетия существуют автоматизированные информационные системы (АИС), обеспечивающие получение данных, необходимых для проведения эффективных мероприятий первичной профилактики рака. Так, в Финляндии с 1979 г. действует национальная информационная система профессиональной занятости работников в канцерогеноопасных условиях труда. Подобные АИС, существующие в других странах ЕС и США, позволяют проследить содержание канцерогенов в производственной среде и тенденции профессиональной онкологической заболеваемости, сформировать группы повышенного риска, расставить приоритеты в профилактике рака. В России в рамках подпрограммы «Онкология» федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007-2011 гг.)» поставлена задача создания АИС «База данных канцерогеноопасных предприятий и регистр лиц, имеющих/имевших производственный контакт с канцерогенными факторами»; разработаны новые методические указания по санитарно-гигиенической паспортизации канцерогеноопасных организаций (МУ 2.2.9.2493-09), совместно с компанией «ДЖЕМИС Медицинские системы» создана рабочая версия автоматизированной двухуровневой (муниципалитет—регион) АИС банков данных канцерогеноопасных организаций.

Суть второго направления заключается в выявлении в общей популяции лиц с повышенной индивидуальной предрасположенностью к развитию злокачественных новообразований, но при отсутствии у них на данном этапе проявлений опухолевого роста.

Онкологические заболевания развиваются лишь у относительно небольшой части населения при относительно равных условиях канцерогенного воздействия на них. Обнаружение лиц, более предрасположенных к развитию злокачественных новообразований, чем основная часть популяции, позволило бы обеспечить более адресную первичную профилактику рака. В связи с этим нельзя недооценивать значение *наследственности* в развитии опухолей. Известно, что относительный вклад генетических факторов в формирование предрасположенности к злокачественным новообразованиям

легких составил 12%, злокачественным новообразованиям желудка — 26%, злокачественным новообразованиям молочной железы — 40%.

В 1990 г. на базе лаборатории профилактики канцерогенных воздействий и онкологического диспансера № 4 был создан популяционный Московский онкогенетический регистр (МОГР). Он содержал родословные 6 тыс. онкологических больных, проживающих/проживавших в Южном административном округе г. Москвы с численностью населения около 1,5 млн человек. Проводимый с 1995 г. мониторинг сведений о лицах, включенных в регистр, показал, что при наследственной предрасположенности риск заболеть раком за пятилетний период прослеживания в 5-10 раз превышает популяционные риски. С удлинением периода прослеживания риск нарастает.

4. Вторичная профилактика злокачественных новообразований. Организация работы смотрового кабинета

Вторичная профилактика злокачественных новообразований сводится в первую очередь к проведению профилактических осмотров. Идея проведения массовых профилактических осмотров населения, впервые высказанная в России еще в 1895 г. профессором В. Ф. Снегиревым, была вновь предложена в 1947 г. профессором Н. Н. Петровым и затем подкреплена соответствующим приказом Министерства здравоохранения СССР. Профилактические осмотры населения с целью раннего выявления опухолевых и предопухолевых заболеваний с 1948 г. проводились в стране силами лечебно-профилактической сети ежегодно и охватывали до 20 млн человек. На онкологическую службу была возложена организационно-методическая работа по их осуществлению.

Профилактические осмотры предусматривают однократное обследование по определенной программе для диагностики патологических состояний. Различают периодические комплексные профосмотры определенных групп населения с целью выявления онкологических заболеваний; целевые осмотры, индивидуальные профосмотры больных, впервые посещающих поликлинику в текущем году; осмотры женщин в смотровых кабинетах, плановые — на предприятиях и в сельских районах. Анализ эффективности этих видов осмотров позволил установить, что целевые осмотры оказались неэффективными с медицинской и тем более с экономической точки зрения по сравнению с комплексными.

Недостатком проводимых профилактических осмотров, помимо выбора группы лиц по территориальному или профессиональному признаку, является необходимость проведения трудоемких диагностических процедур (рентгенологического исследования, гастроскопии) большому числу практически здоровых лиц.

Углубленными профосмотрами охватить все население невозможно. Встала задача поиска организованных форм сужения круга обследуемых и четкого планирования индивидуальных профосмотров. Большую роль сыграл анкетный метод, который быстро получил распространение и совершенствование как метод отбора групп онкологического риска.

Создание картотек полицевого учета населения в сочетании с анкетированием легло в основу разработки организационных форм активных профилактических осмотров различных контингентов населения, которые показали положительные и отрицательные стороны в заложенной системе активной профилактической деятельности здравоохранения.

Особое место в системе профилактики и раннего выявления опухолевых и предопухолевых заболеваний занимает смотровой кабинет поликлиники, который по роду своей деятельности осуществляет мероприятия, направленные на раннее выявление опухолевых и предопухолевых заболеваний среди лиц, обращающихся в поликлинику по поводу тех или иных заболеваний. В задачи смотрового кабинета входят также учет лиц с выявленной патологией и их направление к

соответствующему специалисту для уточнения диагноза и организации лечения. В 2015 г. в России функционировало около 5000 смотровых кабинетов в поликлиниках общей лечебной сети.

Смотровой кабинет поликлиники

1. Смотровой кабинет (далее — кабинет) организуется в установленном порядке в амбулаторно-поликлиническом учреждении как самостоятельное подразделение или структурное подразделение данного учреждения и работает в режиме учреждения.

2. Кабинет размещается в отдельной комнате с хорошим освещением, оснащается специальным оборудованием и инструментарием.

3. Работу в кабинете осуществляет медицинский работник (врач, фельдшер, акушерка), прошедший специальную подготовку по онкологии и имеющий соответствующий документ (сертификат, свидетельство).

4. Руководство и контроль над деятельностью кабинета, работой и уровнем профессиональной подготовки специалистов осуществляет заведующий структурным подразделением, в состав которого входит смотровой кабинет, при его отсутствии — заместитель главного врача по лечебной работе.

5. Методическое руководство работой кабинета осуществляет районный онколог, при его отсутствии — онколог территориального онкологического диспансера.

6. Кабинет осуществляет: доврачебный опрос пациентов; проведение профилактического осмотра пациентов, обратившихся впервые в течение года в амбулаторно-поликлиническое учреждение на предмет раннего выявления хронических, предопухолевых и опухолевых заболеваний видимых локализаций; измерение артериального давления; обязательное взятие у всех женщин, обратившихся в кабинет, мазков с цервикального канала и шейки матки и направление их в цитологическую лабораторию для исследования; направление лиц с выявленной патологией к соответствующему специалисту для уточнения диагноза и организации лечения; учет и регистрацию проводимых профилактических осмотров и результатов цитологических исследований по установленным формам первичной медицинской документации; проведение санитарно-просветительной работы среди граждан, посещающих поликлинику.

Профилактический осмотр женщин включает осмотр кожных покровов и видимых слизистых оболочек, осмотр и пальпацию молочных желез, осмотр и пальпацию области щитовидной железы, осмотр и пальпацию живота, периферических лимфатических узлов, осмотр в зеркалах шейки матки и влагалища, бимануальное обследование матки и придатков, пальцевое обследование прямой кишки женщинам старше 40 лет, измерение артериального давления (при наличии жалоб).

Профилактический осмотр мужчин включает осмотр кожных покровов и видимых слизистых оболочек, осмотр и пальпацию области наружных половых органов, области грудных желез, щитовидной железы, живота, периферических лимфатических узлов, пальцевое обследование прямой кишки и области предстательной железы, измерение артериального давления.

Смотровые кабинеты подразделяются на женские и мужские. Основной задачей смотровых кабинетов является проведение профилактического осмотра мужчин возрастной группы от 30 лет, а женщин — от 18 лет (что обусловлено высоким процентом воспалительных и фоновых гинекологических заболеваний в данной возрастной группе) с целью раннего выявления злокачественных опухолей и предопухолевых заболеваний визуальных локализаций (наружные половые органы, молочная железа, щитовидная железа, прямая кишка, губы, органы полости рта, кожные покровы, периферические лимфатические узлы). Эти органы доступны осмотру и пальпации, а также могут быть обследованы с помощью цитологического метода. Опухоли наружных локализаций, которые можно обнаружить в ходе профилактических осмотров, составляют 30% среди всех злокачественных опухолей у лиц обоих полов и почти 40% — у женщин. Рекомендуемая периодичность посещения смотрового кабинета для женщин — раз в 2 года, для мужчин — раз в 3 года.

Осмотр в смотровом кабинете проводит специально подготовленная по диагностике ЗНО (злокачественные образования) медицинская сестра (акушерка), фельдшер или врач. Необходимым условием допуска к работе в смотровом кабинете является их подготовка (повышение квалификации в объеме не менее 144 часов) на базе учреждения, имеющего лицензию на образовательную деятельность, где они проходят обучение основным диагностическим навыкам и методам выявления предопухолевых заболеваний и злокачественных новообразований наружных локализаций. Такая подготовка и тесная связь в повседневной деятельности медицинских работников смотровых кабинетов и онкологов повышают эффективность этой формы профилактических обследований. Методическое руководство работой кабинета осуществляет районный онколог, при его отсутствии — онколог территориального онкологического диспансера.

5. Порядок работы смотрового кабинета

«Профилактическое обследование в смотровом кабинете должно носить массовый поточный характер. Для обеспечения массового охвата населения обследованием смотровой кабинет должен работать на протяжении полного рабочего дня поликлиники, т. е. в две смены. С этой целью в штатном расписании поликлиники следует предусмотреть две ставки специалиста, работающего в смотровом кабинете. Для активного привлечения посетителей в смотровой кабинет нужно проводить разъяснительную работу. Для этого участковые (семейные) врачи и специалисты различного профиля на приеме должны объяснять важность профилактического обследования в смотровом кабинете ввиду бессимптомного течения начальных форм злокачественных опухолей и предопухолевых заболеваний, лечение которых предотвращает развитие рака. Важная роль в разъяснительной работе о важности профилактических обследований принадлежит работникам отделения профилактики амбулаторно-профилактических учреждений. Не подлежат направлению в смотровой кабинет пациенты с острыми процессами, резкими болями, высокой температурой, с заболеваниями, требующими неотложной помощи. Такие больные должны пройти обследование в смотровом кабинете после стихания острых явлений.

Нагрузка смотрового кабинета с учетом требований к качеству осмотра, при котором подвергаются обследованию все органы, доступные осмотру и пальпации, составляет для женского кабинета 4 человека в час, для мужского — 5. Оптимальным представляется организация в поликлинике раздельно мужского и женского смотровых кабинетов. При отсутствии такой возможности целесообразно организовать работу смотрового кабинета таким образом, чтобы прием женского и мужского населения осуществлялся посменно с ежедневным чередованием часов приема.

Медицинские учреждения, получившие списки больных из закрепленных за ними смотровых кабинетов, должны в 10-дневный срок пригласить указанных в списке пациентов к дообследованию и санации. К концу месяца в список должны быть внесены дата обращения пациента для дообследования и уточненный диагноз. Активное привлечение на дообследование, внесение уточненных диагнозов в списки смотрового кабинета, находящиеся у старшей сестры МО, являются обязанностью медицинских сестер, работающих в кабинете профильного специалиста. Врач должен со всей тщательностью отнестись к осмотру пациента, при показаниях обеспечить ему необходимое обследование; при отсутствии патологии успокоить пациента, не подрывая при этом авторитет медицинского работника смотрового кабинета, подчеркнуть необходимость профилактических осмотров в дальнейшем, отметить в амбулаторной карте, что пациент направлен из смотрового кабинета.

На основании заключительных врачебных диагнозов и собственной документации медицинский работник подводит итоги проведенной работы с указанием числа и возраста обследованных (первичных и повторных), числа проведенных цитологических исследований.

Число больных с различными патологическими состояниями, выявленными при профилактическом обследовании в смотровом кабинете, указывают только по уточненным диагнозам. Также указывается число больных с выявленной патологией, оставшихся без врачебного дообследования. Проверяется обращение направленных из смотрового кабинета пациентов к специалистам по спискам, представляемым в МО. Ежеквартально медицинский работник смотрового кабинета составляет отчет по всем показателям для руководства поликлиники и районного онколога. Вопросы работы смотрового кабинета должны заслушиваться 2 раза в год на врачебных и сестринских конференциях. Анализ работы смотрового кабинета проводится совместно руководством поликлиники и онкологом района. Основным критерием работы смотрового кабинета служит выявляемость предопухолевых заболеваний и рака, а также процент активного выявления рака.

6. Правила организации деятельности кабинетов и отделений профилактики злокачественных новообразований

Деятельность отделений профилактики ЗНО регулируется Приказом Министерства здравоохранения России от 19.02.2021 №116н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях».

Отделения профилактики злокачественных новообразований (ЗНО) — это специализированные подразделения в системе онкологической помощи, направленные на раннее выявление и профилактику онкологических заболеваний. Такие отделения могут быть:

Первичными онкологическими кабинетами (отделениями) — первичное звено в организации специализированной онкологической помощи населению при поликлиниках. Возглавляют кабинет врачи-онкологи, которые консультируют поликлинических врачей по вопросам диагностики онкологических больных и профилактических осмотров населения.

Отделениями медицинской профилактики — могут быть в онкологических диспансерах, где проводят комплекс профилактических мероприятий, направленных на снижение смертности от ЗНО.

Деятельность отделений профилактики ЗНО направлена на:

Первичную профилактику — предупреждение возникновения злокачественных опухолей и предшествующих им предопухолевых состояний. Например, организация санитарно-просветительной работы, пропаганда здорового образа жизни, рационального питания.

Вторичную профилактику — активное обследование практически здоровых людей, выявление предраковых заболеваний и ранних стадий злокачественных опухолей, их своевременное лечение.

Третичную профилактику — предупреждение прогрессирования уже возникшей злокачественной опухоли (генерализации, рецидива) путём своевременного применения рациональных методов лечения, а также квалифицированного осмотра и специального обследования лиц, получивших полный курс первичного лечения.

Функции отделений профилактики ЗНО:

- Учёт больных ЗНО, проживающих на территории деятельности, контроль за своевременным направлением извещений на них в онкологические диспансеры.

- Консультативная и диагностическая помощь больным со ЗНО и с подозрением на них, при необходимости — направление больного в онкологический диспансер.

- Диспансерное наблюдение за больными со ЗНО и некоторыми формами предопухолевых заболеваний.

- Консультации и патронаж на дому больных со ЗНО (по показаниям).

- Контроль за своевременной госпитализацией больных для специального, паллиативного и симптоматического лечения, анализ причин отказов от госпитализации.

- Методическая помощь врачам общей сети по организации профилактических осмотров, диспансеризации больных с предопухолевыми и хроническими заболеваниями, санитарно-просветительной работы среди населения.

Для профилактики ЗНО отделения могут использовать - Профилактические осмотры населения, которые проводятся медицинскими работниками общей лечебной сети.

Целевые профилактические осмотры — их осуществляют выездные бригады онкологов.

Участие в организации учёбы кадров — проведение семинаров и научно-практических конференций для медработников по онкологической настороженности, профилактике ЗНО, их ранней диагностике.

С целью переработки и анализа большого объема информации разработаны унифицированные госпитальные и популяционные раковые регистры, которые по мере их внедрения на местах объединены в единую сеть онкологической службы.

Следует отметить, что анализ заболеваемости злокачественными новообразованиями и смертности от них, оценка состояния специализированной помощи онкологическим больным возможны только в системе автоматизированных популяционных раковых регистров. Длительное прослеживание пациентов в системе канцеррегистра—точный и единственно надежный метод изучения показателя выживаемости онкологических больных. Популяционный мониторинг злокачественных новообразований позволяет анализировать медицинские, научные, экономические и социальные аспекты в клинической онкологии.

В нашей стране есть опыт создания отделения профилактики и индивидуального прогнозирования злокачественных новообразований в ГУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер» в 1995 г. Целью создания отделения явились разработка и внедрение в практику комплекса профилактических мероприятий, направленных на снижение смертности от злокачественных новообразований.

Приоритетные задачи отделения: координация мероприятий санитарно-просветительной работы по проблемам профилактики рака; формирование регистров предрака высокого риска; организация и проведение лечебно-профилактических мероприятий лицам данных регистров; обучение специалистов общей лечебной сети формированию групп высокого и повышенного онкологического риска.

Открытие отделения профилактики способствовало положительным тенденциям состояния онкологической помощи. Произошли увеличение удельного веса больных злокачественными новообразованиями, выявленных на профилактических осмотрах, улучшение ранней диагностики рака, стабилизация смертности.

7. Формирование групп повышенного онкологического риска

Формирование групп повышенного онкологического риска на начальном этапе работы с населением по выявлению ЗНО является принципиально важным моментом в работе онкологической службы, поскольку резко сужает круг поиска лиц, нуждающихся в углубленном обследовании, значительно сокращает затраты на проведение профилактических осмотров, занятость врачей и использование диагностической аппаратуры. При этом в группу повышенного онкологического риска на основе совокупного учета генетических и негенетических факторов риска попадает около 30-40% исследуемых лиц.

Технология такой работы с населением состоит из нескольких последовательно реализуемых этапов.

На первом этапе осуществляется сбор персонифицированной информации с помощью специально разработанного вопросника, который включает около 80 вопросов об индивидуальных факторах онкологического риска, сгруппированных в следующие блоки: экологические, профессиональные, социально-бытовые, вредные привычки, особенности и характер питания, а также медико-биологические

и наследственные. На основе комплексного анализа полученной информации рассчитывается индивидуальный риск развития ЗНО для обследуемого человека. Лица, имеющие высокий индивидуальный риск развития ЗНО той или иной локализации, включаются в группу повышенного онкологического риска, требующую диспансеризации и проведения ежегодных медицинских профилактических осмотров и углубленного обследования с целью ранней диагностики рака.

Данная методика отбора в группу повышенного риска применяется на исследуемой территории ко всему взрослому населению, большая часть которого — абсолютно здоровые люди или считающие себя таковыми и не предъявляющие никаких жалоб. Для ранней и своевременной диагностики ЗНО это очень важно, поскольку рак на начальных стадиях развития клинически почти не проявляется и имеет скрытое течение. Исходя из этого факта, все скрининговые программы, основанные на выявлении клинических симптомов проявления опухолевого роста, обречены на низкую эффективность, поскольку клинические проявления уже свидетельствуют о далеко зашедшем случае рака.

На втором этапе начинается работа непосредственно с лицами, у которых был отмечен повышенный риск развития ЗНО. Среди этого контингента практически здоровых людей необходимо организовать активное выявление опухолевых заболеваний. По результатам анамнестического скрининга, лица, предъявляющие какие-либо жалобы и уже имеющие симптомы клинического проявления болезни, направляются к специалистам и подвергаются углубленному обследованию в первую очередь. Остальные обследуются в плановом порядке.

На третьем этапе проводится работа по лабораторно-инструментальному обследованию и консультированию пациентов у узких специалистов. Используются все необходимые для полноценной диагностики ЗНО методы исследования (рентгенологический, эндоскопический, ультразвуковой, морфологический и др.). Очевидно, что осуществление диагностики ЗНО, особенно их ранних форм, практически невозможно без инструментальных и морфологических методов обследования пациентов. Проводимые в настоящее время рутинные массовые медицинские осмотры, основанные на лабораторном исследовании крови, мочи, данных флюорографии и визуальном осмотре пациентов, не могут решить проблему диагностики ЗНО легкого, желудка, молочной железы и служить базисом для их ранней диагностики. Поэтому всем лицам, отнесенным к группе повышенного онкологического риска, в порядке установленной очередности предлагается пройти углубленное лабораторно-инструментальное обследование с целью выявления заболевания опухолевой природы. Для ограниченной группы лиц с повышенной предрасположенностью к ЗНО вполне оправданно проведение исследований на специфические опухолюассоциированные маркеры. При массовых обследованиях такие исследования затруднены трудоемкостью и высокой стоимостью.

Во всех развитых странах уделяется внимание как первичной, так и вторичной профилактике онкологических заболеваний. По мировой практике на профилактику выделяется 30% финансовых средств, на лечение — 50%, на реабилитацию — 20%. В России из средств ОМС на профилактику расходуется 6%, на лечение — 94%, на реабилитацию — 0%. В настоящее время ставится вопрос о необходимости перехода от медицинского страхования к страхованию здоровья.

8. Клинические группы диспансерного наблюдения

I клиническая группа делится на 2 подгруппы.

«1 А клиническая группа:

- больные с заболеваниями, подозрительными на злокачественное новообразование, состоят на учете в онкологических учреждениях;
- сроки диспансеризации больных клинической группы 1а соответствуют 10 дням со дня взятия на учет с заболеванием, подозрительным на злокачественное новообразование, что достаточно для углубленного обследования пациента с целью установления окончательного диагноза;

— при подтверждении диагноза злокачественного новообразования больного переводят в другую клиническую группу; если диагноз не подтвердился — снимают с учета.

1Б клиническая группа:

— больные с предопухолевыми заболеваниями.

Факультативный предрак — это патологическое состояние, на основе которого может развиваться рак. Наблюдают больных с факультативным предраком специалисты по профилю (в зависимости от пораженного органа).

Облигатный предрак — это предопухолевое патологическое состояние, которое характеризуется высокой частотой озлокачествления. Наблюдают таких больных онкологи. При хирургическом лечении предопухолевых заболеваний строго обязательным является гистологическое исследование удаленного очага. После радикального лечения предракового заболевания больные подлежат активному диспансерному наблюдению в течение 2 лет, после чего при отсутствии рецидива заболевания их снимают с диспансерного учета.

II клиническая группа — больные со злокачественными опухолями, подлежащие специальному лечению.

Ко II клинической группе относят больных со злокачественными новообразованиями, которые в результате применения современных схем лечения могут быть полностью избавлены от злокачественного новообразования, а также больных, у которых может быть достигнута длительная ремиссия.

В составе II клинической группы выделяется подгруппа II А—больные, подлежащие радикальному лечению. Под радикальным лечением следует понимать применение современных методов лечения опухолевого процесса, направленных на полное излечение больного от опухоли. В клиническую подгруппу II А следует относить больных с ограниченным развитием опухолевого процесса (в основном I и II стадии заболевания).

III клиническая группа — практически здоровые лица (после проведенного радикального лечения).

К III клинической группе относят пациентов, являющихся практически здоровыми лицами, находящимися под динамическим наблюдением онкологического учреждения после проведенного по радикальной программе лечения злокачественного новообразования. Пациентов этой группы в случае возникновения у них рецидивов заболевания или метастазирования новообразования переводят во II клиническую группу для специального лечения (хирургического, лучевого и др.) или в IV клиническую группу, если проведение специального лечения не показано в связи распространенностью процесса.

IV клиническая группа — больные с распространенным процессом заболевания злокачественной опухолью, подлежащие симптоматическому лечению.

К IV клинической группе относят больных с распространенными формами злокачественного новообразования, радикальное лечение которых уже невозможно даже в том случае, если им намечено проведение хирургического, комбинированного, комплексного и других видов лечения с паллиативной (симптоматической) целью. В IV клиническую группу входят больные, которые ранее входили во II клиническую группу, но не получили специального лечения по различным причинам (отказ от лечения, тяжелое соматическое состояние и т. д.). Больных IV клинической группы наблюдают участковые врачи, консультируют их онкологи.

9. Диспансерное наблюдение за больными со злокачественными опухолями

Диспансерное наблюдение за больными со злокачественными опухолями осуществляется в онкологическом диспансере, диспансерном онкологическом отделении и онкологическом кабинете поликлиники общей лечебной сети. На этих больных составляется «Контрольная карта диспансерного

наблюдения (онко)» (форма № 030-6/У). На больных преинвазивным раком также заполняются контрольные карты, которые хранятся отдельно и в статистическую отчетность не включаются.

Контрольная карта заводится на основании:

— «Извещения о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования» (форма № 090/У);

- «Выписки из медицинской карты стационарного больного злокачественным новообразованием» (форма № 027-1/У);

- «Протокола на случай выявления у больного запущенной формы злокачественного новообразования» (форма № 027-2/У);

- «Медицинской карты амбулаторного больного» (форма № 025/У);

- «Медицинской карты стационарного больного» (форма № 003/У).

Приказ МЗ РФ № 915н (15.11.12) «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями»: Больные с онкологическими заболеваниями подлежат пожизненному диспансерному наблюдению в первичном онкологическом кабинете или первичном онкологическом отделении медицинской организации, онкологическом диспансере или в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями. Если течение заболевания не требует изменения тактики ведения больного, диспансерные осмотры после проведенного лечения осуществляются:

- в течение первого года — 1 раз в 3 месяца;

- в течение второго года — 1 раз в 6 месяцев;

- в дальнейшем — 1 раз в год.

Территориальное онкологическое учреждение, осуществляющее динамическое наблюдение за больным, должно уведомлять наблюдающегося о необходимости явиться на очередной диспансерный осмотр непосредственно или путем внесения запроса в онкологический кабинет, обслуживающий соответствующую административную единицу территории, а также получать информацию о состоянии пациента. Больные, о которых диспансер не имел сведений в течение отчетного года, считаются выбывшими из-под наблюдения.

Все онкологические больные находятся под диспансерным наблюдением пожизненно.

Клиническая группа у больных с установленным впервые диагнозом злокачественного новообразования определяется на основании результатов обследования больного до начала лечения.

У больных со злокачественными опухолями внутренних органов, подвергнутых операции, клиническая группа определяется с учетом операционных находок.

Кроме клинических групп больные с впервые установленным диагнозом злокачественного новообразования распределяются по стадиям заболевания (I, II, III, IV).

Если диагноз злокачественного новообразования не подтвердился, больной снимается с учета, а контрольная карта изымается из картотеки. Если же больному был взят на учет в предыдущие отчетные годы, то его контрольная карта, в случае неподтверждения диагноза, остается в картотеке до конца отчетного года с отметкой «диагноз не подтвердился», а затем изымается.

Стадия распространения опухолевого процесса устанавливается к моменту окончания клинического обследования, а если больному подлежит хирургическому лечению — до операции. Указанная стадия остается неизменной в течение всего периода диспансерного наблюдения за больным.

Контрольные карты являются основным оперативным документом для контроля над состоянием здоровья онкологических больных и для составления «Отчета о больных со злокачественными новообразованиями». Для наблюдения за больными создается картотека из контрольных карт, которые могут быть распределены по клиническим группам, районам и по локализации злокачественной опухоли. Картотека должна быть централизованной, т. е. сведения из онкологических кабинетов или от врачей,

ответственных за онкослужбу в районе, обо всех больных со злокачественными опухолями систематически должны поступать в онкологический диспансер республики, края, области, города.

«Выписка из медицинской карты стационарного больного со злокачественным новообразованием» (форма № 027-1/У) необходима для наблюдения за состоянием здоровья больных со злокачественными опухолями, более полного учета и изучения отдаленных результатов лечения.

Срок хранения «Выписки» — 10 лет.

«Протокол на случай выявления у больного запущенной формы злокачественного новообразования» (форма № 027-2/У) заполняется в целях контроля и изучения случаев позднего выявления злокачественных новообразований на всех больных с IV стадией опухолевого процесса (при визуальных локализациях опухоли — с III стадией), а также взятия больного на учет.

Срок хранения «Протокола» — 5 лет.

Учетная форма № 090/У «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования» заполняется на каждого больного, которому диагноз злокачественного новообразования установлен впервые в жизни. Извещение заполняется на онкологических больных, выявленных при их самостоятельном обращении в поликлинику за медицинской помощью, выявленных при диспансеризации населения и периодических профилактических осмотрах, медицинском освидетельствовании, обследовании в стационаре, во время операции, на вскрытии, при сверке сведений об умерших от злокачественных новообразований с данными загсов и статистических управлений, если выясняется, что диагноз установлен после смерти.

Извещение по форме № 090/У с отметкой «Учен посмертно» заполняется на умерших от злокачественных новообразований, не состоявших на учете в онкологическом учреждении при жизни. Заполненные регистрационные формы № 090/У

«Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования» в течение 3 дней должны быть направлены в онкологические учреждения (кабинет, отделение, онкологический диспансер) территориального (областного, республиканского, краевого) уровня по месту постоянного жительства больного.

Срок хранения «Извещения о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования» — не менее 3 лет.

Форма № 030-6/ГРР «Регистрационная карта больного со злокачественным новообразованием» — это основной оперативный документ для формирования информационного массива популяционного ракового регистра.

10. Онкологический скрининг

На современном этапе онкологическая доктрина предполагает, что при планировании организационных мероприятий по профилактике злокачественных новообразований следует исходить из концепции необходимости раннего выявления рака. При этом должны применяться методы, которые могут обеспечить соблюдение следующих условий:

- 1) практически доступное обследование достаточно больших контингентов;
- 2) минимально допустимая частота ложноотрицательных результатов обследования;
- 3) приемлемая частота ложноположительных результатов обследования;
- 4) безвредность обследования.

Наиболее прогрессивными и проверенными практикой методами раннего выявления злокачественных опухолей признаны медицинские профилактические осмотры населения с использованием различных методов скрининга.

Скрининг — общепризнанный организационный метод, используемый в медицине для массового обследования населения с целью выявления отдельного заболевания, группы заболеваний или факторов,

способствующих их развитию (факторов риска). Целью скрининга и основным критерием его эффективности является снижение смертности с помощью активного выявления и лечения рака среди людей, у которых еще нет симптомов заболевания. Общеизвестна значимость раннего выявления онкологических заболеваний, поскольку именно оно определяет продолжительность жизни больного, успех/неуспех проводимого лечения. Скрининг сегодня является единственным путем диагностики доклинического рака.

Необходимо четко отличать скрининг от ранней диагностики, т. е. выявления заболевания у больных, которые сами обратились за медицинской помощью и имеют те или иные жалобы и симптомы. Скрининг не всегда эффективен, что противоречит укоренившемуся среди врачей мнению, будто любой скрининг должен дать положительный результат.

Для оценки эффективности скрининга необходимо проведение контролируемых исследований, желательно с рандомизацией. Хороший пример использования этого метода — работы, посвященные маммографическому скринингу рака молочной железы и скринингу рака толстой кишки с применением теста на скрытую кровь. Об эффективности того или иного метода скрининга можно предварительно судить на основании результатов эмпирических исследований: проспективных (когортных) и ретроспективных (методом «случай-контроль»). Снижение смертности от рака в регионе, в котором проводился скрининг, по сравнению с регионами, в которых скрининг не проводился, также может служить подтверждением эффективности скринингового теста. Но для этого требуется длительное наблюдение за популяцией; кроме того, необходимо исключить другие возможные причины снижения смертности. Известно, что эффективность цитологического скрининга рака шейки матки была ретроспективно подтверждена на основании сравнения смертности от рака этого органа в Исландии и Финляндии, где проводился массовый цитологический скрининг женского населения, и Дании, где организованной программы скрининга рака шейки матки не было. Скрининг должен привести к снижению смертности от той формы рака, для преклинического выявления которой он проводится. Промежуточные признаки эффективности метода — снижение частоты выявления распространенных форм, увеличение частоты выявления ранних форм рака и улучшение выживаемости.

Для планирования скрининговых программ необходимо учитывать следующие критерии целесообразности его проведения. Предполагаемая для скрининга форма рака должна быть важной проблемой здравоохранения для страны или региона, где проводится скрининг, т. е. заболеваемость и смертность должны быть высокими. Скрининг редких опухолей проводить не рекомендуется. Например, для России по этому критерию целесообразно проводить скрининг рака легкого, молочной железы, желудка, толстой кишки, шейки матки. В то же время целесообразность проведения скрининга рака простаты в нашей стране сомнительна, так как заболеваемость и смертность от рака этого органа относительно низки.

Скрининг должен быть направлен на выявление образований, которые прогрессируют, дают метастазы и, соответственно, могут привести к смерти. Нецелесообразно проводить скрининг тех форм рака, которые, несмотря на активное выявление на преклинических стадиях и соответствующее лечение, прогрессируют, метастазируют и приводят к смерти больного. В то же время скрининг, направленный на выявление образований, которые в его отсутствие никогда себя не проявляют и, соответственно, не могут быть причиной заболевания и смерти, является лишней тратой времени и ресурсов и, что самое главное, зачастую наносит вред здоровью человека.

Методы скрининга должны быть просты в выполнении и низкой стоимости.

Необходимые условия эффективности программы массового скрининга:

- 1) разработка протокола программы;
- 2) подготовка специалистов, участвующих в программе;
- 3) определение населения, которое будет охвачено скринингом, создание базы данных;
- 4) персональное приглашение;

- 5) пропаганда программы в СМИ;
- 6) проведение пилотного исследования;
- 7) оценка эффективности программы на всех ее этапах: — процент прошедших скрининг из числа приглашенных; — процент выявленных случаев рака (и на какой стадии);
 - процент ложноположительных результатов;
 - процент ложноотрицательных результатов;
 - процент интервальных раков;
- 8) мониторинг всех этапов программы:
 - методы лечения выявленного образования;
 - выживаемость;
 - смертность.

Методы скрининга рака, эффективность которых доказана:

- маммографический скрининг РМЖ у женщин 50-69 лет;
- цитологический скрининг предрака и РШМ;
- скрининг рака и предрака толстой кишки с помощью теста на скрытую кровь.

Методы скрининга, эффективность которых находится на стадии изучения:

- скрининг рака предстательной железы: тест на ПСА;
- маммографический скрининг рака молочной железы у женщин моложе 50 лет;
- скрининг РШМ: тестирование на ВПЧ;
- скрининг рака толстой кишки: сигмоидоскопия;
- скрининг рака легкого: низкодозовая спиральная компьютерная томография СКТ;
- скрининг рака желудка: тестирование на *Helicobacter pylori* + гастроскопия;
- скрининг рака яичника: СА125 (онкомаркер рака яичника) + УЗИ;
- скрининг рака кожи (меланома): визуальное обследование;
- скрининг рака полости рта: визуальное обследование.

Методы скрининга, неэффективность которых доказана: — скрининг рака легкого: рентгенография грудной клетки; — скрининг РМЖ: самообследование.

Скрининг злокачественных опухолей играет важную роль в снижении смертности, а в некоторых случаях (когда речь идет о выявлении предрака) — и снижении заболеваемости. В связи с этим разработка новых методов скрининга, включая выявление молекулярных маркеров ранних стадий канцерогенеза, имеет большое значение для профилактики злокачественных новообразований.

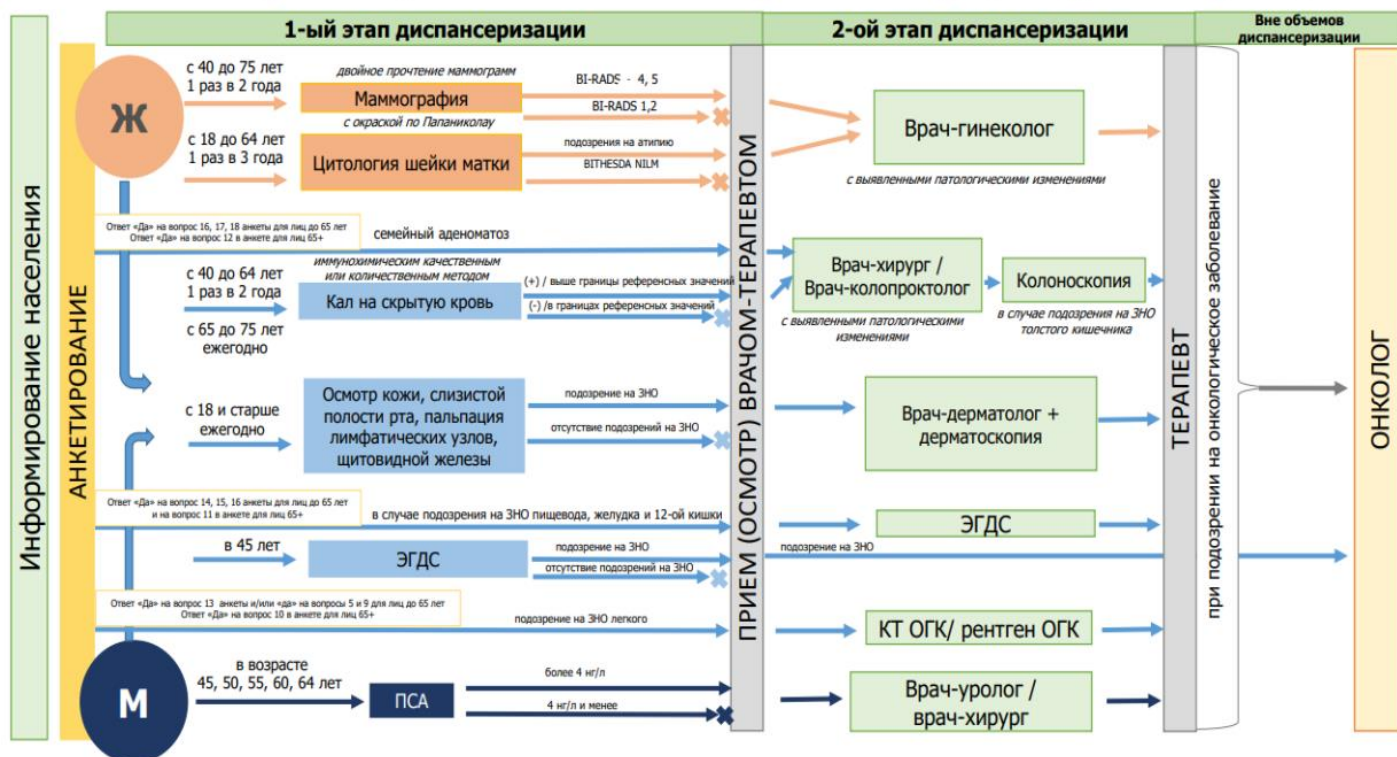
11. Перечень мероприятий скрининга и методов исследований, направленных на раннее выявление онкологических заболеваний

В рамках профилактического медицинского осмотра или первого этапа диспансеризации проводятся:

а) скрининг на выявление злокачественных новообразований шейки матки (у женщин): в возрасте 18 лет и старше - осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом 1 раз в год; в возрасте от 18 до 64 лет включительно - взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка 1 раз в 3 года (за исключением случаев невозможности проведения исследования по медицинским показаниям в связи с экстирпацией матки. Цитологическое исследование мазка (соскоба) с шейки матки проводится при его окрашивании по Папаниколау (другие способы окраски не допускаются). Цитологическое исследование мазка (соскоба) с шейки матки может проводиться по медицинским показаниям без учета установленной периодичности); Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 апреля 2021 г. N 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения»

б) скрининг на выявление злокачественных новообразований молочных желез (у женщин): в возрасте от 40 до 75 лет включительно - маммография обеих молочных желез в двух проекциях с двойным прочтением рентгенограмм 1 раз в 2 года (за исключением случаев невозможности проведения исследования по медицинским показаниям в связи с мастэктомией. Маммография не проводится, если в течение предшествующих 12 месяцев проводилась маммография или компьютерная томография молочных желез);

Схема организации онкологического скрининга в процессе диспансеризации



в) скрининг на выявление злокачественных новообразований предстательной железы (у мужчин): в возрасте 45, 50, 55, 60 и 64 лет - определение простат-специфического антигена в крови;

г) скрининг на выявление злокачественных новообразований толстого кишечника и прямой кишки: в возрасте от 40 до 64 лет включительно - исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом раз в 2 года (к иммунохимическим методам исследования относятся все качественные и количественные методы исследования, в которых используется иммунохимическая реакция антиген-антитело); в возрасте от 65 до 75 лет включительно - исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом 1 раз в год;

д) осмотр на выявление визуальных и иных локализаций онкологических заболеваний, включающий осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпацию щитовидной железы, лимфатических узлов;

е) скрининг на выявление злокачественных новообразований пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки: в возрасте 45 лет - эзофагогастродуоденоскопия (при необходимости может проводиться с применением анестезиологического пособия, в том числе в медицинских организациях, оказывающих специализированную медицинскую помощь, в условиях дневного стационара)

На втором этапе диспансеризации с целью дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния) при наличии медицинских показаний в соответствии с клиническими рекомендациями по назначению врача-терапевта, врача-дерматовенеролога, врача-хирурга или врача-колопроктолога проводятся:

а) исследования на выявление злокачественных новообразований легкого: рентгенография легких или компьютерная томография легких;

- б) исследования на выявление злокачественных новообразований пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки: эзофагогастродуоденоскопия (при необходимости может проводиться с применением анестезиологического пособия, в том числе в медицинских организациях, оказывающих специализированную медицинскую помощь, в условиях дневного стационара);
- в) исследования на выявление злокачественных новообразований толстого кишечника и прямой кишки: ректороманоскопия; колоноскопия (при необходимости может проводиться с применением анестезиологического пособия, в том числе в медицинских организациях, оказывающих специализированную медицинскую помощь, в условиях дневного стационара);
- г) исследование на выявление злокачественных новообразований кожи и (или) слизистых оболочек: осмотр кожи под увеличением (дерматоскопия).