

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Российское научное медицинское общество терапевтов

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт пульмонологии  
Федерального медико-биологического агентства»

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Эндокринологический научный центр» Министерства  
здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Московский научно-исследовательский  
онкологический институт имени П.А. Герцена» Министерства здравоохранения Российской Федерации

НИИ цереброваскулярной патологии и инсульта ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский  
университет им. Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

## **ПРОФИЛАКТИКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

### **Рекомендации**

МОСКВА 2013 г

## Авторский коллектив

### **Бойцов Сергей Анатольевич**

Доктор медицинских наук, профессор.

Директор Федерального государственного бюджетного учреждения «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Главный внештатный специалист по медицинской профилактике Минздрава России.

Вице-президент Российского кардиологического общества.

### **Чучалин Александр Григорьевич**

Доктор медицинских наук, профессор, академик РАМН.

Директор Федерального государственного бюджетного учреждения «Научно-исследовательский институт пульмонологии Федерального медико-биологического агентства».

Заведующий кафедрой госпитальной терапии педиатрического факультета ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России.

Главный внештатный специалист терапевт-пульмонолог Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Эксперт ВОЗ, председатель регионального отделения по СНГ INTERASTHMA, член исполнительного комитета Общества православных врачей, председатель исполнительного комитета Российского респираторного общества, «золотой» член Европейского респираторного общества, Американского торакального общества.

### **Арутюнов Григорий Павлович**

Доктор медицинских наук, профессор.

Заведующий кафедрой внутренних болезней и общей физиотерапии педиатрического факультета ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России.

Вице-президент Российского научного медицинского общества терапевтов.

Заслуженный врач Российской Федерации.

### **Биличенко Татьяна Николаевна**

Доктор медицинских наук.

Заведующая лабораторией клинической эпидемиологии Федерального государственного бюджетного учреждения «Научно-исследовательский институт пульмонологии Федерального медико-биологического агентства», член Европейской академии аллергологии и клинической иммунологии, «золотой» член Европейского респираторного общества, член Российского респираторного общества.

### **Бубнова Марина Геннадьевна**

Доктор медицинских наук, профессор кафедры эпидемиологии неинфекционных заболеваний с основами доказательной медицины ГБОУ Первого МГМУ им. И.М.Сеченова. Руководитель отдела реабилитации и вторичной профилактики сочетанной патологии с лабораторией профилактики атеросклероза и тромбоза ФГБУ «ГНИЦПМ» Минздрава России.

Вице-президент Российского общества-кардиосоматической реабилитации и вторичной профилактики.

### **Ипатов Петр Васильевич**

Доктор медицинских наук, профессор.

Ведущий научный сотрудник ФГБУ «ГНИЦПМ» Минздрава России.

Заслуженный врач Российской Федерации.

Заместитель председателя Профильной комиссии по профилактической медицине Минздрава России.

**Калинина Анна Михайловна**

Доктор медицинских наук, профессор.

Руководитель отдела первичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний в системе здравоохранения ФГБУ «ГНИЦПМ» Минздрава России.

**Каприн Андрей Дмитриевич**

Доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАМН.

И.О. Директора Московского научно-исследовательского онкологического института им.

П.А.Герцена.

Заслуженный врач Российской Федерации.

**Марцевич Сергей Юрьевич**

Доктор медицинских наук, профессор кафедры эпидемиологии неинфекционных заболеваний с основами доказательной медицины факультета управления и экономики здравоохранения ГБОУ Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава Российской Федерации.

Руководитель отдела профилактической фармакотерапии ФГБУ «ГНИЦПМ» Минздрава России.

Председатель секции «Национальное общество доказательной фармакотерапии» РКО.

**Оганов Рафаэль Гегамович**

Доктор медицинских наук, профессор, академик РАМН и РАЕН.

Заслуженный деятель науки Российской Федерации, Лауреат Государственной премии и премии Правительства Российской Федерации.

Руководитель отдела профилактики коморбидных состояний ФГБУ «ГНИЦПМ» Минздрава России.

Член президиума ВАК, почетный Президент Российского кардиологического общества.

**Погосова Нана Вачиковна**

Доктор медицинских наук, профессор.

Руководитель отдела вторичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний и Федерального центра здоровья ФГБУ ГНИЦПМ Минздрава России.

Главный специалист по профилактической медицине Департамента здравоохранения города Москвы.

Вице-президент Национального научного общества Кардиоваскулярная профилактика и реабилитация.

**Старинский Валерий Владимирович**

Доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки Российской Федерации.

Заместитель директора по научной работе ФГБУ «МНИОИ им П.А. Герцена» Минздрава России.

**Стаховская Людмила Витальевна**

Доктор медицинских наук, профессор кафедры фундаментальной и клинической неврологии и нейрохирургии ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России.

Директор НИИ цереброваскулярной патологии и инсульта ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России.

Ответственный секретарь Национальной Ассоциации по борьбе с инсультом (Россия).

**Ткачева Ольга Николаевна**

Доктор медицинских наук, профессор.

Первый заместитель директора ФГБУ «ГНИЦПМ» Минздрава России по научной и лечебной работе, руководитель отдела комплексного снижения риска неинфекционных заболеваний.

**Чиссов Валерий Иванович**

Доктор медицинских наук, профессор, академик РАМН.

Заслуженный деятель науки Российской Федерации, заслуженный врач Российской Федерации, Лауреат Государственной премии и премий Правительства Российской Федерации.

Главный специалист-онколог Минздрава Российской Федерации, руководитель хирургического отдела ФГБУ «МНИОИ им П.А. Герцена» Минздрава России.

**Шальнова Светлана Анатольевна**

Доктор медицинских наук, профессор.

Руководитель отдела эпидемиологии хронических неинфекционных заболеваний ФГБУ «ГНИЦПМ» Минздрава России.

Вице-президент Российского кардиологического общества.

**Шестакова Марина Владимировна**

Доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАМН.

Директор Института диабета, заместитель директора по научной работе Федерального государственного бюджетного учреждения «Эндокринологический научный центр» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

# ПРОФИЛАКТИКА ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

## Первичная профилактика

Направлена на выявление и устранение или ослабление влияния неблагоприятных факторов окружающей среды на процесс возникновения злокачественной опухоли. Прежде всего, это полное устранение или минимизация контакта с канцерогенами.

При ранжировании основных причин, формирующих заболеваемость раком, лидирующую позицию занимает неправильное питание (до 35%), второе место принадлежит курению (до 32%). Таким образом, 2/3 случаев рака обусловлены этими факторами. Далее по степени убывания значимости следуют вирусные инфекции (до 10%), сексуальные факторы (до 7%), малоподвижный образ жизни (до 5%), профессиональные канцерогены (до 4%), алкоголизм (до 3%), непосредственное загрязнение окружающей среды (до 2%); онкологически отягощенная наследственность (до 2%); пищевые добавки, ультрафиолет солнца и ионизирующая радиация (до 1%). Неизвестными причинами обусловлены около 5% случаев рака.

**Питание.** Существует 6 основных принципов противораковой диеты, соблюдение которых позволяет существенно снизить риск развития рака:

1. Предупреждение ожирения (избыточный вес является ФР развития многих злокачественных опухолей, в том числе рака молочной железы и рака тела матки).

2. Уменьшение потребления жира (при обычной двигательной активности не более 50-70 г жира в день со всеми продуктами). Эпидемиологическими исследованиями установлена прямая связь между потреблением жира и частотой развития рака молочной железы, рака толстой кишки и рака предстательной железы.

3. Обязательное присутствие в пище овощей и фруктов, обеспечивающих организм растительной клетчаткой, витаминами и веществами, обладающими антиканцерогенным действием. К ним относятся: желтые и красные овощи, содержащие каротин (морковь, помидоры, редька и др.); фрукты, содержащие большое количество витамина С (цитрусовые, киви и др.); капуста (особенно брокколи, цветная и брюссельская); чеснок и лук.

4. Регулярное и достаточное употребление растительной клетчатки (до 35 г ежедневно), которая содержится в цельных зернах злаковых культур, овощах, фруктах. Растительная клетчатка связывает ряд канцерогенов, сокращает время их контакта с толстой кишкой за счет улучшения моторики.

5. Ограничение потребления алкоголя. Известно, что алкоголь является одним из факторов риска развития рака полости рта, пищевода, печени и молочной железы.

6. Ограничение потребления копченой и нитрит-содержащей пищи. В копченой пище содержится значительное количество канцерогенов. Нитриты содержатся в колбасных изделиях и до сих пор часто используются производителями для подкрашивания с целью придания продукции товарного вида.

Влияние факторов питания на развитие рака является недостаточно исследованным и определенным. Оценка потенциальной роли диеты влечет за собой необходимость измерения вклада диеты, содержащей различные компоненты, которые могут как защитить от рака, так и увеличить риск заболевания раком. Основанная на систематических обзорах оценка общего влияния диетических рекомендаций на профилактику рака опубликована Всемирным фондом исследований рака /Американским институтом по исследованию рака (WCRF/AICR) [1]. Наибольшим профилактическим воздействием на уменьшение риска развития рака обладает потребление фруктов и некрахмалистых овощей. В частности доказано, что их достаточное потребление снижает вероятность развития рака ротовой полости, пищевода и желудка. Потребление фруктов, но не некрахмалистых овощей, также достоверно связано со снижением риска развития рака легких.

Сложность выяснения связей между потребляемыми продуктами питания и уровнем риска развития рака демонстрируют примеры, когда в наблюдательных эпидемиологических исследованиях (случай-контроль и когортные исследования) выявляется связь между диетой и риском развития рака, а в контролируемых рандомизированных исследованиях такой связи не обнаруживается. Например, на основе популяционных эпидемиологических данных, диета с высоким содержанием клетчатки была рекомендована для предотвращения рака толстой кишки, а проведенное рандомизированное контролируемое исследование с дополнительным введением в рацион питания пищевых волокон (пшеничные отруби) не выявило снижения риска последующего развития аденоматозных полипов у лиц с ранее перенесенной резекцией полипов. Второй пример: эпидемиологические когортные исследования и исследования случай-контроль обнаружили связь потребления жира и красного мяса с риском развития рака толстой кишки, а в рандомизированном контролируемом исследовании такой связи у женщин в постменопаузе не выявлено. Эти примеры не отрицают результатов всех когортных исследований и исследования случай-контроль, особенно проводимых на протяжении многих лет, а лишь показывают сложность проблемы изучения влияния пищевого рациона на риск развития опухолей. Относительно короткие контролируемые рандомизированные клинические исследования не способны выявить влияния длительных жизненных привычек питания на риск развития злокачественных новообразований.

**Курение.** Многочисленные научные исследования установили тесную связь между потреблением табака и злокачественными новообразованиями. В частности, эпидемиологическими исследованиями доказано, что курение сигарет является причинным фактором развития рака легкого, ротовой полости, пищевода, мочевого пузыря, почек, поджелудочной железы, желудка, шейки матки и острой миелоидной лейкемии [2]. При этом получены убедительные данные, что увеличение распространенности курения среди населения влечет за собой увеличение смертности от рака и, наоборот, снижение распространенности курения снижает уровень смертности от рака легкого у мужчин.

Поданным Минздрава России в Российской Федерации ежегодно около 300 тыс. трудоспособных людей не доживают около пяти лет своей жизни по причине потребления табака,

при этом экономические потери составляют почти 1,5 трлн руб. Отказ от курения приводит к постепенному снижению риска развития рака, к увеличению продолжительности жизни, снижению общей заболеваемости и смертности [3].

**Инфекции.** В развивающихся странах инфекционные агенты являются причиной 26%, а в развитых странах – 8% всех случаев заболевания раком [4]. Заражение штаммом вируса папилломы человека (ВПЧ) высокого онкогенного риска (типы 16, 18, 31, 33) рассматривается как необходимое событие для последующего развития рака шейки матки, а вакцинация против ВПЧ приводит к заметному снижению предраковых состояний. Онкогенные штаммы ВПЧ, также связаны с раком полового члена, влагалища, ануса, и ротоглотки. К другим инфекционным агентам, вызывающим рак, относятся: вирус гепатита В и гепатита С (рак печени), вирус Эпштейна-Барр (лимфома Беркитта) и *Helicobacter Pylori* (рак желудка). Вакцинация против ВПЧ и гепатита В рекомендуется как активная профилактическая мера лицам из групп риска.

**Ионизирующее и ультрафиолетовое излучение.** Воздействие излучения, в первую очередь ультрафиолетового излучения и ионизирующего излучения, является четко установленной причиной рака. Воздействие солнечного ультрафиолетового излучения является основной причиной рака (не меланомы) кожи, который является на сегодняшний день наиболее распространенным и наиболее предотвратимым злокачественным новообразованием [5]. Наиболее опасно пребывание на солнце в период с 10 ч и до 16 ч. Не менее вредно пребывание в соляриях для получения искусственного загара. Исключение попадания на голые участки тела прямого солнечного света, ношение соответствующей летней одежды, широкополых шляп, зонтиков, пребывание в тени и использование кремов от загара являются эффективными мерами профилактики рака кожи.

В настоящее время на основе многочисленных эпидемиологических и биологических исследований убедительно доказано, что не существует дозы ионизирующей радиации которую следует считать совершенно безопасной, по этой причине должны быть предприняты все меры, чтобы уменьшить дозу любого ионизирующего облучения человека, в том числе связанного с медицинскими исследованиями (флюорография, рентгенография, рентгеноскопия, компьютерная томография, радиоизотопная диагностика и методы лечения) как в отношении пациентов, так и медицинского персонала [6]. Ограничение ненужных лечебно-диагностических исследований, связанных с использованием ионизирующих излучений, являются важной стратегией профилактики. Например, подсчитано, что один радиационно-индуцированный рак разовьется среди 270 женщин и среди 595 мужчин, подвергшихся коронарной ангиографии в возрасте 40 лет. Среди лиц в возрасте 20 лет, подвергшихся КТ живота и таза, у 1 из 470 женщин и у 1 из 620 мужчин разовьется радиационно-индуцированный рак [7]. Исходя из частоты использования КТ в США в 2007 году определено, что у 29 тыс. человек (ДИ 15000-45000) разовьется радиационно-индуцированный рак, 1/3 часть из которых составят лица от 35 до 54 лет [8].

**Алкоголь.** Наиболее достоверное влияние оказывает избыточное потребления алкоголя, особенно питьевого спирта, на развитие рака полости рта, пищевода, молочной железы и

колоректального рака у мужчин. Меньшей степени достоверности такая связь существует между приемом алкоголя и риском развития рака печени и колоректального рака у женщин [1].

**Физическая активность.** Все больше число фактов свидетельствует о том, что люди, которые физически активны, имеют более низкий риск развития некоторых злокачественных новообразований (ЗНО), по сравнению с лицами, имеющими низкую физическую активность, ведущими сидячий образ жизни. Наибольший и достоверный защитный эффект физической активности выявлен в отношении риска развития колоректального рака. К категории «вероятно», отнесено влияние физической активности на риск развития рака молочной железы после менопаузы и рака эндометрия. Как и для диетических факторов, проблема влияния физической активности на развитие различных ЗНО далека от своего разрешения, но достаточно ясно, что она играет в процессе онкогенеза существенную роль. Есть основания полагать, что физическая активность обратно пропорционально связана, по крайней мере, с несколькими видами рака, развитие которых провоцирует ожирение [1].

**Ожирение.** Ожирение все чаще признается важным фактором риска развития рака. Убедительно доказана его связь с развитием рака молочной железы в постменопаузе, рака пищевода, поджелудочной железы, колоректального рака, рака эндометрия и почки. Получены данные свидетельствующие о том, что ожирение является фактором риска для развития рака желчного пузыря. Но в тоже время необходимо отметить, что отсутствуют исследования о влиянии снижения избыточной массы тела на смертность от злокачественных новообразований [9].

**Витамины и биологически активные добавки к пище.** Витамины и биологически активные добавки к пище относятся к профилактическим вмешательствам *с не доказанной эффективностью* [2, 10].

**Экологические факторы и вредные вещества.** Некоторые ассоциации между загрязнителями окружающей среды и развитием рака легкого были четко установлены, в том числе за счет пассивного курения табака, загрязнения атмосферного воздуха, особенно асбестовой пылью. Другим загрязнителем окружающей среды, который причинно связан с раком кожи, мочевого пузыря и легких является неорганический мышьяк в высокой концентрации в питьевой воде. Много других загрязнителей окружающей среды, например, таких как пестициды, были оценены в отношении их опасности для развития рака у человека, но получены неопределенные результаты [2].



## **Вторичная профилактика**

Направлена на выявление и устранение предраковых заболеваний и выявление злокачественных опухолей на ранних стадиях процесса. К исследованиям, позволяющим эффективно выявлять предопухолевые заболевания и опухоли, относятся: маммография, флюорография, цитологическое исследование мазков с шейки матки и цервикального канала, эндоскопические исследования, профилактические осмотры, определение в биологических жидкостях уровня онкомаркеров и др.

Разработка программ ранней диагностики и скрининга является одним из приоритетных направлений развития онкологии и позволяет значительно улучшить результаты лечения. *Регулярное прохождение профилактического осмотра и обследования в соответствии с возрастом (или группой риска) позволяет предотвратить возникновение злокачественной опухоли или выявить заболевание на ранней стадии, позволяющей провести эффективное органосохраняющее специализированное лечение.*

## **Третичная профилактика**

Заключается в предупреждении рецидивов и метастазов у онкологических больных, а также новых случаев злокачественных опухолей у излеченных пациентов. Для лечения злокачественной опухоли и третичной профилактики рака следует обращаться *только в специализированные онкологические учреждения*. Онкологический больной пожизненно состоит на учете в онкологическом учреждении, регулярно проходит необходимые обследования, назначаемые специалистами.

В настоящее время одним из наиболее молодых и перспективных разделов профилактической онкологии является *химио-профилактика злокачественных опухолей* – снижение онкологической заболеваемости и смертности за счет длительного применения здоровыми людьми или лицами из групп повышенного онкологического риска специальных онкопрофилактических лекарственных препаратов или натуральных средств. Химиопрофилактика обязательно должна использоваться в комплексе с другими профилактическими мероприятиями.

Отдельным направлением профилактики у больных со злокачественными новообразованиями является профилактика осложнений химиотерапии, возникающих в связи с низкой селективностью действия большинства из применяемых для этих целей препаратов. Одним из наиболее частых осложнений химиотерапии является токсическое поражение печени. К сожалению, в онкологической практике лекарство, неблагоприятно влияющее на печень, не всегда возможно отменить или заменить другим, более безопасным без создания непосредственной или отсроченной угрозы для жизни пациента. Одним из выходов из этой сложной ситуации является профилактическое применение препаратов с гепатопротективными свойствами, среди которых S-аденозил-L-метионин имеет хорошую доказательную базу своей высокой клинической эффективности [14, 15].

В настоящее время группы онкологического риска по степени повышения риска принято делить на 5 категорий.

1. Практически здоровые лица любого возраста с отягощенной онкологической наследственностью и люди старше 45 лет.

2. Практически здоровые лица, подвергавшиеся или подвергающиеся воздействию канцерогенных факторов. К ним относятся курильщики, лица, контактирующие с профессиональными и бытовыми канцерогенными факторами, перенесшие радиационное ионизирующее облучение, носители онкогенных вирусов.

3. Лица, страдающие хроническими заболеваниями и нарушениями, повышающими онкологический риск: ожирение, угнетение иммунитета, атеросклероз, гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2-го типа, ХОБЛ и др.

4. Больные с облигатными и факультативными предраковыми заболеваниями. Последние встречаются чаще и лишь повышают вероятность возникновения рака.

5. Онкологические больные, прошедшие радикальное лечение по поводу ЗНО. (Данная категория пациентов в соответствии с приказом Минздрава России от 15 ноября 2012г. №915н «Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю онкология» пожизненно подлежат диспансерному наблюдению в онкологическом диспансере. Если течение заболевания не требует изменения тактики ведения пациента, диспансерные осмотры после проведенного лечения осуществляются: в течение первого года один раз в три месяца, в течение второго года — один раз в шесть месяцев, в дальнейшем – один раз в год).

***Онкологическая составляющая врачебного осмотра.*** При осмотре *в обязательном порядке* подлежат обследованию кожные покровы, ротовая полость, периферические лимфатические узлы, щитовидная железа, молочные железы, половые органы, прямая кишка [11]. При сборе анамнеза следует обратить внимание на появление слабости, утомляемости, снижение аппетита, наличие болевых ощущений в животе или поясничной области, изменение цвета или появление примесей крови в выделениях.

При жалобах на осиплость голоса и кашель, которые не очень беспокоят пациента, можно заподозрить рак гортани или легких, а при малейших затруднениях проглатывания твердой пищи – опухоль пищевода или кардиального отдела желудка.

Следует выяснить, нет ли «ранок» во рту, увеличивающихся родимых пятен или родинок, изъязвлений кожи, выделений из сосков. При опросе женщин следует обращать внимание на нарушение менструального цикла, наличие и появление болей и атипичных кровяных выделений в межменструальном периоде и в менопаузе. У мужчин выясняется, нет ли затруднений при мочеиспускании и его частота в ночное время. Отмечается также наличие запоров и чередование запоров с поносами, слизи и кровяных выделений из прямой кишки, увеличение живота, уменьшение количества мочи.

**Осмотр полости рта.** Обследование начинают с ротовой полости. С помощью одноразового шпателя осматривают слизистую губ, щек, десен, языка. Для осмотра языка его кончик берут марлевой салфеткой и подтягивают наружу. Цель осмотра – обнаружение лейкоплакий, трещин, изъязвлений слизистой.

Лейкоплакии выглядят как белые шероховатые налеты или плотные белые бляшки, возвышающиеся над поверхностью гладкой, розовой слизистой. Чаще они располагаются на слизистой оболочке щек. Трещины и изъязвления встречаются на боковых поверхностях языка, на красной кайме нижней губы ближе к углу рта, а также на тех участках слизистой полости рта, которые постоянно травмируются острыми краями обломанных зубов и плохо подобранными протезами. Легкая ранимость и кровоточивость этих участков подозрительна по наличию предопухолевых заболеваний.

Соскоб для цитологического исследования с язвенной поверхности слизистой оболочки рта, кожи, нижней и верхней губы осуществляют тупым скальпелем. Полученный материал наносят тонким слоем на обезжиренное предметное стекло. При наличии на язве гнойно-некротического налета его необходимо удалить сухим ватно-марлевым тампоном. Мазки подсушивают на воздухе.

**Осмотр кожных покровов.** Последовательно осматривают кожу лица, головы, шеи, туловища и конечностей с целью выявления пигментных бородавчатых и узелковых образований, изъязвлений. Следует обращать внимание на наличие длительно существующих гиперемированных участков кожи с шероховатой поверхностью и склонностью к изъязвлению, которые располагаются в области тела, подвергающихся воздействию раздражающих факторов (трение краев одежды, воздействие солнечных лучей, химических веществ и т.д.). С течением времени на этих местах могут возникнуть узелковые и бородавчатые образования. Наиболее частой локализацией рака и предрака является кожа лица.

Большую опасность на наличие злокачественной пигментной опухоли кожи - меланомы, представляют темные и синюшно-багровые пятна и узелковые образования, возвышающиеся над поверхностью кожи, склонные к увеличению и изъязвлению. Такие образования часто встречаются на коже живота, спины, нижних конечностей.

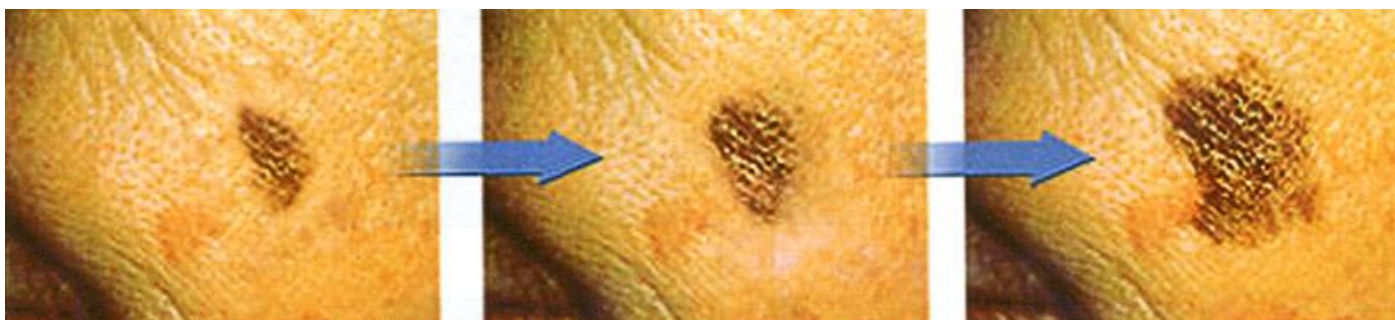
Поскольку связь меланомы с родинками, пигментными невусами довольно высока (частота развития меланомы из предшествующих невусов колеблется от 10 до 100% случаев) при сборе анамнеза и осмотре медицинские работники концентрируют внимание на следующие начальные симптомы их активизации:

- быстрый рост невуса, размер которого оставался постоянным или увеличивался медленно;
- уплотнение невуса;
- ассиметричное увеличение одного из участков невуса;
- изменение пигментации (усиление или уменьшение);
- появление красноты в виде венчика вокруг невуса;
- выпадение волос с его поверхности;

- появление ощущения наличия невуса (возникновение зуда, чувства жжения, напряжения, покалывания);
- появление папилломатозных выростов, трещин, изъязвления, кровоточивости.

Перечисленные признаки представляются весьма важными в плане ранней диагностики меланомы кожи. Начальная картина заболевания в случае роста из невуса протекает следующим образом. Родимое пятно после предшествующей травмы или без видимых причин начинает увеличиваться, изменять окраску и превращается в экзофитную опухоль, которая иногда возникает эксцентрично на одном из участков пигментного образования (Приложение 6).

С пигментных опухолей материал получают только методом отпечатков путем прикладывания чистого обезжиренного стекла к изъязвившейся или мацерированной поверхности.



**Пальпация лимфатических узлов.** Последовательно пальпируют периферические лимфатические узлы: шейные, надключичные, подмышечные и паховые. Пальпация шейных и надключичных лимфатических узлов осуществляется в положении пациента стоя или сидя. Медицинский работник становится позади обследуемого. Пальпацию проводят двумя руками, при этом четырьмя пальцами каждой руки исследуют шейную и надключичную области, а большие пальцы рук располагаются на боковых поверхностях шеи. Пальпация подмышечных лимфатических узлов проводится отдельно с каждой стороны. При этом медицинский работник стоит спереди от пациента, положив его руку на свое плечо со стороны осмотра. Паховые лимфатические узлы пальпируются в положении пациента «лежа на кушетке».

В норме могут определяться мелкие лимфатические узлы эластической консистенции. Лимфатические узлы являются барьером на пути распространения злокачественного процесса, в них в первую очередь могут быть выявлены метастазы опухолей различных локализаций. Пораженные метастазами лимфатические узлы представляют собой плотные, часто неподвижные образования различной величины. Увеличение лимфатических узлов может быть проявлением лимфогранулематоза или лейкозов - системных заболеваний, поражающих весь лимфатический аппарат организма.

**Пальпация щитовидной железы.** Пальпацию щитовидной железы можно проводить стоя спереди или сзади от обследуемого. При положении сзади от пациента пальпация осуществляется четырьмя пальцами обеих рук, при этом большие пальцы располагаются на боковых поверхностях

шеи. Во время пальпации обследуемому предлагается сделать глотательное движение, при этом четко выявляются размеры и консистенция щитовидной железы.

Щитовидная железа располагается на уровне гортанных хрящей и в норме не содержит уплотнений и узловых образований. При наличии предопухолевых заболеваний и опухолей отмечаются диффузные или локальные уплотнения, асимметрия железы за счет увеличения одной из ее долей.

**Обследование молочных желез.** Обследование молочных желез включает осмотр и их пальпацию. Осмотр пациентки проводится в положении «поднятые руки положены на затылок» на 6-12 день от начала менструации. Обращают внимание на величину и форму молочных желез, состояние кожи, сосков, ареолы. Каждую железу осматривают отдельно, придав пациенту полубоковое положение и попросив его поднять руку. У женщин с железами мягкой консистенции нижние участки желез осмотреть трудно, в этих случаях молочные железы следует поднять вверх.

Необходимо обращать внимание на следующие моменты:

- есть ли асимметрия в размерах желез, увеличена или уменьшена одна из них;
- расположены ли железы на одном уровне по отношению к срединной линии;
- равномерно ли смешаются железы при поднятии рук, изменении положения тела и др.

При наличии асимметрии молочных желез, которая встречается примерно у 30% здоровых женщин, важно знать, когда она появилась. Сравнительно недавнее появление асимметрии одной из желез является признаком возможного заболевания.

Следует осмотреть кожу желез, а также соски: нет ли на их поверхности втяжений, изъязвлений, не изменились ли их цвет и форма.

Изменения легче выявляются при сравнении одной железы с другой. В норме молочные железы, как правило, имеют одинаковую форму и величину. Соски располагаются на одной линии. Трещины, мокнутия, корочки, втяжение и фиксация соска, кожа, напоминающая лимонную корку, следует рассматривать как признаки злокачественного заболевания.

Пальпацию молочных желез всегда осуществляют в двух положениях обследуемой: лежа на спине и стоя, с опущенными и поднятыми руками, ладонной поверхностью 2-4-го пальцев руки легкими вращательными движениями с небольшим надавливанием (рис. 9.1-9.2). Пальпация проводится подушечками, а не кончиками пальцев. В противном случае имеющееся образование оттолкнется в глубину молочной железы. Ощупывание проводится четырьмя или тремя сомкнутыми пальцами в зависимости от размера молочной железы. Большой палец в пальпации не участвует. При больших размерах железы противоположная рука поддерживает ее. Ощупывание проводится методично круговыми проникающими пружинящими движениями подушечек пальцев.

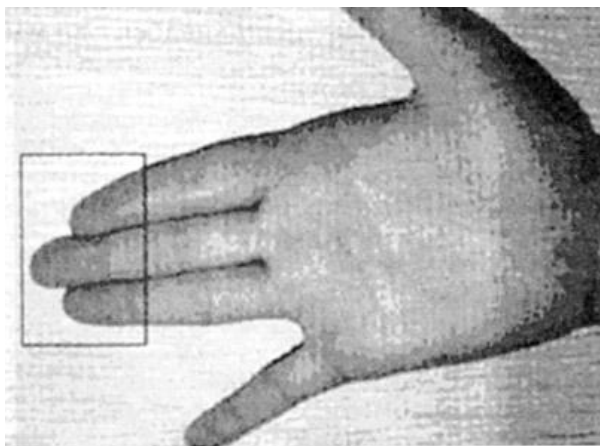


Рис. 9.1. Подушечки трех средних пальцев, используемые при пальпации

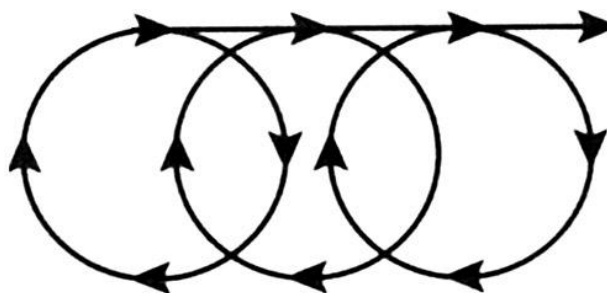


Рис. 9.2. Траектория круговых движений при пальпации

Начинать осмотр следует с подмышечной области, далее руку смещать по спирали по направлению к соску. Продолжая осмотр, двигать руку сверху вниз по нескольким вертикалям (рис.9.3).

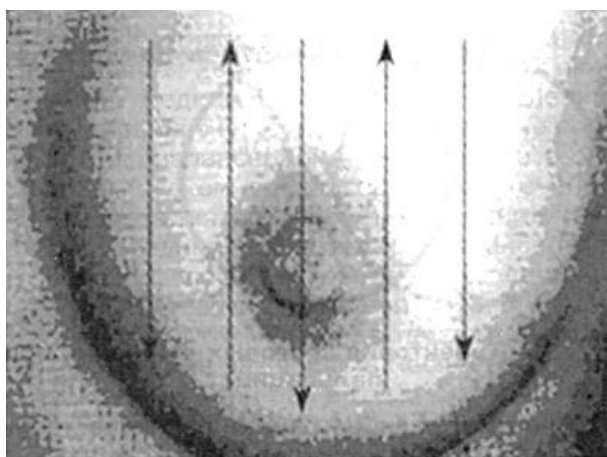


Рис. 9.3. Пальпация молочной железы по нескольким вертикалям

Проводят «плоской» ладонью по молочной железе и ощупывают ее пальцами с целью выявления уплотнений и узлов в ткани молочной железы. Последовательно исследуют все отделы железы: зоны соска, ареолы, ткань железы, наружно-боковую и переднюю поверхность грудной клетки (за пределами железы), подмышечные и надключичные области. Большую отвислую грудь удобнее исследовать в положении лежа, немного повернув пациента сначала на один, а затем на другой бок. Легко нажимая на сосок, следует выяснить, нет ли патологических выделений из соска (рис. 9.4). При этом обращают внимание на следующие признаки:

- имеется ли втяжение или выбухание участка кожи,
- имеется ли втяжение соска или укорочение радиуса ареолы,
- имеются ли изменения обычной формы и размера одной из молочных желез,
- имеются ли желтоватые или кровянистые выделения из соска или патологические изменения на соске (корочки, мокнутие).



Рис. 9.4. Сдавление соска у основания подушечками двух пальцев

В норме молочные железы мягкие, уплотнений не содержат. Злокачественные опухоли определяются в виде плотных, хорошо отграниченных узлов или уплотнений без четких границ, часто сопровождающихся, втяжением соска или фиксацией кожи. При правильной пальпации *можно выявить опухоли размером до 1 см*. При больших размерах молочных желез, в которых трудно пальпаторно обнаружить опухоль, целесообразно направлять женщин в возрасте до 40 лет на ультразвуковое, а старше – на маммографическое исследование.

Методика осмотра грудных желез у мужчин не отличается от таковой у женщин. При осмотре и пальпации обращают внимание на величину и форму сосков, наличие уплотнений в железах, выделений и болевых ощущений. Рак грудной железы у мужчин составляет примерно 1% от всех случаев рака молочной железы у женщин. Основным предрасполагающим фактором развития рака грудной железы у мужчин является гинекомастия – дисгормональное увеличение молочных желез. *Средний возраст клинического проявления рака молочной железы у мужчин составляет 64 года*. Основным симптомом рака грудной железы у мужчин является наличие узлового образования в молочной железе. Обычно опухоль располагается под соском, ареолой или недалеко от них. Нередко отмечаются кровянистые выделения из соска. При запущенном раке отмечается изъязвление кожи. При распространении опухоли в подмышечные лимфоузлы отмечается их увеличение и уплотнение.

Материалом для цитологического исследования молочных желез являются выделения из сосков. Для качественного получения материала необходимо провести легкий массаж молочной железы поглаживанием в направлении к соску. Затем производят «сцеживание» на предметное стекло. Готовят 4-5 мазков, распределяя выделенную жидкость тонким слоем.

**Осмотр и пальпация живота.** Осмотр живота проводится в положении пациента стоя и лежа. Следует обращать внимание на величину и форму живота, наличие асимметрии, изменение сосудистого рисунка кожи, состояние пупка и участие живота в акте дыхания.

Пальпацию живота проводят в положении обследуемого лежа с согнутыми и несколько приведенными к животу ногами, опущенными вдоль тела руками и при полном расслаблении передней брюшной стенки. Пальпацию начинают с левой паховой области, мягкими давящими движениями всей ладонной поверхностью пальцев, постепенно продвигаясь вверх по ходу толстой

кишки до правой паховой области. Затем пальпацию продолжают по средней линии живота от лона вверх, пальпируют области пупка, эпигастрия до мечевидного отростка. Далее пальпируют правое и левое подреберья (печень и селезенку). При этом обращают внимание на наличие плотных образований, узлов. Увеличение живота, распластанная форма его могут быть признаками асцита. При пальпации могут быть обнаружены опухолевые образования в верхних и нижних отделах живота, а также в области пупка.

**Исследование органов мошонки и полового члена.** У мужчин при визуальном осмотре обращают внимание на состояние кожных покровов половых органов, наличие ссадин и трещин, мацераций, гиперемированных участков на коже головки полового члена, величину и форму яичек.

При пальпации органов мошонки отмечают размеры яичек, придатков, семенного канатика, их консистенцию и наличие уплотнений и узелковых образований. В ранней стадии рака яичка прощупывается небольшой плотный безболезненный узелок, в последующем яичко становится плотным, бугристым.

В норме доступная пальпации часть уретры на всем протяжении нечувствительна, упруго-мягкой консистенции. Болезненность при пальпации, наличие уплотнений в виде равномерного шнура или отдельных узелков указывают на патологические изменения в стенке уретры.

**Пальцевое исследование прямой кишки.** Перед исследованием прямой кишки необходимо тщательно осмотреть кожные покровы области крестца и копчика, межъягодичной складки, промежности, ануса. Осмотр и пальпация области ануса у мужчин производится в положении обследуемого на спине или коленно-локтевом положении, у женщин – в гинекологическом кресле.

При осмотре промежности и области ануса обращают внимание на рубцы, деформацию, воспалительные инфильтраты, наружные отверстия гнойных свищей, перианальные бахромки, остроконечные кондиломы, наружные геморроидальные узлы. Перианальные бахромки представляют собой мясистые радиально расположенные вокруг ануса складки перианальной кожи, образовавшиеся на месте затромбированных наружных геморроидальных узлов. При большом количестве перианальных бахромок, препятствующих туалету области ануса, может быть поставлен вопрос об их оперативном удалении, и таких больных направляют к проктологу.

Наружные геморроидальные узлы располагаются по краю анального отверстия, бывают одиночными и множественными, покрыты синюшной или фиолетового цвета кожей. Консистенция их мягкая, при надавливании они слегка болезненны и не спадаются. Тромбоз наружных геморроидальных узлов сопровождается выраженными воспалительными явлениями. При часто повторяющихся острых тромбозах больного следует отправить к проктологу.

Перианальные остроконечные кондиломы представляют собой множественные мелкие плотноватые бородавчатые узелки, нередко в области ануса образующие разрастания в виде цветной капусты. Этим больным также необходимо направить к проктологу.

Для осмотра стенок анального канала следует раздвинуть его края и попросить обследуемого слегка натужиться. При этом выявляются анальные трещины, выпадающие крупные анальные



(фиброзные) полипы, наружные отверстия подкожно-подслизистых свищей прямой кишки, иногда можно увидеть нижние полюса внутренних геморроидальных узлов, особенно при их склонности к выпадению.

Острая анальная трещина представляет собой резко болезненный продольный дефект задней или передней стенки анального канала. Изредка анальная трещина может располагаться на боковой стенке. Хроническая анальная трещина отличается от острой более плотными (каллезными) краями, дно ее покрыто сероватым налетом, нередко у верхнего края имеется небольшое фиброзное образование – «сторожевой бугорок». У больных с анальной трещиной из-за резкой болезненности пальцевое исследование в профилактических целях лучше не выполнять, а направить пациента к проктологу.

Выпадающий крупный анальный полип имеет вид гладкого сигарообразного образования сероватого цвета, плотноватого на ощупь и легко вправляемого в прямую кишку. Эти полипы не являются предраком, но вызывают болевые ощущения и поэтому подлежат оперативному удалению.

Для ректального исследования используют напальчник, который надевают на указательный палец и обильно смазывают вазелином. Палец вводят в прямую кишку и обследуют ее стенки по ходу часовой стрелки.

Обращают внимание на тонус сфинктера прямой кишки. При снижении тонуса и жалобах на недержание газов и жидкого (I-II степень недостаточности анального жома) или твердого кала (III-IV степень) больного необходимо направить к проктологу.

Внутренние геморроидальные узлы располагаются соответственно 3, 7 и 11 часам воображаемого циферблата (6 часов циферблата вне зависимости от положения осматриваемого находятся в области копчика). Они определяются на стенках анального канала в виде подвижных (легко смещаемых), мягких, умеренно болезненных или безболезненных образований, иногда кровоточащих при обследовании. В некоторых случаях при натуживании больного внутренние геморроидальные узлы имеют тенденцию к выпадению. Диагноз хронического геморроя может быть установлен только при имеющейся клинической картине заболевания: болей, кровотечения каплями алой крови, значительным увеличением узлов с тенденцией к выпадению при натуживании или выпадении их из анального канала.

Анальные (фиброзные) полипы представляют собой значительно гипертрофированный анальный сосочек. Они определяются при пальцевом исследовании прямой кишки в виде плотного легко смещаемого безболезненного образования на длинной ножке, исходящего из области зубчатой линии (чаще задней ее полуокружности). Крупные анальные полипы могут выпадать из прямой кишки и ущемляться в анусе, вызывая боли.

Аденоматозные полипы, ворсинчатые опухоли и злокачественные новообразования прямой кишки определяются как узлы различной плотности и размеров на слизистой оболочке, или как уплотнения в виде инфильтрата стенки кишки. При пальпации через стенку прямой кишки также

могут быть обнаружены уплотнения в параректальной клетчатке. Их всегда следует специально искать. Все эти больные направляются к проктологу.

При пальцевом исследовании прямой кишки следует обращать внимание на наличие патологического отделяемого в просвете кишки: крови, гноя, слизи, которые остаются на пальчике. Указание в анамнезе на выделение при дефекации темной крови (иногда сгустками), гноя или обильной слизи могут свидетельствовать о наличии в вышележащих отделах кишки злокачественных новообразований или ворсинчатой опухоли. Такие больные подлежат обследованию проктолога или онколога.

При удалении пальца из прямой кишки его осматривают на наличие следов крови или гноя.

Для выявления колоректального рака в настоящее время применяют следующие тесты: иммуноферментный анализ кала на скрытую кровь; ректороманоскопия и/или сигмоскопия; колоноскопия.

**Исследование предстательной железы.** Обязательным элементом ректального исследования у мужчин является исследование предстательной железы. Определяют ее размеры, консистенцию, болезненность и границы. При диффузном увеличении железы междолевая бороздка становится глубокой и четко выраженной. Иногда предстательная железа значительно увеличена в размерах и выбухает в просвет прямой кишки. В начальных стадиях рака в предстательной железе прощупывается одно или несколько уплотнений, иногда хрящевидной консистенции. Железа при этом может быть не увеличена. При любых изменениях предстательной железы обследуемого срочно направляют к урологу.

### **Лабораторные и инструментальные методы диагностики**

**Простат-специфический антиген (ПСА).** При нарушении нормальной структуры ткани предстательной железы ПСА попадает в кровь в больших количествах, что приводит к повышению его уровня. Однако следует подчеркнуть, что ПСА не является специфическим онкологическим маркером. Повышение его уровня может происходить не только при наличии злокачественной опухоли простаты, но и в случае доброкачественной гиперплазии предстательной железы или воспаления. Уровень ПСА в сыворотке крови также увеличивается после различных манипуляций с органом, таких как массаж, биопсия, трансуретральная резекция предстательной железы и др.

Строго определенного значения нормы ПСА, позволяющего исключить наличие рака предстательной железы, не существует. Вместе с тем, большинство специалистов использует в качестве порогового значения уровень общего ПСА в сыворотке крови равный 2,5 нг/мл. С возрастом концентрация ПСА в крови повышается, что может быть связано с большей встречаемостью доброкачественной гиперплазии железы и простатита в старших возрастных группах. Для различных возрастных групп определены свои пороговые концентрации ПСА: 40-49 лет – 2,5 нг/мл, 50-59 лет – 3,5 нг/мл, 60-69 лет 4,5 нг/мл, 70-79 лет – 6,5 нг/мл, которые, однако,

повсеместно не применяются в связи с неудовлетворительной чувствительностью метода для возрастных групп старше 60 лет.

Биопсия предстательной железы должна назначаться:

- при уровне ПСА  $\geq 4,0$  нг/мл;

- у лиц с уровнем ПСА 2,5-4,0 нг/мл при наличии факторов риска (отягощенный семейный анамнез (случаи заболевания РПЖ в возрасте до 65 лет); пожилой возраст; наличие патологических находок при пальцевом ректальном исследовании).

**СА 125 углеводный антиген (СА 125).** СА 125 это высокомолекулярный гликопротеин, представляющий собой антиген, который происходит из дериватов целомического эпителия тканей плода и присутствует в нормальной ткани эндометрия, серозной и муцинозной жидкости матки. Он не проникает в кровотоки за исключением случаев разрушения природных барьеров. Уровни в сыворотке могут удваиваться во время менструации, особенно при эндометриозе. Возможно физиологическое повышение маркера при беременности (1 триместр). *Специфичность* СА 125 низкая.

Дискриминационный уровень СА 125-35 ед/мл. Среднее значение: у здоровых женщин составляет 11,0-13,0 ед/мл; у мужчин – не превышает 10 ед/мл.

При выявлении повышенного значения СА 125 у женщин в менопаузе необходимо проводить дообследование для исключения опухолей малого таза.

При обнаружении у женщин объемного образования в малом тазу обязательно направление крови на исследование данного маркера.

**Цитологическое исследование.** Обработка и просмотр соскобов из шейки матки и других материалов, взятых для цитологического исследования, проводится в централизованных цитологических лабораториях, которые могут обслуживать несколько районов. Сбор и пересылка материалов в такие лаборатории, просмотр мазков и пересылка ответов не должна превышать для районных ЛПУ 1 месяц, для городских – 1 неделя. Следует иметь в виду, что цитологическое исследование направлено на выявление дисплазий и преинвазивной карциномы.

**Ультразвуковое исследование (УЗИ).** При выявлении или подозрении на наличие объемных образований при осмотре пациента необходимо направить на УЗИ и при необходимости и достаточной квалификации врача-специалиста возможно проведение биопсии под контролем УЗИ с дальнейшим цитологическим/морфологическим исследованием полученного материала.

При выявлении объемных образований в малом тазу у женщин необходимо определение маркера СА 125.

**Эзофагогастродуоденоскопия.** Эзофагогастродуоденоскопия проводится при наличии общих симптомов (изменении самочувствия больного, выражающееся в появлении беспричинной общей слабости, снижении трудоспособности, быстрой утомляемости, при стойком понижении аппетита или его полной потере, вплоть до отвращения к пище, беспричинном похудении) и появлении симптомов «желудочного дискомфорта»: потери физиологического чувства удовлетворенности от

принятия пищи, ощущении переполнения желудка, даже после небольшого количества пищи, появлении чувства тяжести, распираания, иногда болезненности в подложечной области, тошноты и рвоты, бледности кожных покровов (не объясненной другими заболеваниями), выраженной депрессии, апатии, потери «радости жизни», интереса к окружающему, к труду, отчужденности.

#### ***Низкодозная спиральная компьютерная томография органов грудной клетки.***

Низкодозная спиральная компьютерная томография органов грудной клетки проводится при наличии общих симптомов (изменении самочувствия больного, выражающееся в появлении беспричинной общей слабости, снижении трудоспособности, быстрой утомляемости, при стойком понижении аппетита или его полной потере, вплоть до отвращения к пище, беспричинном похудении), факторов риска (хронические заболевания легких, табакокурение, профессиональная вредность), жалоб на потливость, беспричинные подъемы температуры тела и появлении беспричинного, надсадного, изнурительного кашля (кашель может быть приступообразным, без причины или связанным с вдыханием холодного воздуха, физической нагрузкой или в положении лежа), мокроты, обычно желтовато-зеленоватого цвета, одышки (обусловленных сопутствующим воспалением легких, спаданием части легкого в связи с закупоркой бронха (ателектаз), нарушением газообмена в легочной ткани и ухудшением условий вентиляции легких, уменьшением дыхательной поверхности), особенно при возрасте пациента старше 40 лет.

При подозрении на злокачественное новообразование или его выявлении с целью сокращения сроков обследования пациентов и обеспечения своевременного их направления в онкологические специализированные учреждения приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012г. №915н «Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю онкология» определена система маршрутизации пациентов в специализированные онкологические медицинские учреждения. Пациента направляют в первичный онкологический кабинет (отделение), после чего врач-специалист первичного онкологического кабинета направляет пациента в специализированную медицинскую организацию, имеющую лицензию на оказание медицинской помощи населению при онкологических заболеваниях, для уточнения диагноза и определения последующей тактики ведения пациента.

На больного, у которого впервые был установлен диагноз злокачественного новообразования, врачом медицинской организации, в которой этот диагноз был установлен, вне зависимости от формы собственности и ведомственной подчиненности медицинской организации составляется «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования» (ф.№090/У), которое направляется в организационно-методический кабинет онкологического диспансера по месту постоянной регистрации больного.

Извещение заполняется на всех больных, диагноз данного злокачественного новообразования которым был установлен впервые, в том числе на больных:

- самостоятельно обратившихся в лечебно-профилактическое учреждение за медицинской помощью;

- выявленных при диспансеризации, на профилактических осмотрах, при реализации скрининговых программ;
- выявленных при медицинском освидетельствовании;
- выявленных при обследовании и лечении в стационаре медицинского учреждения, в частности, при диагностике злокачественного новообразования во время оперативного вмешательства;
- на больных с преинвазивным раком (carcinoma in situ).

Извещение не заполняется на больных с заболеваниями, подозрительными на злокачественное новообразование, больных с предопухолевыми заболеваниями, больных доброкачественными опухолями.

В таблице 9.1. представлен список нозологических форм заболеваний, при наличии которых необходимо наблюдение пациентов у соответствующих врачей с периодической консультацией у врача-онколога первичного онкологического кабинета/отделения.

Таблица 9.1.

<b>Нозологическая форма</b>	<b>Периодичность осмотров у онколога</b>
<b>Наблюдаются у врача-терапевта</b>	
Хронический бронхит (в том числе курильщика) с частыми обострениями	по показаниям
Хроническая обструктивная болезнь лёгких	по показаниям
Язвенная болезнь желудка: частые рецидивы, осложнения	по показаниям
Атрофический гастрит	по показаниям
Семейный полипоз толстой кишки, синдром Партнера, синдром Пейца-Егерса, синдром Турко	по показаниям
Полипы желудка, полипоз желудка, полипоз кишечника	по показаниям
Хронический колит с частыми обострениями	по показаниям
Состояние после резекции желудка (более 10 лет после операции)	по показаниям
Неспецифический язвенный колит и болезнь Крона толстой кишки	по показаниям
Ахалазия, лейкоплакия пищевода. Рубцовая стриктура пищевода	по показаниям
<b>Наблюдаются у врача-пульмонолога</b>	
Идиопатический фиброзирующий альвеолит Лёгочные фиброзы разной этиологии	1 раз в год 1 раз в год
<b>Наблюдаются у врача-эндокринолога</b>	
Диффузный токсический зоб. Аутоиммунный тиреоидит	по показаниям
Узловой эутиреоидный зоб	по показаниям
Гиполютеиновая дисфункция яичников	по показаниям
Состояние после операции по поводу феохромоцитомы в стадии ремиссии	по показаниям
Синдром Стейна-Левенталя	по показаниям
Вирилизующие опухоли яичников (после операции)	по показаниям
Множественный эндокринный аденоматоз, тип I (МЭА-I, синдром Вернера)	1 раз в год
Множественный эндокринный аденоматоз, тип II (МЭА-II, синдром Сипла) и тип III (МЭА-III, синдром невром слизистых оболочек)	1 раз в год

Синдром Тернера, синдром тестикулярной феминизации	1 раз в год
Дисгенезия гонад	1 раз в год
Псевдогермафродитизм	1 раз в год
<b>Наблюдаются у врача-гематолога</b>	
Острые лейкозы	по показаниям
Хронический миелолейкоз	по показаниям
Хронический лимфолейкоз	по показаниям
Миеломная болезнь	по показаниям
Лимфоаденопатия	по показаниям
Остеомиелосклероз	1 раз в год
Гипопластическая анемия	1 раз в год
<b>Наблюдаются у врача-невропатолога</b>	
Вертеброгенные заболевания периферической нервной системы: радикулиты (шейный, грудной, пояснично-крестцовый) после выраженного приступа заболевания с временной утратой трудоспособности; декомпенсация заболевания (затянувшееся обострение, частые обострения)	по показаниям
Нейрофиброматоз (болезнь Реклингхаузена)	по показаниям
Туберкулезный склероз	по показаниям
Телеангиэктатическая атаксия (синдром Луи-Бар)	по показаниям
<b>Наблюдаются у врача-хирурга</b>	
Полипоз толстой кишки после оперативного лечения: диффузный ворсинчатые опухоли множественные полипы и тубулярно-ворсинчатые аденомы единичные тубулярные аденомы	1 раз в год
Множественные и единичные полипы и тубулярно-ворсинчатые аденомы (после операции)	1 раз в год
Одиночные полипы толстой кишки, не подлежащие операции (размер менее 0,4 см)	1 раз в год
<b>Наблюдаются у врача-хирурга/врача-маммолога</b>	
Мастопатия фиброзно-кистозная (фиброаденоматоз или дисгормональные гиперплазии)	1 раз в год, по показаниям чаще
Узловая мастопатия	1 раз в год, по показаниям чаще
Фиброаденома молочной железы	1 раз в год, по показаниям чаще
Папилломатоз молочной железы	1 раз в год, по показаниям чаще
<b>Наблюдаются у врача-уролога</b>	
Аденома предстательной железы	1-2 раза в год
Хронический простатит	1-2 раза в год
Папилломы, полипы мочевого пузыря и уретры	1-2 раза в год
Лейкоплакия, лейкокератоз, остроконечные кондиломы (папилломы) полового члена	1-2 раза в год
<b>Наблюдаются у врача-травматолога-ортопеда</b>	
Состояния после оперативных вмешательств на опорно-двигательном аппарате в связи с опухолевым и системным поражением	ежеквартально в течение первого года, затем 2 раза в год

<b>Наблюдаются у врача-офтальмолога</b>	
Опухоли век, конъюнктивы, Злокачественные новообразования органа зрения (после проведенного специального лечения (хирургического, лучевого))	по показаниям
<b>Наблюдаются у врача-оториноларинголога</b>	
Хронический ларингит, хронический хордит, контактные язвы, папилломатоз, фиброматоз, пахидермия	по показаниям
<b>Наблюдаются у врача-стоматолога</b>	
Лейкоплакия	2 раза в год
Красный плоский лишай	по показаниям
Абразивный хейлит Манганотти	по показаниям
Кератоакантома или кожный рог	по показаниям
Папилломатоз полости рта	по показаниям
Состояние после операции по поводу доброкачественных опухолей челюстно-лицевой области: костей (кисты, амелобластомы, эпулисы и т.д.) мягких тканей (смешанная, сосудистая, папилломы, фибромы, миомы и др.)	по показаниям
Лучевые поражения костных и мягких тканей челюстно-лицевой области	2 раза в год
<b>Наблюдаются у врача-дерматолога</b>	
Дерматомиозит	по показаниям
Баланопостит, крауроз	по показаниям
Невусы (сосудистые, пигментные)	по показаниям
Синдром базально-клеточного невуса	ежеквартально в течение первого года, затем 2 раза в год
Синдром линейного сального невуса	
Пигментная ксеродерма	
Множественный родинковый синдром	
<b>Наблюдаются у врача-гинеколога</b>	
Эрозия шейки матки	по показаниям
Эктропион	по показаниям
Полипы шейки матки и эндометрия	по показаниям
Эндометриоз	по показаниям
Кодиломы шейки матки	по показаниям
Дискератозы шейки матки (лейкоплакия, крауроз)	по показаниям
Гиперплазия эндометрия (железистая и атипическая)	по показаниям
Аденоматоз	по показаниям
Дисплазия эпителия шейки матки II-III степени	не реже 1 раза в год

Примечание: все вышеперечисленные заболевания, сопровождающиеся дисплазией II-III степени, подлежат постоянному наблюдению у онколога с осмотром не реже 1 раза в год с морфологическим подтверждением динамики процесса.

## Список использованных источников информации

1. Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: A Global Perspective. Washington, DC: World Cancer Research Fund/ American Institute for Cancer Research, 2007. Also available online . Last accessed January. 10, 2013.
2. National Cancer Institute: PDQ® Cancer Prevention Overview. Bethesda, MD: National Cancer Institute. Date last modified. 31.01.2013.
3. Заридзе Д.Г. Профилактика рака. Руководство для врачей. -М.: ИМА-ПРЕСС, 2009. -224 с.
4. Parkin DM: The global health burden of infection- associated cancers in the year 2002. *Int J Cancer* 118 (12): 3030-44, 2006.
5. Scotto J, Fears TR, Fraumeni JF Jr: Solar radiation. In: Schottenfeld D, Fraumeni JF Jr, eds.: *Cancer Epidemiology and Prevention*. 2nd ed. New York, NY: Oxford University Press, 1996, pp 355-72.
6. National Research Council (U.S.), Committee to Assess Health Risks from Exposure to Low Levels of Ionizing Radiation.: *Health Risks From Exposure to Low Levels of Ionizing Radiation: BEIR VII Phase 2*. Washington, DC: National Academies Press, 2006. Also available online. Last accessed January. 10, 2013.
7. Smith-Bindman R, Lipson J, Marcus R, et al.: Radiation dose associated with common computed tomography examinations and the associated lifetime attributable risk of cancer. *Arch Intern Med*. 169 (22): 2078-86, 2009.
8. Berrington de Gonzalez A, Mahesh M, Kim KP, et al.: Projected cancer risks from computed tomographic scans performed in the United States in 2007. *Arch Intern Med*. 169 (22): 2071- 7, 2009.
9. Wolin KY, Colditz GA: Can weight loss prevent cancer? *Br J Cancer*. 99 (7): 995-9, 2008.
10. Huang HY, Caballero B, Chang S, et al.: The efficacy and safety of multivitamin and mineral supplement use to prevent cancer and chronic disease in adults: a systematic review for a National Institutes of Health state-of-the-science conference. *Ann Intern Med*. 145 (5): 372-85, 2006.
11. Онкология. Национальное руководство. Краткое издание /под ред акад. РАМН В.И. Чиссова, акад РАН и РАМН М.И. Давыдова. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. -576 с.
12. Ларионова В.Б., Горожанская Э.Г. Возможности Гептрала в коррекции нарушений механизмов антиоксидантной защиты у онкологических больных. *Методические рекомендации*. М., 2010. 49 с.15.
13. Актуальные и дискуссионные вопросы лекарственной гепатотоксичности в онкологии Эффективная фармакотерапия. *Онкология, гематология и радиология*. 5/2012; с.2-9.
14. Santini D, Vincenzi B, et al. S-adenosylmethionine (AdoMet) supplementation for treatment of chemotherapy - induced liver injury. *Anticancer Res*. 2003; 23(6D): 5173-79.
15. Актуальные и дискуссионные вопросы лекарственной гепатотоксичности в онкологии Эффективная фармакотерапия. *Онкология, гематология и радиология*. 5/2012; с.2-9.