ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

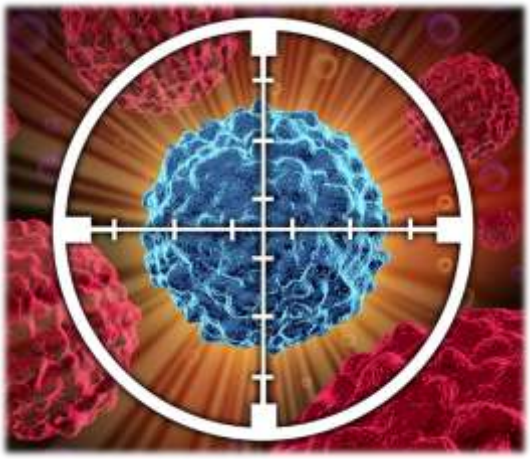
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

Кафедра онкологии с курсом торакальной хирургии ФПК и ППС ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России

ГБУЗ «Клинический онкологический диспансер №1» Министерства здравоохранения Краснодарского края

ПРОФИЛАКТИКА И РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ

(учебно-методическое пособие для врачей)



Краснодар, 2017 г.
УДК 616-006:616.07:470.620-075.8
ББК 55.6
П 84

Составители:

Р.А. Мурашко – *главный врач ГБУЗ «Клинический онкологический диспансер №1» министерства здравоохранения Краснодарского края, главный внештатный специалист онколог министерства здравоохранения Краснодарского края, врач высшей квалификационной категории, доцент кафедры онкологии с курсом торакальной хирургии ФПК и ППС ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, кандидат медицинских наук*

А.Г. Барышев – *заместитель главного врача по хирургической помощи ГБУЗ «НИИ – Краевая клиническая больница №1 им. проф. С.В. Очаповского» министерства здравоохранения Краснодарского края, заведующий кафедрой хирургии №1 ФПК и ППС ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, доктор медицинских наук, главный хирург Краснодарского края, врач высшей квалификационной категории*

Л.Г. Тесленко – *заместитель главного врача по организационно-методической работе ГБУЗ «Клинический онкологический диспансер №1» министерства здравоохранения Краснодарского края, врач высшей квалификационной категории, ассистент кафедры онкологии с курсом торакальной хирургии ФПК и ППС ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, кандидат медицинских наук*

В.Н. Бодня – *доцент кафедры онкологии с курсом торакальной хирургии ФПК и ППС ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, доктор медицинских наук*

Л.Л. Степанова – *заведующий организационно-методического отдела ГБУЗ «Клинический онкологический диспансер №1» министерства здравоохранения Краснодарского края, кандидат медицинских наук*

Рецензенты:

- *главный врач ГБУЗ «Онкологический диспансер № 3» министерства здравоохранения Краснодарского края (г. Новороссийск), доктор медицинских наук, доцент, врач высшей квалификационной категории* **М.Г. Леонов**
- *заведующий кафедрой общей хирургии ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный работник здравоохранения Кубани, заслуженный врач России, академик РАМТН, действительный член Ассоциации общих хирургов России* **Ю.П. Савченко**

Учебно-методическе пособие составлено на основании ФГОС ВО в соответствии с требованиями ФГОС ВО, предназначено для организаторов здравоохранения, руководителей медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, заведующих поликлиниками, врачей-онкологов, хирургов, интернов и ординаторов.

Рекомендовано к изданию ЦМС ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России
протокол №3 от 7 ноября 2017 г.

Предисловие

Данное учебно-методическое пособие, которое посвящено одному из важнейших разделов онкологии-профилактики и ранней диагностики злокачественных новообразований, разработано на основании многолетней практики преподавания этой дисциплины на кафедре онкологии с курсом торакальной хирургии ФПК и ППС Кубанского государственного медицинского университета.

Цель данного учебно-методического пособия – организация эффективной работы по комплексной профилактике злокачественных новообразований, активному выявлению и лечению предопухолевых заболеваний, своевременной диагностики рака на ранних стадиях, пропаганде онкологической настороженности среди врачей общей лечебной сети. Особое внимание уделяется первичной профилактике рака, фактором риска развития злокачественных новообразований различных локализаций, а также современным и перспективным методам скрининга.

Оно предназначено для организаторов здравоохранения, руководителей медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, заведующих поликлиниками, врачей-онкологов, хирургов, интернов и ординаторов, студентов.

Учебно-методическое пособие включает: статистический, теоретический материал, рекомендации к практической деятельности и задания для самоконтроля. Рекомендовано к использованию для самообразования, в рамках программы ординатуры, профессиональной программы повышения квалификации по специальности «Онкология».

Введение

Всем известна аксиома: чем раньше выявлено заболевание, тем более благоприятен прогноз в отношении выживаемости и трудоспособности онкологических больных.

Первичная профилактика рака – предупреждение воздействия веществ и факторов, вызывающих рак, нормализация питания и образа жизни, повышение устойчивости организма к вредным факторам. Общеизвестны составляющие «здорового образа жизни» – умеренная физическая активность, рациональный режим труда и отдыха. Одним из важнейших правил является рациональное сбалансированное питание, которое включает следующие принципы: предупреждение ожирения – особенно актуально для предупреждения развития рака молочной железы, толстой кишки и предстательной железы; обязательное присутствие в пище овощей и фруктов, которые обеспечивают организм растительной клетчаткой, витаминами и веществами, обладающими антиканцерогенным действием; регулярное и достаточное употребление растительной клетчатки, которая содержится в цельных зернах злаковых, овощах, фруктах. Растительная клетчатка связывает ряд канцерогенов, уменьшает контакт канцерогенов с толстой кишкой за счет улучшения моторики. Необходимо ограничение потребления алкоголя, так как алкоголь является одним из факторов риска развития рака полости рта, пищевода, печени и молочной железы. Развитию злокачественных новообразований полости рта, глотки, трахеи, бронхов, легкого, поджелудочной железы способствует курение. Избыточное воздействие лучей ультрафиолетового спектра ведет к развитию злокачественных новообразований кожи. Кроме этого, последние десятилетия медицина обогатилась знаниями о связи возникновения ряда злокачественных новообразований различных локализаций – шейки матки, полости рта с вирусом папилломы человека. Клинические наблюдения свидетельствуют, что возникновению злокачественных опухолей, как правило, предшествуют длительно протекающие хронические процессы, сопровождающиеся гиперпластическими и неопластическими изменениями тканей. Вторичная профилактика рака – это наблюдение за группами риска, выявление и лечение предраковых заболеваний.

Диагностика предопухолевых заболеваний и ранних форм злокачественных опухолей базируется на правильно собранном анамнезе жизни, тщательном анализе предъявляемых жалоб, вредных привычек, особенностей производственной деятельности в настоящем и прошлом. Диспансеризация населения, формирование групп повышенного онкологического риска и их углубленное обследование позволяют повысить выявляемость предраковых заболеваний и злокачественных новообразований на ранних стадиях, особенно для визуальных локализаций.

Оглавление

Предисловие 3
Введение 4
Глава 1. ОСНОВНЫЕ СТАТИСТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИМИ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ 6
Глава 2.Общие принципы профилактики онкологических заболеваний 17
2.1. Комплексная профилактика злокачественных новообразований 17
§2.2. Рак полости рта и глотки 21
§2.3 Рак пищевода 23
§2.4 Рак желудка 24
§2.5 Колоректальный рак (рак ободочной и прямой кишки) 26
§2.6 Рак печени 29
§2.7 Рак поджелудочной железы 32
§2.8 Рак гортани 33
§2.9 Рак трахеи, бронхов, легкого 35
§2.10 Опухоли кости и хряща 38
§2.11 Меланома и рак кожи 39
§2.12 Опухоли мягких тканей 42
§2.13 Рак молочной железы 44
§2.14 Рак шейки матки 48
§2.15 Рак тела матки 50
§2.16 Рак яичника 51
§2.17 Рак предстательной железы 52
§2.18 Рак почки 55
§2.19 Рак мочевого пузыря 57
§2.20 Рак щитовидной железы 58
Глава 3.Общие принципы профилактики ранней диагностики ЗНО 60
Тесты для самоконтроля 61
ЛИТЕРАТУРА 62

Глава 1. ОСНОВНЫЕ СТАТИСТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИМИ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ

В Краснодарском крае ежегодно регистрируется более 20 тысяч вновь выявленных больных со злокачественными новообразованиями (ЗНО), более 163 тысяч человек на конец 2016 г. находятся на диспансерном наблюдении у врачей-онкологов с диагнозом «злокачественное новообразование».

Онкологическая заболеваемость (интенсивные показатели) за последние 5 лет выросла на 9,6%. Это связано, в том числе, с усилением работы по профилактике и раннему выявлению ЗНО в муниципальных образованиях края. В РФ в 2016 г. показатель онкологической заболеваемости составил 409,4 на 100 тыс. населения страны. По уровню показателя заболеваемости ЗНО в 2015 г. Краснодарский край занимал 34-е место среди регионов РФ.

Среди мужчин края ЗНО встречались в 2016 г. с частотой 469,1 на 100 тыс. мужского населения. Уровень интенсивного показателя заболеваемости мужчин возрос за последние 5 лет на 10,1%. Более низкими темпами растет онкозаболеваемость женщин. Интенсивный показатель заболеваемости женщин, зафиксированный в 2016 г. на уровне 463,3 на 100 тыс. женского населения, превысил соответствующий показатель 2012 г. на 9,1%. Среди всех впервые выявленных случаев ЗНО у мужчин они встречались в 46,7%, у женщин – в 53,3%.

Прирост интенсивного показателя онкозаболеваемости среди мужчин за последние 5 лет выше, чем у женщин. Абсолютное число заболевших женщин на протяжении всех 5-ти лет значительно превышает число заболевших ЗНО мужчин.

Заболеваемость населения Краснодарского края ЗНО в 2012-2016 гг.

Пол	Годы					Прирост к 2012 г.
	2012	2013	2014	2015	2016	
Число заболеваний						
Оба пола	22569	23695	23981	24104	25695	13,9%
Мужчины	10490	11042	11182	11271	11905	13,5%
Женщины	12079	12653	12799	12833	13700	13,4%
Интенсивный показатель заболеваемости						
Оба пола	425,3	441,5	441,7	439,6	466,0	9,6%
Мужчины	426,1	443,3	443,9	443,1	469,1	10,1%
Женщины	424,6	439,9	439,9	436,5	463,3	9,1%

Резкий рост заболеваемости ЗНО начинается после 45 лет, как у мужчин, так и у женщин и достигает своего максимума к 80-84 годам. В возрастных

группах (по пятилетним интервалам) до 55 лет показатель заболеваемости среди женщин выше, чем среди мужчин, после 55 лет показатель у мужчин выше, чем среди женщин. Максимальное число заболевших приходится у мужчин на возрастную группу 65-69 лет (19,3%), у женщин – 75-79 лет (16,1%). Удельный вес больных в возрасте 25-54 года в группе заболевших женщин (22,8%) значительно выше, чем в группе мужчин (15,8%).

В 2016 г. наибольшее число ЗНО отмечается по таким локализациям, как онкопатология кожи (4040), легких (2482), молочной железы (2722), предстательной железы (1875), ободочной кишки (1697), прямой кишки (1315) и желудка (1234). За последние 5 лет снизилось количество впервые выявляемых ежегодно случаев ЗНО губы, гортани, щитовидной железы, меланомы кожи. Значительно выросло количество регистрируемых случаев онкопатологии предстательной железы, молочной железы, легких, ободочной и прямой кишки.

С 2012 г. заболеваемость ЗНО костей и суставных хрящей снизилась на 33,3%, губы на 32,0%, гортани на 21,4%, щитовидной железы на 12,8%. Значительно выросли за 5 лет показатели заболеваемости ЗНО предстательной железы – на 47,5%, полости рта и глотки – на 22,6%, мочевого пузыря – на 19,3%, ободочной кишки – на 17,6%, молочной железы – на 16,4%.

Динамика общих показателей онкологической заболеваемости населения
Краснодарского края (на 100 тыс. населения)

Локализация	**Годы**					**% прироста /убыли к 2012 г.**
	2012	***2013***	***2014***	***2015***	***2016***	
ЗНО – всего	***425,3***	***441,5***	***441,7***	***439,6***	***466,0***	***+9,6***
губы (С00)	2,5	2,3	1,8	1,9	1,7	-32,0
полости рта и глотки (С01-13)	9,3	10,0	10,0	10,9	11,4	+22,6
пищевода (С15)	3,2	3,4	2,9	3,5	3,7	+15,6
желудка (С16)	22,4	21,8	21,6	20,4	22,4	0
ободочной кишки (С18)	26,2	26,9	28,1	27,0	30,8	+17,6
прямой кишки (С19-21)	20,6	20,5	22,1	21,9	23,8	+15,5
печени (С22)	7,1	7,4	6,8	7,4	7,5	+5,6
поджелудочной железы (С25)	12,1	12,2	12,2	13,0	13,3	+9,9
гортани (С32)	5,6	5,1	5,4	5,5	4,4	-21,4
легких (С33,34)	41,2	39,8	41,2	42,8	45,0	+9,2
костей и суставных хрящей (С40,41)	1,5	1,3	1,2	1,0	1,0	-33,3
меланома кожи (С43)	8,1	8,0	8,8	10,2	8,6	+6,2
злокачественные новообразования кожи (С44)	71,5	80,1	80,1	73,3	73,3	+2,5
мезотелиальной и других	2,2	2,3	2,0	2,4	2,4	+9,1

мягких тканей (С46.1,3.7-9; 47; 49)						
молочной железы* (С50)	78,2	81,6	84,2	78,2	91,0	+16,4
шейки матки* (С53)	22,2	21,7	20,6	21,1	21,3	-4,1
тела матки* (С54)	30,2	32,4	32,3	31,5	31,1	+2,3
яичника* (С56)	17,2	18,2	17,2	17,6	17,6	+2,3
предстательной железы** (С61)	49,7	62,8	61,8	64,5	73,3	+47,5
почек (С64)	14,0	14,6	15,0	13,8	15,3	+9,3
мочевого пузыря (С67)	11,4	12,1	11,5	11,8	13,6	+19,3
щитовидной железы (С73)	16,4	14,4	12,9	13,6	14,3	-12,8
гемобластозы (С81-96)	21,7	21,0	21,0	21,8	23,9	+10,1

* - расчет проведен на женское население
** - расчет проведен на мужское население

Анализ структуры заболеваемости ЗНО по годам свидетельствует о следующих различиях. Если в 2012 г. первое место занимали ЗНО кожи (16,8%), второе – молочной железы (9,8%), третье – трахеи, бронхов, легкого (8,8%), четвертое – ободочной кишки (5,8%), пятое – желудка (5,3%), то в 2016 г. картина изменилась – первое место, по-прежнему, занимают злокачественные опухоли кожи (15,7%), на втором месте – злокачественные опухоли молочной железы (10,6%), на третьем рак трахеи, бронхов, легкого (9,7%), четвертое занял рак предстательной железы (7,3%), а пятое – рак ободочной кишки (6,6%).

В структуре смертности населения Краснодарского края новообразования стабильно занимают 2-е место (15,2%), уступая первое место лишь болезням системы кровообращения (46%). На протяжении последних 5-ти лет абсолютное число умерших от новообразований в крае сохраняется в пределах 10-11 тысяч человек ежегодно. Отмечается снижение показателя смертности от новообразований – с 203,6 на 100 тыс. населения в 2012 г. до 197,0 в 2016 г. По уровню интенсивного показателя смертности от новообразований в 2016 г. (197,0 на 100 тыс.) Краснодарский край занял 36-е место среди всех регионов Российской Федерации. За 5 лет отмечается также снижение показателя смертности и от злокачественных новообразований (на 3,5% (2012-2015гг.)). В течение 4 лет показатель смертности ниже среднероссийского уровня.

Самые высокие уровни смертности в 2016 г. отмечены при ЗНО трахеи, бронхов, легкого (36,3 на 100 тыс. населения), молочной железы (27,3) и предстательной железы (16,2). С 2012 г. наблюдается прирост показателей смертности при ЗНО печени (на 19%), меланомы (на 17,4%), поджелудочной железы (на 9%). Снижение показателей за 5 лет характерно для злокачественных новообразований: соединительной и мягких тканей – на 40,9%, костей и суставов – на 38,5%, гортани – на 21,2%.

Динамика смертности от ЗНО по основным локализациям в Краснодарском крае в 2012-2016 гг. (на 100 тыс. населения)

Локализация	Годы					% прироста/убыли к 2012 г.
	2012	2013	2014	2015	2016	
Всего	**201,7**	**194,8**	**193,2**	**200,2**	**194,6**	**-3,5**
Губа, полость рта и глотки	6,9	7,1	7,3	6,9	6,9	0
Пищевод	2,9	2,9	2,6	2,6	2,8	0
Желудок	17,7	18,0	16,7	16,1	15,9	-10,2
Ободочная кишка	15,2	14,3	14,3	16,0	13,7	-9,9
Прямая кишка	12,4	11,6	10,8	11,0	11,5	-7,3
Печень	10,0	10,0	9,2	11,2	11,9	+19
Поджелудочная железа	11,1	11,4	10,8	11,4	12,1	+9,0
Гортань	3,3	2,7	2,9	2,6	2,6	-21,2
Трахея, бронхи, легкое	36,1	34,0	32,6	34,8	36,3	+0,6
Кости и суставные хрящи	1,3	1,0	1,0	1,1	0,8	-38,5
Меланома	2,3	2,4	2,9	2,7	2,7	+17,4
Кожа	1,3	1,3	1,6	1,5	1,3	0
Мезотелиальная и мягкие ткани	2,2	2,4	2,2	2,4	1,3	-40,9
Молочная железа*	30,7	29,1	29,1	27,6	27,3	-11,1
Шейка матки*	9,4	8,6	8,2	8,9	8,0	-14,9
Тело матки*	8,8	8,5	8,8	8,7	8,9	+1,1
Яичники*	9,2	8,5	7,8	8,5	8,2	-10,9
Предстательная железа**	16,1	16,6	17,1	16,9	16,2	+0,6
Почки	5,3	5,5	5,3	5,3	5,4	+1,8
Мочевой пузырь	5,1	4,3	4,3	4,3	4,0	-21,6
Лимфатическая и кроветворная ткань	9,6	9,0	10,1	9,9	10,0	+4,2

* - расчет проведен на женское население

** - расчет проведен на мужское население

Первые три места в структуре онкологической смертности занимают злокачественные опухоли трахеи, бронхов, легкого (18,6%), желудка (8,2%), молочной железы (7,5%).

Динамика структуры смертности населения Краснодарского края от ЗНО в 2012-2016 гг. (%)

Локализация злокачественных новообразований	Годы				
	2012	2013	2014	2015	2016
Легкие	17,9	17,3	16,4	17,1	18,6
Желудок	8,7	9,2	8,7	8,0	8,2
Молочная железа	8,3	8,0	8,3	7,3	7,5
Ободочная кишка	7,5	7,3	7,9	7,9	7,1
Поджелудочная железа	5,5	5,8	5,6	5,6	6,2
Лимфомы и лейкемии	4,9	4,6	5,4	5,0	5,1
Печень	4,9	5,1	5,0	5,5	6,1
Прямая кишка	6,2	5,9	4,9	5,4	5,9
Предстательная железа	3,6	3,9	4,1	3,9	3,9
Губа, полость рта и глотки	3,4	3,6	3,7	3,4	3,3
Почки	2,6	2,7	2,8	2,6	2,8
Шейка матки	2,5	2,3	2,4	2,3	2,4
Яичники	2,5	2,3	2,5	2,2	2,2
Мочевой пузырь	2,5	2,2	2,2	2,1	2,1
Прочие	19,0	19,8	20,1	21,7	18,6

Морфологическая верификация является основным критерием надежности и достоверности диагноза. В 2016 г. этот показатель составил в Краснодарском крае 90,5%. Следует заметить положительную динамику этого показателя на протяжении всех последних лет (в 2012 г. показатель составлял по краю 88,9%). Это является свидетельством улучшающегося качества диагностики онкологических заболеваний.

Динамика основных показателей состояния онкологической помощи больным Краснодарского края в 2012–2016 гг.

Годы	Морфологическая верификация диагноза (%)	Выявлено при профилактических осмотрах в % к новым больным	Распределение вновь выявленных больных по стадиям процесса (%)				Одногодичная летальность (%)
			I-II	III	IV	стадия не установлена	
2012	88,9	19,3	55,5	15,5	19,5	9,5	23,5
2013	88,1	21,0	55,5	15,7	19,5	9,3	23,1
2014	89,2	23,9	55,6	16,5	19,4	8,5	23,4
2015	89,3	26,0	55,7	18,2	19,4	6,7	22,4
2016	90,5	27,9	57,0	16,9	19,2	6,9	22,0

За последние 5 лет удельный вес морфологической верификации диагноза злокачественных новообразований печени увеличился на 41,7%, поджелудочной железы – на 18,0%, почки – на 13,7%.

Удельный вес морфологической верификации диагноза ЗНО (%)

Локализация	Годы					% прироста/ убыли к 2012 г.
	2012	2013	2014	2015	2016	
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	***86,7***	***87,7***	***88,8***	***90,4***	***91,3***	***+5,3***
КРАСНОДАРСКИЙ КРАЙ – всего	***88,9***	***88,1***	***89,2***	***89,3***	***90,5***	***+1,8***
Губа	99,2	100,0	99,0	100,0	100,0	+0,8
Полость рта и глотки	96,3	95,6	96,2	96,8	97,4	+1,1
Пищевод	85,5	78,3	91,2	85,6	89,8	+5,0
Желудок	89,5	88,0	89,4	89,5	88,6	-1,0
Ободочная кишка	88,3	88,1	89,5	90,6	91,3	+3,4
Прямая кишка	92,6	90,3	92,6	96,2	95,4	+3,0
Печень	32,6	36,3	44,0	40,7	46,2	+41,7
Поджелудочная железа	43,8	41,6	40,9	35,6	51,7	+18,0
Гортань	97,2	96,2	96,9	95,9	98,3	+1,1
Трахея, бронхи, легкое	67,9	66,2	67,0	67,2	70,4	+3,7
Кости и суставные хрящи	83,6	90,0	84,6	77,1	84,9	+1,6
Меланома кожи	99,3	98,1	98,5	99,8	99,6	+0,3
Злокачественные новообразования кожи	99,6	99,5	99,6	100,0	100,0	+0,4
Мезотелиальная и другие мягкие ткани	99,1	96,6	95,3	97,7	97,8	-1,3
Молочная железа	97,5	97,8	97,3	98,4	97,7	+0,2
Шейка матки	98,2	97,1	97,8	99,2	98,9	+0,7
Тело матки	98,3	98,2	98,2	98,7	98,6	+0,3
Яичники	92,9	90,6	88,7	89,1	91,8	-1,2
Предстательная железа	95,8	95,9	96,0	96,4	97,3	+1,6
Почки	74,4	68,9	79,7	80,7	84,6	+13,7
Мочевой пузырь	92,3	93,0	92,5	93,6	95,3	+3,3
Щитовидная железа	99,7	99,1	98,6	99,6	99,6	-0,1

Одним из основных критериев оценки диагностического компонента помощи онкологическим больным в учреждениях общей лечебной сети является показатель запущенности. По сравнению с 2012 г. (19,5%) показатель выявления онкологических больных в запущенной стадии заболевания снизился на 1,6% и составил в 2016 г. – 19,2%.

Однако, по ряду локализаций наблюдается тенденция увеличения показателя запущенности с 2012 г. – при раке кожи – на 500,0%, при раке тела матки – на 29,1%, раке печени – на 25,8%.

Уровень показателя запущенности в течение 2012-2016 гг. остается ниже среднероссийских показателей за аналогичный период. Внедрение современных высокоинформативных методов диагностики, в том числе магнитно-резонансной и компьютерной томографии, цифровой маммографии, малоинвазивных вмешательств, иммуногистохимических и иммуноферментных исследований, а также активно проводимые профилактические мероприятия в муниципальных образованиях Краснодарского края позволили снизить число впервые выявляемых онкозаболеваний в запущенных стадиях.

Удельный вес числа больных злокачественными новообразованиями, взятых на учет с IV стадией заболевания в 2012-2016 гг. (%)

Локализация	Годы					% прироста/ убыли к 2012 г.
	2012	2013	2014	2015	2016	
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	***21,2***	***21,1***	***20,7***	***20,4***	***20,5***	***-3,3***
КРАСНОДАРСКИЙ КРАЙ всего	***19,5***	***19,5***	***19,4***	***19,4***	***19,2***	***-1,5***
Губа	5,4	2,5	3,1	3,8	1,1	-79,6
Полость рта и глотки	44,9	40,9	47,8	44,2	18,8	-58,1
Пищевод	37,5	47,2	39,9	32,6	37,6	+0,3
Желудок	49,6	52,0	51,4	45,4	45,5	-8,3
Ободочная кишка	30,6	28,3	27,3	27,5	27,7	-9,5
Прямая кишка	21,4	24,7	25,9	23,3	26,4	+23,4
Печень	55,8	56,7	61,3	66,7	70,2	+25,8
Поджелудочная железа	56,2	58,9	55,8	59,9	58,2	+3,6
Гортань	17,1	16,9	19,8	13,8	15,8	-7,6
Трахея, бронхи, легкое	53,3	52,5	55,8	55,6	55,4	+3,9
Меланома кожи	12,5	11,1	8,8	7,0	5,9	-52,8
Кожа	0,1	0,2	0,1	0,8	0,6	+500,0
Молочная железа	8,2	8,6	9,1	8,6	7,5	-8,5
Шейка матки	13,1	15,6	14,1	14,6	14,4	+9,9
Тело матки	5,5	4,3	6,6	4,1	7,1	+29,1
Яичники	17,5	22,9	20,3	15,2	18,9	+8,0
Предстательная железа	20,0	16,0	15,9	14,7	13,9	-30,5
Почки	27,0	29,5	25,1	26,7	25,2	-6,7
Мочевой пузырь	11,0	11,6	13,4	9,9	8,8	-20,0
Щитовидная железа	4,4	3,4	4,2	6,1	5,1	+15,9

Реальный показатель запущенности выше (в 2016 г. – 25,0%), так как следует учитывать больных с новообразованиями визуальных локализаций, диагностированными в III стадии заболевания. По сравнению с 2012 г. он снизился на 0,4%. По итогам 2016 г. он ниже среднероссийского уровня (26,3%). Обращает на себя внимание увеличение за последние 5 лет

удельного веса числа больных со злокачественными новообразованиями, выявленных в III-IV стадиях заболевания щитовидной железы (с 13,6% до 17,4%), прямой кишки (с 36,5% до 40,3%), кожи (с 1,3% до 2,9%). Снизились показатели запущенности рака губы, молочной железы и меланомы кожи.

Удельный вес числа больных злокачественными новообразованиями визуально обозримых локализаций, взятых на учет с III–IV стадиями заболевания (%)

Годы	всего	губа	полость рта (рото-, носо-, гортаноглотка)	щитовидная железа	меланома кожи	кожа	молочная железа	шейка матки	прямая кишка
2012	25,1	13,9	73,8	13,6	20,5	1,3	32,3	44,6	36,5
2013	24,7	6,6	68,2	17,9	16,5	1,3	29,8	50,9	37,6
2014	25,2	9,2	69,6	16,5	19,9	1,2	31,8	51,6	43,2
2015	25,2	9,4	82,5	19,3	20,2	3,0	31,7	45,7	39,9
2016	25,0	9,8	72,4	17,4	15,3	2,9	28,0	47,3	40,3

Подтверждением качества диагностики злокачественных новообразований является показатель одногодичной летальности, который в 2016 г. в Краснодарском крае составил – 22,0%, что ниже среднероссийского показателя (23,2%). Показатель летальности в течение первого года после установления основного диагноза является одним из наиболее объективных в комплексной оценке состояния диагностической и лечебной помощи больным.

Удельный вес больных, умерших в течение первого года после установления диагноза в 2012-2016 гг. (%)

Локализация	Годы					% прироста /убыли к 2012 г.
	2012	2013	2014	2015	2016	
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	***26,1***	***25,3***	***24,8***	***23,6***	***23,2***	***-11,1***
КРАСНОДАРСКИЙ КРАЙ – всего	***23,5***	***23,1***	***23,4***	***22,4***	***22,0***	**-6,4**
губы (С00)	2,3	5,1	4,3	4,3	5,1	+121,7
полость рта и глотки (С01-14)	42,1	39,4	33,0	39,0	34,1	-19,0
пищевода (С15)	64,0	57,5	57,6	75,0	60,5	-5,5
желудка (С16)	52,4	50,2	50,1	50,1	54,7	+4,4
ободочной кишки (С18)	26,9	26,3	23,7	22,4	22,3	-17,1
прямой кишки (С19-21)	24,3	24,4	25,6	20,9	19,3	-20,6
печени (С22)	76,8	82,5	77,3	82,6	80,6	+4,9
поджелудочной железы (С25)	69,6	68,0	70,6	71,1	70,1	+0,7
гортани (С32)	21,3	21,9	24,5	21,9	16,8	-21,1
легких (С33,34)	58,2	55,6	61,1	59,4	58,3	+0,2

костей и суставных хрящей (С40,41)	35,3	32,9	41,8	27,0	28,9	-18,1
меланома кожи (С43)	14,0	12,2	13,0	11,6	8,9	-36,4
злокачественные новообразования кожи (С44)	0,5	0,6	0,4	0,4	0,4	-20,0
мезотелиальной и других мягких тканей (С46.1,3,7-9; 47; 49)	26,4	22,1	21,9	20,6	19,7	-25,4
молочной железы (С50)	8,3	8,2	8,6	8,3	8,8	+6,0
шейки матки (С53)	18,9	18,0	20,1	21,2	18,4	-2,6
тела матки (С54)	9,0	9,0	8,4	8,9	7,6	-15,6
яичника (С56)	26,1	19,9	22,0	25,6	23,2	-11,1
предстательной железы (С61)	10,0	9,7	8,0	6,0	6,3	-37,0
почки (С64)	18,6	20,5	21,2	16,6	17,0	-8,6
мочевого пузыря (С67)	21,3	14,5	14,2	14,6	13,6	-36,2
щитовидной железы (С73)	2,0	1,9	2,5	1,7	2,7	+35,0
злокачественные лимфомы (С81-85, 88, 90, 96)	18,7	19,6	20,9	16,5	18,5	-1,1
лейкозы (С91-95)	24,2	18,9	21,8	17,2	16,1	-33,5

С 2012 г. показатель одногодичной летальности уменьшился на 6,4%. Максимальный уровень одногодичной летальности наблюдается в 2016 г. при злокачественных опухолях печени (80,6%), поджелудочной железы (70,1%), пищевода (60,5%), легких (58,3%), желудка (54,7%).

Показатель выявления ЗНО на ранних (I-II) стадиях относится к индикаторам выполнения Государственной программы Краснодарского края «Развитие здравоохранения». Данный показатель за 5 лет в Краснодарском крае увеличился на 2,9% и составил в 2016 г. 57%.

В 57% случаев злокачественные новообразования в 2016 г. диагностировались в I-II стадиях (в РФ – 54,7%), что позволяло провести полноценное радикальное лечение опухоли. Максимальная доля больных с I-II стадиями процесса зарегистрирована при раке кожи (96,8%), губы (89,1%), тела матки (85,9%), щитовидной железы (82,5%), мочевого пузыря (82,8%), меланомы кожи (83,8%). Низкая ранняя выявляемость отмечена при злокачественных новообразованиях печени (11,2%), трахеи, бронхов, легкого (22,9%), полости рта и глотки (27,6%) поджелудочной железы (28,3%), костей и суставных хрящей (39,6%).

Контингенты больных злокачественными новообразованиями составили на конец 2016 года 163 019 человек или 3% населения края. Из них сельские жители составили – 36,1%, состоящих под диспансерным наблюдением. За последние 5 лет численность онкологических больных, состоящих на диспансерном учете, в крае увеличилась на 21987 человек. Интенсивный показатель распространенности увеличился до 2972,96 на 100 тысяч населения. Следует отметить, что по сравнению с 2012 г., данный показатель вырос на 10,2%.

Наибольшие показатели распространенности злокачественных новообразований в 2016 г., отмечаются по опухолям молочной железы (715,1на 100 тыс. женского населения), кожи (490,1 на 100 тыс. населения), тела матки (382,6 на 100 тыс. женского населения), предстательной железы (402,9 на 100 тыс. мужского населения).

Динамика численности контингентов онкобольных в 2012-2016 гг. (на 100 тысяч населения)

Локализация	Годы				
	2012	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	***2095,4***	***2164,0***	***2257,2***	***2329,8***	***2385,0***
КРАСНОДАРСКИЙ КРАЙ – всего	***2682,6***	***2681,2***	***2716,2***	***2849,4***	***2972,9***
губы	57,1	56,5	52,5	52,6	54,1
полости рта и глотки	43,8	45,3	44,0	46,8	48,6
пищевода	5,8	5,7	5,5	6,1	6,7
желудка	80,4	78,1	78,5	80,1	83,6
ободочной кишки	137,7	143,4	147,2	153,2	163,6
прямой кишки	104,8	107,9	114,7	120,2	127,5
печени	6,1	4,3	5,1	5,3	7,4
поджелудочной железы	13,0	10,9	11,9	13,2	16,9
гортани	31,6	31,4	31,0	30,0	31,7
трахеи, бронхов, легкого	79,9	79,1	83,9	92,4	102,1
костей и суставных хрящей	16,0	16,0	15,2	14,8	14,6
меланома кожи	65,6	68,2	68,9	73,9	77,3
злокачественные новообразования кожи	513,6	516,8	485,2	507,9	490,1
соединительной и мягких тканей	17,5	18,4	19,0	19,9	20,9
молочной железы*	719,8	605,2	638,3	676,9	715,1
шейки матки*	265,2	265,1	268,5	274,7	275,9
тела матки*	333,0	334,2	354,0	371,3	382,6
яичника*	134,2	126,1	140,3	145,3	149,6
предстательной железы**	264,6	323,9	325,2	360,9	402,9
почки	73,8	79,0	84,8	90,8	99,2
мочевого пузыря	80,9	85,2	86,3	90,6	96,9
щитовидной железы	222,0	231,4	236,5	245,7	255,3
злокачественные лимфомы	71,9	75,5	77,1	81,0	84,8
лейкемии	67,9	71,5	74,0	77,7	83,2

* - расчет проведен на женское население

** - расчет проведен на мужское население

Состояние своевременной диагностики и проведения качественного лечения онкологических больных нашло свое отражение в таком показателе, как удельный вес больных, состоящих пять и более лет на учете в онкологических диспансерах края. На конец 2016 года в целом по краю этот показатель составил 53,2%, увеличившись за последние 5 лет на 6,4% (в РФ –

53,3%). Однако, при анализе данного показателя необходимо учитывать улучшение диспансерного наблюдения за онкологическими больными и более качественный статистический учет диспансерной группы онкопациентов.

Таким образом, по основным статистическим показателям заболеваемости злокачественными новообразованиями в Краснодарском крае отмечается положительная динамика. Для повышения качества оказания специализированной онкологической помощи необходима совместная работа онкологической службы и общей лечебной сети, полноценное функционирование первичных онкологических кабинетов во всех муниципальных медицинских организациях, увеличение профилактических акций, проведение мероприятий по ранней диагностике опухолевых и предопухолевых заболеваний. Активизация совместной работы медицинских организаций общей лечебной сети и онкологической службы по профилактике и ранней диагностике онкологических заболеваний будет способствовать росту выявляемости больных со злокачественными новообразованиями в I-II стадиях опухолевого процесса. И, как следствие, выявление больных с онкологическими заболеваниями на ранних стадиях позволит увеличить процент радикально излеченных, приведет к снижению инвалидизации и улучшит качество жизни пациентов.

Глава 2.Общие принципы профилактики онкологических заболеваний.

2.1. Комплексная профилактика злокачественных новообразований

Комплексная профилактика злокачественных новообразований включает: первичную (доклиническую), вторичную (клиническую) и третичную.

Первичная профилактика направлена на выявление и устранение или ослабление влияния неблагоприятных факторов окружающей среды на процесс возникновения злокачественной опухоли.

Распределение основных причин, формирующих заболеваемость раком, и соответственно мероприятия по их устранению (либо снижению влияния) выглядят следующим образом:

1) Неправильное питание (до 35%). Существует 6 основных принципов противораковой диеты, соблюдение которых позволяет существенно снизить риск развития рака:

- **Предупреждение ожирения** (избыточный вес является фактором риска развития многих злокачественных опухолей, в том числе рака молочной железы и рака тела матки).
- **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.
- **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.
- **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.

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

Наибольшим профилактическим воздействием на уменьшение риска развития рака обладает потребление фруктов и некрахмалистых овощей.

2) Курение (до 32%). Многочисленные научные исследования установили тесную связь между потреблением табака и раком легких, ротовой полости, пищевода, мочевого пузыря, почек, поджелудочной железы, желудка, шейки матки и острой миелоидной лейкемии. Увеличение распространенности курения среди населения влечет за собой увеличение смертности от рака и, наоборот, снижение распространенности курения снижает уровень смертности от рака легкого. Отказ от курения приводит к постепенному снижению риска развития рака, к увеличению продолжительности жизни, снижению общей заболеваемости и смертности

3) Вирусные инфекции (до 10%). Заражение штаммом вируса папилломы человека (ВПЧ) высокого онкогенного риска (типы 16, 18, 31, 33) рассматривается как обязательное событие для последующего развития рака шейки матки, а вакцинация против ВПЧ приводит к заметному снижению предраковых состояний. 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.

4) Сексуальные факторы (до 7%).

5) Малоподвижный образ жизни (до 5%). 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.

6) Профессиональные канцерогены (до 4%).

7) Алкоголизм (до 3%). Наиболее достоверное влияние оказывает избыточное потребления алкоголя на развитие рака полости рта, пищевода, молочной железы и колоректального рака.

8) Загрязнение окружающей среды (до 2%). 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

9) Отягощенная по злокачественным новообразованиям наследственность (до 2%).

10) Ультрафиолет солнца и ионизирующая радиация (до 1%). Воздействие солнечного ультрафиолетового излучения является основной причиной рака (не меланомы) кожи, который является на сегодняшний день наиболее распространенным и наиболее предотвратимым злокачественным новообразованием. Наиболее опасно пребывание на солнце в период с 10 ч и до 16 ч. 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. 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. Ограничение ненужных лечебно-диагностических исследований, связанных с использованием ионизирующих излучений, являются важной стратегией профилактики.

Неизвестными причинами обусловлены около 5% случаев рака.

Витамины и биологически активные добавки к пище относятся к профилактическим вмешательствам с не доказанной эффективностью.

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.

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 злокачественных новообразований.

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. 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).

§2.2. Рак полости рта и глотки

Особенности эпидемиологии. Раком полости рта и глотки чаще болеют мужчины. Среди женщин рак этих органов встречается крайне редко.

Факторы риска развития рака рта и глотки:

1) табак, включая оральные формы его потребления. Риск развития рака полости рта и глотки у мужчин, курящих сигареты, повышен в 6—13 раз. Величина относительного риска зависит от интенсивности курения и растет в зависимости от длительности курения и количества сигарет, выкуриваемых в день. Отказ от курения приводит к быстрому снижению риска. Через 10 лет после того, как курильщик бросил курить, относительный риск снижается до уровня риска некурящего.

Пассивное курение повышает риск рака полости рта и глотки. Длительное воздействие пассивного курения дома и на работе связано со статистически достоверным повышением относительного риска. У лиц, которые никогда не курили, но которые подвергались воздействию пассивного курения дома или на работе более 15 лет, относительный риск повышен на 60%.

Основной причиной развития рака полости рта и глотки в Индии и некоторых других странах является привычка закладывать под язык или за щеку или жевать табак и различные его смеси.

Снафф (snuff) – это обычный табак, перемолотый до мельчайших пылевых частиц. Такой табак не курят, а либо нюхают (сухой табак), либо закладывают за губу (влажный снафф). Эпидемиологическое исследование, проведенное в Северной Каролине, показало, что у мужчин, длительное время употребляющих снаф (snuff), относительный риск рака слизистой оболочки щеки и десен повышен в 50 раз.

2) Алкоголь. Относительный риск развития рака полости рта и глотки растет в зависимости от количества потребляемого алкоголя и особенно высок у мужчин и женщин, выпивающих более 800 г крепких алкогольных напитков в неделю.

Курение и потребление крепких алкогольных напитков усиливает влияние каждого из этих факторов на риск развития рака полости рта и глотки. По данным исследования, проведенного в США, курение более 40 сигарет в день связано с 7-кратным повышением риска, а потребление в неделю более 800 г крепких спиртных напитков — с 6-кратным увеличением риска.

По итоговой оценке курение и потребление алкоголя служит причиной в 64% случаев рака полости рта и в 72% случаев рака глотки.

В исследованиях, проведенных в России и других странах Восточной и Центральной Европы, было выявлено статистически достоверное повышение риска рака глотки и гортани, связанное с профессиональной экспозицией к органическим пестицидам, цементной и кирпичной пыли, продуктам сгорания керосина, бензина и дизельного топлива. Риск также повышен у людей, имевших профессиональный контакт со скотом (работники ферм, мясники).

Ранняя диагностика. У всех лиц, впервые обратившиеся в амбулаторно-поликлиническое учреждение в текущем году к любому специалисту, в том числе к стоматологу, а также при проведении диспансеризации, должны быть осмотрены полость рта и глотка. Наиболее целесообразно направлять таких пациентов в смотровой кабинет.

Признаками, подозрительными на злокачественное новообразование рта и глотки являются:

- наличие длительно незаживающей язвы, белые или красные пятна на деснах, языке, миндалинах или слизистой оболочке полости рта,
- непроходящая боль в полости рта, ощущение инородного тела при глотании,
- припухлость или утолщение щеки или на шее,
- затруднение жевания или глотания, затруднение движения челюстью или языком, онемение языка.

Профилактика включает отказ от вредных привычек: применения табака и злоупотребления алкогольными напитками.

§2.3 Рак пищевода

Особенности эпидемиологии. Более 80% всех случаев рака пищевода диагностируется в развивающихся странах. При этом доминирующей гистологической формой там является плоскоклеточный рак, в то время как аденокарцинома встречается за редким исключением только в индустриально развитых странах. Пятилетняя выживаемость больных раком пищевода очень низка в развитых странах – 10–17%, в США она достигает 17% как среди мужчин, так и среди женщин. В России показатель относительной 5-летней выживаемости мужчин больных раком пищевода равен 11%, женщин – 14%.

Факторы риска. Риск рака пищевода растет с увеличением количества потребляемого этанола и особенно высок у лиц, выпивающих более 420 г этанола в неделю. По сравнению с курившими 1—9 сигарет и выпивавшими в день менее 100 г 40% спиртного напитка у мужчин, которые в день выкуривали более 30 сигарет и выпивали более 300 г водки или другого 40% алкогольного напитка, риск рака пищевода был увеличен в 150 раз.

В этиологии аденокарциномы кардиального отдела пищевода важную роль играет гастроэзофагеальный рефлюкс, который приводит к постоянному раздражению и повреждению слизистой оболочки кардии, к ее метаплазии и дисплазии. Аденокарцинома кардии часто развивается на фоне эзофагита Барретта.

Выявлена связь между чрезмерным весом (ожирением) и повышенным риском аденокарциномы пищевода. Высокий риск рака пищевода в Иране, Центральной Азии и Китае, связан с дефицитом в диете овощей и фруктов, а соответственно, витаминов и других микроэлементов.

Риск рака пищевода повышен в связи с употреблением очень горячих напитков — чая в Иране и Центральной Азии и мате, напитка распространенного в Южной Америке.

Высказаны предположения о возможной роли потребления оральных форм табака, например бетеля, а также опия.

Ранняя диагностика рака данной локализации остается проблематичной.

Признаки, подозрительные на злокачественное новообразование пищевода и требующие проведения уточняющей диагностики включают: ощущение прохождения пищи по пищеводу, затруднения при глотании, боль за грудиной.

Такие признаки как снижение массы тела, ухудшение общего самочувствия, слабость часто свидетельствуют о распространенной стадии заболевания.

Профилактика включает отказ от вредных привычек, контроль веса, профилактику ожирения.

§2.4 Рак желудка

Особенности эпидемиологии. В целом в мире, как и в отдельных странах, отмечается снижение заболеваемости и смертности от рака желудка. Стандартизованная по возрасту заболеваемость раком желудка ежегодно снижается на 4-5%. Однако в ряде развитых стран имеет место рост заболеваемости раком кардиального отдела желудка. Средняя 5-летняя выживаемость больных раком желудка в Западной Европе равна 18%, в США среди мужчин этот показатель равен 24%, а у женщин 28%. В России показатель относительной выживаемости больных раком желудка, достигает 56%.

Факторы риска развития рака желудка:

1) факторы образа жизни, особенно питания. Относительный риск рака кардии, связанный с избыточным потреблением белков животного происхождения, равен 7, животных жиров — 7, насыщенных жирных кислот — 8.

2) курение. Относительный риск развития рака желудка, связанный с курением, колеблется в пределах 1,4 - 2,6

3) инфекция H. pylori. У лиц, у которых обнаружены антитела к H.pylori, риск рака желудка повышен на 50%.

4) потребление крепких спиртных напитков.

5) B12-дефицитная (пернициозная или злокачественная) анемия увеличивает в 3-4 раза риск рака желудка по сравнению со здоровыми людьми.

Ранняя диагностика рака желудка в России и во всем мире остается проблематичной. В Японии существует государственная программа скрининга рака желудка, которая привела к впечатляющим результатам: доля ранних форм рака составляет более 50%, выросла 5-летняя выживаемость с 20% до 40%, показатель 5-летней выживаемости у больных ранним раком желудка, выявленным при скрининге, достиг почти 100%. С начала 60-х годов для скрининга применялся метод фото-флюорографии с двойным контрастированием (барий и воздух), а в дальнейшем и гастроскопия.

В тоже время попытки внедрить скрининг в других странах не были столь успешными, что связано, прежде всего, с инвазивностью (дискомфортностью) эндоскопического метода и его достаточно высокой стоимостью.

Были предприняты попытки разработать серологический скрининг заболеваний желудка, включающий определение в сыворотке крови антител класса G к H. pylori (анти H. pylori IgG), пепсиногена I (PG1) и гастрина-17 (G-17). Комбинация этих трех тестов обладает высокой чувствительностью (83%) и специфичностью (95%) в диагностике атрофического гастрита. Однако, использование данного метода для ранней диагностики рака желудка еще требует дополнительных исследований.

Наиболее рациональным остается применение гастроскопии по показаниям (диспепсические проявления) и увеличение её информативности. В клинической практике используются различные эндоскопические методики для поиска раннего рака желудка, уточняющей диагностики неопластических изменений, позволяющих определить их характер и границы, а также для оценки глубины поражения: хромоскопия (окраска слизистой оболочки с помощью красителей), узкоспектральная эндоскопия (основана на использовании специальных оптических фильтров, суживающих спектр световой волны) увеличительная (100-кратная) эндоскопия («оптическая биопсия»), аутофлуоресцентная эндоскопия (основана на феномене естественной флуоресценции эндогенных веществ – флуорофоров слизистой оболочки ЖКТ).

Признаки, подозрительные на злокачественное новообразование желудка включают ощущение переполнения и тяжести, боли в желудке после еды, отрыжку, рвоту, приносящую облегчение, желудочные кровотечения. Такие признаки как анемия, ухудшение общего самочувствия, беспричинная слабость, снижение трудоспособности, быстрая утомляемость, отвращения к пище, стойкое снижение аппетита, потеря веса, относят к общим симптомам заболевания.

Профилактика рака желудка должна включать несколько компонентов:

- изменение привычек питания — повышение потребления овощей, фруктов, рыбы и других морепродуктов, растительных жиров и снижение потребления колбас, копченых и соленых продуктов, мяса и сливочного масла.
- отказ от курения и уменьшение до умеренного потребления спиртных напитков.
- соблюдение соответствующих гигиенических правил, направленных на профилактику инфицирования H.pylori. В случае же обнаружения инфекции — проведение соответствующего лечения (антибиотикотерапия) для эрадикации инфекции.

§2.5 Колоректальный рак (рак ободочной и прямой кишки)

Особенности эпидемиологии. Заболеваемость раком ободочной и прямой кишки растет практически во всех странах, в том числе и в России.

Факторы риска развития колоректального рака (КРР) включают:

1) возраст**. П**осле 40 лет среди формально здорового населения возрастает количество аденом и новообразований толстой кишки. У лиц старше 40 лет аденомы развиваются в 5-10%, причем с возрастом частота их нарастает и в 50-59 лет достигает 30%.

2) нерациональное питание. Повышают риск: избыточное употребление жиров, избыточное питание, употребление алкоголя, употребление пищи с ограниченным содержанием клетчатки. Росту случаев колоректальных карцином в развитых странах способствуют увеличение в пищевом рационе содержания мяса, особенно говядины и свинины.

3) ожирение, т.е. когда весоростовой индекс (ВРИ) (в иностранной литературе чаще используется понятие индекс массы тела) человека ≥30 кг/м², и в меньшей степени чрезмерный вес (ВРИ=25—29 кг/м²) являются признанными факторами риска развития рака толстой кишки. У лиц с ВРИ >30 кг/м² относительный риск увеличивается на 50—100%. Увеличение риска выражено больше у мужчин.

4) наличие аденоматозных полипов толстой кишки. В подавляющем большинстве случаев рак толстой кишки развивается из предшествующих аденоматозных полипов. Обнаружена выраженная корреляция между заболеваемостью раком толстой кишки и частотой обнаружения аденоматозных полипов при колоноскопии. Интересно, что фактором риска развития адноматозных полипов является ожирение. В проспективном исследовании американских медсестер выявлена связь между ВРИ и риском возникновения больших аденоматозных полипов толстой кишки. У женщин с ВРИ ≥29 кг/м² по сравнению с женщинами, у которых ВРИ был <21 кг/м², при колоноскопии в 2 раза чаще обнаруживались большие аденоматозные полипы.

5) врожденные болезни, такие как семейный аденоматозный полипоз, наследственный неполипозный рак толстой кишки, синдром Линча и синдром воспаленной кишки. Доля КРР, которая имеет наследственный характер, составляет по данным разных авторов 5-30%. У 10-30% пациентов имеется семейный анамнез. Синдром Линча – наследственное заболевание, сопровождающееся развитием злокачественных новообразований в толстом кишечнике. Причиной возникновения семейного аденоматозного полипоза кишки служит герминальная мутация в гене APC. У 90% носителей мутированного гена APC к 45 годам развивается рак толстой кишки.

6) малоподвижный образ жизни. Гипотония и атония кишечника в пожилом возрасте приводят к хроническим запорам. Наличие в кишечном содержимом эндогенных канцерогенов — индола, скатола, гуанидина, метаболитов стероидных гормонов — и их воздействие на слизистую

оболочку кишки в условиях длительного застоя каловых масс отрицательно сказывается на состоянии кишечника.

Ранняя диагностика. У всех лиц, впервые обратившиеся в амбулаторно-поликлиническое учреждение в текущем году к любому специалисту, в том числе к стоматологу, а также при проведении диспансеризации должно проводится пальцевое исследование прямой кишки. Наиболее целесообразно направлять таких пациентов в смотровой кабинет.

Скрининг КРР — это обследование лиц без симптомов заболевания для выявления у них возможных аденоматозных полипов и колоректального рака.

Научными исследованиями было доказано, что еще на доклиническом этапе опухоли и облигатные предраковые заболевания толстой и прямой кишки проявляются кишечными микрокровотечениями, определить которые возможно при исследовании кала на скрытую кровь. Иммунотурбодинамический метод определения крови в кале в настоящее время признан золотым стандартом для проведения скрининга на колоретальный рак.

Лица, у которых при скрининге выявляют подозрительные на рак признаки, должны быть подвергнуты диагностическому обследованию.

Всем мужчинам и женщинам, начиная с 50 лет, должно быть предложено проведение скрининга для выявления аденоматозных полипов и рака с помощью одного из следующих методов:

- ежегодное исследование кала на скрытую кровь;
- проведение гибкой сигмоидоскопии 1 раз в 5 лет;
- проведение колоноскопии каждые 10 лет;
- ирригоскопия с двойным контрастированием плюс сигмоидоскопия каждые 5-10 лет.

Различные методы скрининга рекомендуется проводить с разной периодичностью в зависимости от степени риска среди групп населения. Так, среди лиц старше 50 лет и не имеющих факторов риска развития колоректального рака, считается достаточным проведение гемокультттеста 1 раз в год. Выполнение сигмоидоскопии гибким сигмоидоскопом в этой группе рекомендуется каждые 5 лет. Рентгенологическое исследование толстой кишки с двойным контрастированием следует производить каждые 5-10 лет, либо каждые 10 лет выполнять колоноскопию. Эти рекомендации для проведения скрининга разработаны Американской академией семейных врачей.

Лицам, имеющим одного или двух родственников первой ступени родства с колоректальным раком или аденоматозными полипами в возрасте до 60 лет, должен быть предложен скрининг, начиная с 40 лет, с помощью одного из указанных выше методов. У лиц из группы повышенного риска полипоза и колоректального рака показана полная колоноскопия с биопсией подозрительных участков слизистой оболочки, удалением полипов и их гистологическим исследованием в соответствии с критериями ВОЗ.

Повторные колоноскопические исследования необходимо проводить не реже чем через 3 года.

Признаки, подозрительные на злокачественное новообразование толстого кишечника: вздутие живота, запоры, сменяемые поносами, анемия, схваткообразные боли в животе, кровь и слизь в кале при акте дефекации, чувство инородного тела в заднем проходе, чувство неполного опорожнения прямой кишки при акте дефекации, частые, ложные позывы на стул.

Профилактика КРР. Проспективное исследование, в которое было включено более полумиллиона представителей 10 стран Европы, показало, что потребление продуктов, богатых клетчаткой, было связано со статистически достоверным снижением риска рака толстой кишки. Авторы работы пришли к заключению: двукратное увеличение потребления продуктов, богатых клетчаткой, в исследуемой популяции должно привести к снижению риска рака толстой кишки на 40%. Считается, что в пищевой рацион взрослого человека должно входить 25-40 г пищевых волокон в сутки.

Пищевой рацион, в котором содержится большое количество овощей и фруктов, снижает риск рака толстой кишки. Они содержат активные вещества, которые подавляют развитие опухолей. К таким веществам в первую очередь относятся витамины С и Е, а также бета-каротин, селен, обладающие антиоксидантными свойствами, витамин А, фолиевая кислота, а также фитоэстрогены (изофлавинолы), флавоноиды, такие как кверцитин, индолы и т.д. Исходя из имеющихся научных данных, для профилактики рака толстой кишки можно рекомендовать питание, богатое рыбой и другими морепродуктами. Уменьшение потребления мяса, сливочного масла, копченых и соленых продуктов может также снизить риск рака толстой кишки.

Высокая физическая активность, как профессиональная, так и связанная с физическими упражнениями, приводит к снижению риска рака толстой кишки. Рекомендуется повышение физической активности — занятия физкультурой (бег, быстрая ходьба, физические упражнения) 30—40 мин в день не менее 4 раз в неделю.

Ограничение потребления алкогольных напитков является важным направлением профилактики колоректального рака.

§2.6 Рак печени

Особенности эпидемиологии. Основной, наиболее часто встречающейся формой рака печени, является гепатоцеллюлярный (печеночно-клеточный) рак. Значительно реже встречается рак печени, который происходит из клеток внутрипеченочных желчных протоков – холангиоцеллюлярный рак. Прогноз этого заболевания крайне неблагоприятен: 5-летняя выживаемость в США у мужчин равна 13%, у женщин – 15%. В России 5 лет проживают 6% мужчин больных раком печени и 12% женщин.

Факторы риска развития рака печени:

1) Высокая заболеваемость печеночно-клеточным раком коррелирует с высокой заболеваемостью гепатитом В и высокой частотой инфицированности вирусом гепатита В (ВГВ). Результаты более 10 проспективных когортных исследований показали, что хроническая инфекция ВГВ, т.е. серопозитивность к HBsAg, поверхностному антигену ВГВ, в 100 раз и более повышает риск развития гепатоцеллюлярного рака.

Исследования методом «случай-контроль» также выявили связь между серологическими показателями инфицированности ВГВ и относительным риском развития гепатоцеллюлярного рака. Относительный риск в этих работах колебался в пределах 5 – 30. ДНК ВГВ обнаруживают в опухолевых клетках практически у всех HbsAg-серопозитивных больных гепатоцеллюлярным раком, а также у 10—20% с серонегативным ответом.

Если принять во внимание, что заражение ВГВ чаще всего происходит перинатально или в раннем детском возрасте, а опухоль печени у подавляющего большинства больных возникает после 50 лет, то становится очевидным, что процесс канцерогенеза в печени протекает в течение длительного латентного периода.

Результаты проспективных когортных исследований показали, что наличие антител к вирусу гепатита С (ВГС), т.е. инфицированность ВГС, является маркером повышенного риска развития печеночно-клеточного рака. В работах, в которых использовались тест-системы первого поколения, показатель относительного риска достигает 100, в работах же, в которых использовались тест-системы второго поколения, относительный риск не превышал 50. Причинная связь между инфицированностью ВГС и раком печени была подтверждена выявлением в опухолевых клетках РНК ВГС.

2) Высокий риск развития рака печени связан с потреблением продуктов, загрязненных афлатоксином В1. Афлатоксин является микотоксином гриба Aspergilis flavus, который в результате длительного и неправильного хранения поражает зерно и некоторые другие продукты питания, например, земляной орех.

3) Чрезмерное потребление алкогольных напитков является причиной цирроза, заболевания, на фоне которого часто развивается рак. Кроме того, в результате метаболизма этанола образуется ацетилальдегид, канцерогенное вещество.

4) На основании исследований рабочая группа МАИР заключила, что курение фактор риска рака печени.

5) Длительное применение оральных гормональных противозачаточных средств повышает риск аденом и рака печени. Исследования, в ходе которых изучалась связь между приемом оральных контрацептивов и развитием рака печени, были проведены в развитых странах, где инфицированность ВГВ и ВГС редка. Среди неинфицированных больных риск рака печени, связанный с приемом (>8 лет) оральных контрацептивов, был повышен в 7 раз. Риск развития аденом печени значительно выше и может достигать 100. Применение анаболических стероидов, скорее всего, также связано с риском развития рака печени.

6) Холангиоцеллюлярный рак чаще встречается среди населения, инфицированного так называемыми плоскими глистами Opistorchis viverini, Opistorchis felinius, Clonorchis sinensis. К эндемическим по этим паразитам относятся Таиланд и Лаос (O.viverini), Китай, Тайвань и Южная Корея (O. sinensis) и некоторые регионы Сибири, в частности Тюменская область (O. filenius). Источником заражения этими паразитами является сырая рыба. Из пищеварительного тракта паразит мигрирует в желчные протоки. Он также выделяется в виде яиц с калом, который служит вторичным источником распространения инфекции. Причинная связь между инфицированностью O. Viverini и риском холангиоцеллюлярного рака доказана результатами нескольких эпидемиологических исследований. Рабочая группа МАИР признала канцерогенность этого паразита для человека и отнесла его к группе 1 канцерогенных факторов. Что же касается механизма действия, скорее всего, процесс канцерогенеза стимулирует хроническое воспаление, которое развивается вследствие инфицированности паразитом.

7) Риск ангиосаркомы печени повышен у лиц, имевших контакт на рабочем месте с винилхлоридом и мышьяком. В литературе описано не более 250 случаев заболевания этой опухолью. В связи с тем, что эти опухоли встречаются чрезвычайно редко, относительный риск, связанный с высоким уровнем экспозиции к винилхлориду, достигает 400.

Ранняя диагностика рака печени. Выявить рак печени на ранних стадиях затруднительно, поскольку признаки и симптомы нередко отсутствуют даже на поздних стадиях заболевания. Для людей, у которых отсутствуют какие-либо факторы риска, программа раннего скрининга рака печени не разработана. Обследование рекомендуется всем лицам, входящим в группу высокого риска рака печени. Для пациентов с высоким риском развития рака печени на фоне цирроза любой этиологии или других заболеваний печени специалисты рекомендуют регулярное обследование каждые 6-12 месяцев: определение в крови уровня альфа-фетопротеина (АФП) и УЗИ.

Профилактика рака печени. Ключевой мерой в профилактике печеночно-клеточного рака, особенно в регионах с его высокой заболеваемостью, является предотвращение инфекции ВГВ и ВГС. В первую очередь это вакцинация против ВГВ, а также все известные гигиенические

меры, предотвращающие заражение этими вирусами, включая тщательный контроль крови и ее продуктов, предназначенных для переливания, использование одноразовых шприцев как в медицинских учреждениях, так и за их пределами, одноразовых игл при акупунктуре и других манипуляциях, связанных с повреждением кожных покровов человека, например, татуировке.

Уменьшение потребления алкогольных напитков – важный компонент профилактики рака этого органа.

§2.7 Рак поджелудочной железы

Особенности эпидемиологии. Рак поджелудочной железы наиболее распространен в экономически развитых странах и, наоборот, реже встречается в африканских странах, Индии, Вьетнаме, Южной Америке. Ввиду крайне неблагоприятного прогноза рака поджелудочной железы (5-летняя выживаемость в развитых странах не превышает 3%), показатели смертности практически не отличаются от показателей заболеваемости.

Факторы риска развития рака поджелудочной железы:

1) злоупотребление алкоголем.

2) курение. Риск рака поджелудочной железы у курящих мужчин повышен в 2—3 раза

3) нерациональное питание. Питание, богатое продуктами животного происхождения (мясо и масло), повышает риск, а пища растительного происхождения, содержащая клетчатку, снижает риск. Кроме того, возникновение рака в поджелудочной железе связывают с гетероциклическими аминами, которые образуются на поверхности мяса и рыбы при жарке.

4) Вредные производственные факторы. Заболеваемость раком поджелудочной железы повышена у шахтеров, рабочих лесопильных заводов, химической, петрохимической, металлургической и резиновой промышленности.

Ранняя диагностика рака поджелудочной железы остается проблематичной. Попытки использования для скрининга ультразвукового исследования не оправдали себя. УЗИ выявляет опухоль лишь на стадии метастазирования или прорастания. В настоящее время проводятся исследования молекулярно-биологических маркеров рака поджелудочной железы (HER2, K-ras, FGF-BP, p16, LOH-9p).

Опухоли поджелудочной железы в большинстве случаев не проявляют себя какими-либо клиническими симптомами вплоть до достижения ими относительно крупных размеров. Уже на начальных этапах опухолевого роста часто имеются признаки инфильтрации окружающих железу анатомических структур с поражением крупных сосудов. Нередко первым клиническим признаком рака поджелудочной железы является механическая желтуха.

Профилактика.

Отказ от курения и злоупотребления алкоголем, рациональное питание – основные профилактические меры для рака поджелудочной железы.

§2.8 Рак гортани

Особенности эпидемиологии. Развивается преимущественно у мужчин – в 8-9 раз чаще, чем у женщин. Наиболее часто страдают от рака этой зоны мужчины в возрасте старше 55-и лет. Прогноз для рака гортани относительно благоприятен. Пятилетняя относительная выживаемость среди мужчин США равна 63%, а среди женщин — 58%. В России этот показатель для мужчин составляет 42%, для женщин — 57%.

Факторы риска развития рака гортани:

1) курение – главный фактор риска развития рака гортани, что связано с длительным раздражением слизистой оболочки продуктами сгорания табака. Среди больных предраковыми заболеваниями гортани курящих 92%, среди больных раком гортани – 95-96%.

2) злоупотребление алкоголем. Риск развития рака гортани у пьющих по сравнению с некурящими в 5 раз выше. При сочетании обоих факторов имеется синергетический эффект. Считают, что пьющие курильщики имеют в 100 более высокий риск развития рака гортани по сравнению с непьющими и некурящими.

3) рак головы и шеи в анамнезе. В ходе исследований было доказано, что 25% пациентов, которые перенесли онкологические заболевания шеи или головы, склонны к развитию рака гортани;

4) вредные производственные факторы. Люди, работающие на производстве по выпуску никеля, асбеста и серной кислоты, рискуют заболеть раком гортани значительно больше, чем представители других профессий.

Ранняя диагностика рака гортани основывается на соблюдении четкой последовательности осмотра (обследования), чтобы независимо от наличия или отсутствия жалоб были осмотрены все ЛОР-органы. Оториноларинголог при осмотре любого пациента, независимо от наличия или отсутствия субъективных проявлений заболевания, в обязательном порядке должен выполнить непрямую ларингоскопию, осмотреть носоглотку.

В комплексе мероприятий, способствующих раннему выявлению онкологических заболеваний ЛОР-органов, важная роль принадлежит диспансеризации. Больные с папилломатозом гортани, хроническим ларингитом, особенно гиперпластической его формой и другими доброкачественными новообразованиями гортани должны находиться на диспансерном наблюдении, раз в полгода их следует осматривать.

Признаки, подозрительные на злокачественное новообразование гортани: першение, щекотание, ощущение присутствия инородного тела, непроходящая боль в горле, кашель, покашливание, охриплость или только изменение тембра голоса на протяжении 2 и более недель, неловкость и боли при глотании, увеличение лимфатических узлов на шее, затрудненное дыхание.

Профилактика. Отказ от курения и чрезмерного потребления алкоголя является основным методом предотвращения рака гортани. При работе на вредном производстве категорически рекомендуется использовать респираторы, которые предотвращают попадание в дыхательные пути химических агентов.

§2.9 Рак трахеи, бронхов, легкого

Особенности эпидемиологии. По данным исследования EUROCARE, 5-летняя выживаемость в Европе варьирует в пределах 10—15%. В России относительная 5-летняя выживаемость равна у мужчин 19%, у женщин — 26%.

Факторы риска развития рака легких:

1) курение является главной причиной рака легкого. По разным данным, 85—95% случаев рака легкого у мужчин и 65—80% у женщин этиологически связаны с курением. Пассивное курение также является фактором риска развития рака легкого. Отмечено повышение на 20-30% риска развития рака при пассивном курении.

2) доля случаев рака легкого, причинно связанных с профессиональным воздействием, составляет не более 7—8% всех случаев рака легкого среди мужчин. Считается, что воздействие радона — вторая причина рака легких в общей популяции после курения. К отраслям, работники которых имеют повышенный риск развития рака данной локализации относят: газификации и коксование угля, алюминиевая промышленность, добыча гематита, литейная промышленность, производство изопропилового спирта, производство фуксина, резиновая промышленность. К веществам, постоянный контакт с которыми увеличивает риск развития рака легких относятся: асбест, бериллий и его соединения, винилхлорид, дизельные выхлопы, кадмий и его соединения, кристаллический кремний, мышьяк, никель, тальк, тетрахлоробензопарадиоксин, уран.

3) наличие хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) является существенным фактором риска рака легких. В одном из исследований было показано, что у 11 888 пациентов с РЛ в 23% случаев ранее был поставлен диагноз ХОБЛ, по сравнению с 6% у 37 605 обследованных без диагноза рака.

4) частые рентгенологические обследования легких. В исследовании, проведенном в России и других странах Восточной и Центральной Европы, выявлено повышение риска рака легкого, связанное с флюорографией грудной клетки.

Количество флюорографий в течение жизни	Относительный риск рака повышен на/в
От 1 до 10	21%
> 20	50%
> 40	2,15 раз

5) неблагоприятные экологические факторы. По расчетам, сделанным в эпидемиологических исследованиях 4,3% случаев рака легкого у мужчин и 10,5% у женщин, вызваны загрязнением атмосферного воздуха.

Ранняя диагностика. Цифровая рентгенография и крупнокадровая флюорография, как основные методики для скрининга туберкулеза органов дыхания в России, позволяют обнаружить рак лёгкого, в том числе и на ранних стадиях его развития. Однако использование рентгенографических методик не влияет на заболеваемость и смертность больных раком легкого, для скрининга этот метод неэффективен, что было показано в больших международных научных исследованиях.

Скрининг рака лёгкого. В настоящее время лишь низкодозовая спиральная компьютерная томография (НДСКТ) показала снижение смертности от рака легкого, что позволило рекомендовать эту методику для скрининга рака легких в США. Американская ассоциация торакальной хирургии рекомендует ежегодный скрининг в возрастной группе от 50 до 79 лет у пациентов со стажем курения 20 лет и дополнительными сопутствующими заболеваниями, которые повышают общий риск развития рака на 5% в течение ближайших 5 лет. Остается открытым вопрос экономической целесообразности проведения скрининга рака легкого с помощью НДСКТ. При наличии технологических, экономических и организационных условий, могут быть реализованы пилотные проекты по изучению НДСКТ в обследовании групп риска по раку легкого в виде проспективного рандомизированного научного исследования.

Группы пациентов высокого риска развития рака легкого, у которых возможно проведение скрининговых программ с использованием НДСКТ:

1. Курящие более 30 лет, в том числе бросившие курение менее 15 лет назад.
2. Лица, имеющие постоянный контакт с асбестом, бериллием, винилхлоридом, дизельными выхлопами, кадмием, кремнием, мышьяком, никелем, тальком, тетрахлоробензопарадиоксином, ураном, хлорметиловыми эфирами.
3. Лица, работающие в условиях постоянной высокой концентрации пыли.
4. Лица, живущие или работающие в условиях повышенной концентрации радона (4 пикокюри на литр и более).
5. Семейный анамнез рака легкого.
6. ХОБЛ 3-4 стадии.

Изучается эффективность определение биомаркеров с помощью диагностических антител. Данный метод обладает высокой точностью и позволяет обнаружить опухоли за 3-5 лет до того, как она становится диагностируемой при стандартной рентгенографии. Однако его значение для скрининга ещё не доказано. Изученные на текущий момент маркеры рака лёгкого не показывают достоверной специфичности.

Признаки, подозрительные на злокачественные новообразования легких: длительный кашель, сухой или с мокротой, кровохарканье,

изменение характера кашля у курильщиков, одышка, боль в грудной клетке, беспричинное повышение температуры тела.

Профилактика рака легких:

1) Отказ от курения является главным и наиболее эффективным методом профилактики рака легкого. Считается, что 10 лет без курения возвращают риск бывших курильщиков на минимальную отметку. Запрет курения в общественных местах, т.е. профилактика пассивного курения, служит дополнительной и очень важной мерой в профилактике рака легкого.

2) Борьба с радоном помещений за счет некоторых не очень сложных, но эффективных мер – это регулярное сквозное проветривание комнаты, регулярная влажная уборка, оклейка стен и железобетонных перекрытий обоями (или покраска), герметичный бетонный цоколь здания и т.д.

3) Отказ от контакта с асбестовой пылью, тяжелыми металлами (особенно на производстве).

4) Правильное питание. Считается, что достаточное потребление природных антиоксидантов (провитамина А, витаминов С и Е), содержащихся в зелени, фруктах и овощах, снижает риск рака легкого.

§2.10 Опухоли кости и хряща

Особенности эпидемиологии. По данным американских регистров, наиболее часто среди белого населения встречаются остеосаркома (33–35%), хондросаркома (26–28%) и опухоль Юинга (17–20%). Другие костные опухоли, такие как хордома (4%), фибросаркома (3%), гистиоцитома (3%), гигантоклеточная опухоль (2%) и ангиосаркома (2%) встречаются относительно редко. Пятилетняя выживаемость больных опухолями костей значительно выросла за последние 15—20 лет. В США этот показатель равен 65% для мужчин и 73% для женщин, в России с этим диагнозом 5 лет живут 43% мужчин и 32% женщин.

Факторы риска развития опухолей костей и суставов:

1) ионизирующая радиация является основным фактором риска опухолей костей. Риск ЗНО костей, особенно остеосаркомы и хондросаркомы, повышен у больных, получавших лучевую терапию в высоких дозах, а также у пациентов, которым вводили радиоизотопы, как с диагностической, так и лечебной целью. Частота встречаемости опухолей костей у больных, получавших лучевую терапию по поводу злокачественных опухолей, в 2 раза выше ожидаемой цифры. Однако доля больных, у которых в результате лучевой терапии развились опухоли кости, не превышает 0,01%. Значительно выше риск возникновения радиогенных опухолей костей у детей.

2) механические травмы. Спустя длительное время в месте повреждения может сформироваться опухоль. Статистика утверждает, что около 40% случаев заболевания фиксируются в области предшествовавших травм и переломов костей.

Ранняя диагностика опухолей костей и суставов затруднена, поскольку они растут практически бессимптомно.

Признаки, подозрительные на злокачественные новообразования костей и суставов: наличие триады симптомов: боль, опухолевидное образование и нарушение функции в ближайшем суставе. Для первичных злокачественных опухолей костей характерны упорные, прогрессирующие, усиливающиеся по ночам боли, которые плохо и лишь на короткое время купируются анальгетиками

.**Профилактика.** Этиология опухолей костей изучена недостаточно. Тем не менее, в связи с тем, что радиация является доказанным фактором риска опухолей костей, следует избегать применения для диагностики и лечения детей источников ионизирующего излучения.

§2.11 Меланома и рак кожи

Особенности эпидемиологии. Пик развития меланомы приходится на возраст 59 лет. Пятилетняя выживаемость больных меланомой очень высока в Австралии, Новой Зеландии (85%) и США (92%). В Европе этот показатель ниже (70—75%). В развивающихся странах он равен примерно 50%. В России 5-летняя выживаемость больных меланомой составляет 47 и 67% для мужчин и женщин соответственно.

Базальноклеточные и плоскоклеточные карциномы характерны для пожилых людей и реже приводят к смерти. Пик развития базальноклеточной и плоскоклеточной карцином приходится на 60— 70 лет.

Факторы риска развития злокачественных новообразований кожи. Лидирующими факторами риска являются избыточная инсоляция и генетические факторы.

Статистически значимые факторы риска развития для меланомы: светлая и чувствительная к действию солнечного облучения кожа; большое количество приобретенных невусов на предплечьях в сочетании со светлым цветом волос; склонность к солнечным ожогам; высокие суммарные дозы солнечного ультрафиолетового облучения в течение жизни; систематически повторяющееся получение интенсивного загара.

Наследственность определяет такие конституциональные особенности организма, как цвет кожи, а также показатели предрасположенности к ее развитию. Риск возникновения меланомы у членов семьи (кровных родственников), в которой имеются двое больных меланомой в 2,5 раза выше, чем в семье, где меланомой болел один ее член.

Риск развития меланомы повышен в семьях, страдающих синдромом атипического (диспластического) родимого пятна. Синдром характеризуется развитием на коже в течение жизни более 50 атипических родинок, для которых характерно злокачественное перерождение. Наследственная меланома, в отличие от ненаследственной, возникает в более молодом возрасте.

В генезе меланомы кожи определенное значение имеют также некоторые гормональные факторы. Кроме того, нельзя исключить роль травмы и различных видов ионизирующей радиации, при этом способствующее влияние травмы особенно проявляется при ее воздействии на предсуществующий или врожденный невус.

Раком кожи чаще болеют лица, работающие на открытом воздухе и подвергающиеся длительному и постоянному воздействию солнечных лучей, в то время как меланома кожи встречается чаще среди людей, работающих в помещении, которые, однако, имеют привычку загорать и «сгорать». Риск рака кожи повышен у людей с поражениями кожи, вызванными солнечными лучами, такими как, кератоз и эластоз.

Риск меланомы кожи повышен на 75% у женщин, которые начали применять для загара искусственные УФ-источники до 30-летнего возраста.

Ранняя диагностика рака кожи. С целью раннего выявления опухолей кожи в амбулаторно-поликлинических учреждениях целесообразно направлять всех пациентов, впервые обратившихся в поликлинику в текущем году и при диспансеризации для профилактических осмотров в смотровой кабинет. Пациентам следует осматривать всю поверхность тела, включая кожу волосистой части головы, а также ягодицы, половые органы и стопы.

Скрининг рака кожи может быть экономически эффективным, так как кожа — визуально обозримая локализация рака, поддающаяся успешному лечению. Клиническое обследование кожи — наиболее распространённый скрининговый тест. Чувствительность и специфичность этого метода довольно высоки (94% и 98% соответственно, если осмотр проводит квалифицированный специалист). Для обнаружения меланомы и других форм рака кожи следует проводить визуальные профилактические осмотры кожи каждые 3 года для людей 20—40 лет и ежегодно для людей старше 40 лет. У пациентов с кожными заболеваниями — облигатными предшественниками рака кожи — осмотр дерматологом следует проводить 4 раза в год, с факультативными предшественниками — 2 раза в год. Анкетирование и опрос пациентов проводят с целью выделения групп высокого риска. Степень риска определяют по данным о времени, проводимом на солнце, наследственности и др. Американские специалисты рекомендует регулярный осмотр кожных покровов у подростков и взрослых, подверженных длительному воздействию солнца в силу профессии или привычки, с семейным или индивидуальным анамнезом рака кожи или имеющих предраковые повреждения.

Самостоятельное обследование кожи как метод скрининга не рассматривают. Серьёзных побочных эффектов у метода самостоятельного осмотра кожи не существует, однако эта процедура может быть неудобна, а для некоторых пациентов трудновыполнима.

Признаки, подозрительные на злокачественные новообразования кожи: безболезненные уплотнения, длительно незаживающие язвы, разрастания в виде бородавок на коже, изменение цвета, появление зуда, покалывания в области давно существующей родинки, увеличение, уплотнение или кровоточивость родимого пятна, увеличение лимфатических узлов.

Профилактика злокачественных новообразований кожи включает разъяснительную работу по вреду инсоляции и необходимости мер по защите кожи от канцерогенных воздействий:

- Ношение защитной одежды: используют специальную защитную одежду, в том числе головные уборы, широкополые шляпы, а также солнечные очки, защищающие от ультрафиолетового излучения. Однако эффективность ношения одежды для предупреждения рака пока не доказана.
- Пребывание в тени или помещении – эффективный метод: рекомендуют проводить время с 11 до 15 ч дня вне солнечных лучей, особенно в тропических и субтропических зонах.
- Солнцезащитные кремы. Ежедневное использование солнцезащитного крема на руках и лице снижает частоту заболеваний плоскоклеточным раком, но не оказывает влияния на частоту базальноклеточного рака. У детей с высокой вероятностью развития рака кожи, использовавших солнцезащитный крем, образовывается меньше родимых пятен, чем у детей из контрольной группы. Помимо кремов, используют защитные лосьоны, пасты и гели.

К другим методам профилактики относят следующие.

- Уменьшение воздействия канцерогенных веществ: необходимо строго соблюдать технику безопасности на производстве с такими веществами.
- Защита от лучевых повреждений: защитные мероприятия (экранирование) при применении лучевой терапии в других лучевых воздействиях позволяют снизить риск развития рака кожи.

§2.12 Опухоли мягких тканей

Особенности эпидемиологии. Мягкотканые саркомы согласно МКБ-10 классифицируются как соединительно-тканные и мягкотканые опухоли (С47+С49) и саркома Капоши (С46). Первая группа объединяет фибросаркомы, лейомиосаркомы, липосаркомы, рабдомиосаркомы, синовиальные саркомы, мезенхимомы, лимфангиосаркомы, гемангиоэндотелиомы, гемангиосаркомы (кроме саркомы Капоши). Показатель 5-летней выживаемости больных саркомой Капоши не превышает 13—15%. Пятилетняя выживаемость при фибросаркоме и липосаркоме по данным США, равна 70—75%.

Факторы риска развития. До начала эпидемии СПИДа саркома Капоши встречалась редко. Ее было принято считать болезнью пожилых мужчин восточного и южно-европейского происхождения. Однако в дальнейшем был выявлен очаг с высокой заболеваемостью саркомой Капоши в Центральной Африке, где эта форма опухоли составляла 8% в структуре заболеваемости злокачественными опухолями. С развитием трансплантологии распространенность саркомы Капоши в развитых странах несколько выросла. Среди больных с пересаженными органами, которые получали иммуносупрессивную терапию, саркома Капоши составляет 5% всех злокачественных опухолей.

Риск возникновения опухолей соединительно-тканными и мягкоткаными саркомами повышен у больных, получавших лучевую терапию по поводу рака молочной железы, яичника, шейки матки, лимфом, лимфогранулематоза и опухолей яичка.

Ранняя диагностика. Возникая в виде безболезненного, округлой или овальной формы узла в толще мускулатуры, особенно в проксимальных отделах конечностей, злокачественные новообразования мягких тканей в ранних стадиях клинически не проявляются. Большей частью опухоли обнаруживаются случайно больным или врачом тогда, когда достигают значительных размеров, вызывая деформацию пораженного участка или чувство неловкости при движениях.

К сожалению, указать определенные клинико-диагностические признаки, позволяющие достоверно дифференцировать злокачественные и доброкачественные опухоли мягких тканей, в настоящее время не представляется возможным. Окончательное распознавание характера патологического процесса остается за морфологическим исследованием.

Профилактика. Рекомендации для профилактики саркомы Капоши аналогичны рекомендациям для профилактики ВИЧ-инфекции и других заболеваний, вызываемых вирусами, которые передаются половым или гематогенным путем. Необходимо принятие всех известных гигиенических мер, предотвращающих заражение этими вирусами, включая безопасный секс», т.е. использование презервативов, тщательный контроль крови и ее продуктов, предназначенных для переливания, применение одноразовых шприцев, как в медицинских учреждениях, так и за их пределами,

одноразовых игл при акупунктуре, а также при других манипуляциях, связанных с повреждением кожных покровов человека, например татуировке.

§2.13 Рак молочной железы

Особенности эпидемиологии. Прогноз рака молочной железы достаточно благоприятен. Наилучший показатель 5-летней выживаемости отмечен в США (89%), в России он составляет 59,5%.

Факторы риска развития рака молочной железы:

1) генетический фактор, а именно носительство генов семейства BRCA (BRCA 1 и BRCA 2). Наличие этого фактора можно предположить у женщин (1-ой степени родства по материнской линии), которые имеют 2-х и более родственниц, болеющих раком молочной железы. При этом риск развития злокачественных опухолей возрастает в 4,5 раза.

2) гормональное влияние. Гормоны играют важную роль в развитии и функционировании молочной железы. Соответственно, к факторам риска относятся различная патология, связанная либо приводящая к гомональному дисбалансу: наличие дисгормональной гиперплазии молочных желез; первичное бесплодие; первые роды в зрелом возрасте (30 лет и старше) или отсутствие родов; раннее (до 11 лет) или позднее начало менструации (17 лет и старше); позднее наступление менопаузы; нерегулярность и позднее начало половой жизни; пониженное либидо, фригидность; продолжительный период кормления грудью (лактация более 1-2 лет); рождение крупных детей (масса тела 4000 г и более), эстрогенная насыщенность организма пожилых женщин при длительности менопаузы более 10 лет (III и IV реакция вагинального мазка). Применение заместительной гормонотерапии с целью лечения патологического климакса и остеопороза также привело к увеличению риска развития рака молочной железы. Нарушения функции щитовидной железы, сахарный диабет, бронхиальная астма, а также, гиперпролактинемия (повышение в организме гормона пролактина) – наличие отделяемого из сосков в той или иной степени увеличивают риск развития рака. Патология печени приводит к нарушению обмена половых гормонов и также является фактором риска патологии молочной железы.

3) ионизирующая радиация. Женщины, которым многократно проводили рентгенологическое обследование грудной клетки в связи с туберкулёзом или проводили лучевую терапию на средостение, болели раком молочной железы значительно чаше. В Японии отмечали также увеличение частоты заболевания рак молочной железы среди выживших после атомных бомбардировок. Наибольший риск отмечен при облучении молочной железы в возрасте между 10 и 20 годами, что опять же

указывает на высокую «уязвимость» к канцерогенным факторам не закончившей дифференцировку ткани железы.

4) факторы питания. Многочисленные исследования установили связь между употреблением животных жиров и возникновением рака молочной железы, однако механизм влияния диеты на развитие рака неясен. Повышение риска возникновения рака молочной железы может быть обусловлено повышением синтеза эстрогенов в жировой клетчатке у женщин с избыточной массой тела. Избыточный вес и ожирение повышают риск рака молочной железы, в то время как повышенная физическая активность (занятие физкультурой) риск снижает. Показано, что у женщин в возрасте 50—69 лет, у которых ИМТ (ВРИ) >28,4, риск рака молочной железы повышен на 30%, а у женщин 70 лет и старше отмечено удвоение риска.

5) Предшествующие заболевания молочных желез (в анамнезе маститы, травмы, хирургические вмешательства на молочных железах).

Ранняя диагностика и скрининг рака молочной железы. Маммография — безальтернативный скрининговый тест, приводящий к снижению смертности от РМЖ у женщин в возрасте 40–49 лет на 17%, у женщин в возрасте 50–69 лет на 30% через 5–7 лет и на 20% через 15–20 лет после начала маммографического скрининга. Чувствительность маммографии у женщин старше 50 лет составляет 84–95%; специфичность — 90%. Размеры выявленных образований при маммографии в среднем составляют 9–12 мм в диаметре. Рекомендуется 2-х проекционная маммография каждой железы.

Постоянно и тщательно анализируя различные методы и предложения по массовому профилактическому обследованию женщин, Международное агентство по изучению рака (МАИР, Лион) и отдел рака ВОЗ дают следующие рекомендации оп организации скрининга рака молочной железы: 1) применяется один тест скрининга – маммография; 2) обследование женщин повторяется каждые 2 года и 1 год на протяжении многих лет; 3) обследуются и приглашаются на обследование все женщины 50-69 лет (без относительной принадлежности к группам риска); 4) все приглашаемые к участию в скрининге женщины должны быть информированы о том, что никакие другие скрининговые тесты, кроме маммографии (самообследование, физикальное обследование, ультрасонография и т.д.), не приводят к снижению смертности от рака молочной железы; 5) в странах, в которых не практикуется общенациональный маммографический скрининг и стандартное лечение, не отмечено снижения смертности от рака молочной железы.

В ряде стран Западной Европы, США скрининговые программы утверждены на государственном уровне, успешно проводятся уже не одно десятилетие и охватывают более 70% целевого женского населения.

Ультразвуковое исследование молочных желез применяется в следующих случаях:

- пременструальный синдром;

- исследование кист и часто повторяющийся осмотр женщин из групп высокого риска.

Для ранней диагностики рака молочной железы УЗИ является только дополнительным методом. В программах массового скринингового обследования УЗИ молочной железы не обладают такой высокой степенью точности, как скрининговая маммография, но позволяют выявлять микро-кальцификаты, которые являются самым ранним признаком внутрипротокового рака in situ (DCIS).

В соответствии с Методическими рекомендациями по совершенствованию медицинской помощи при заболеваниях молочной железы, утвержденными заместителем министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации Р.А. Хальфиным от 29.12.2006 №7127-Р всех женщин в возрасте старше 40 лет следует направлять на маммографическое исследование. При отсутствии патологии рекомендуется проходить маммографию один раз в два года.

Признаки, подозрительные на злокачественные опухоли молочной железы:

- деформация молочной железы или ее части;
- втяжение кожи в любом участке молочной железы, которое становится более заметным при попытке взять кожу в складку;
- мокнущая поверхность соска, неправильная его форма или изъязвление, втяжение, уплощение соска, которое не поддается выправлению;
- отечность кожи молочной железы в виде лимонной корки;
- любое пальпируемое уплотнение ткани молочной железы вне зависимости от его формы и размеров;
- наличие увеличенных плотных одиночных или множественных лимфатических узлов в подмышечных или надключичных областях.

Профилактика рака молочной железы включает в себя несколько компонентов:

а) профилактика избыточного веса, а именно умеренное питание и повышенная физическая активность;

б) питание с преимущественным потреблением растительных продуктов (овощей, фруктов, растительного масла), рыбы и других морепродуктов и умеренным потреблением продуктов животного происхождения, в том числе мяса;

г) ограниченное применение (под контролем врача) гормонозаместительной терапии.

д) рационально репродуктивное поведение, включающее неоткладывание сроков первой беременности и родов, длительное грудное вскармливание.

По сравнению с никогда не рожавшей женщиной у женщины, которая родила одного ребенка, риск снижен на 50%. Более того, с увеличением количества беременностей, завершившихся родами, риск рака молочной железы продолжает снижаться, и у женщины, родившей трех и более детей,

риск на 65% ниже, чем у нерожавших женщин. Ранние роды также считаются фактором, снижающим риск. Так, у женщин, которые родили первого ребенка до 25 лет, риск на 35% ниже, чем у женщин, родивших впервые после 35 лет.

В последние годы активно обсуждается тема хирургической профилактики рака молочной железы. Имеются следующие рекомендации Ассоциации онкологов России (2014 г.):

а) профилактика развития рака молочной железы у здоровых женщин

Показания	Хирургическая профилактика
Риск развития РМЖ по заключению генетика превышает популяционный (включая мутации *BRCA1* и *BRCA2*)	Двусторонняя профилактическая мастэктомия снижает вероятность развития рака на 90-100% и может быть выполнена здоровым женщинам как с первичной реконструкцией молочных желёз, так и без. Обязательно проведение гистологического исследования удалённых тканей, при обнаружении рака лечебную тактику определяют в соответствии с морфологическими и биологическими характеристиками болезни.
Морфологические признаки повышения риска развития РМЖ (атипическая протоковая гиперплазия, атипическая дольковая гиперплазия, дольковый рак *in situ*)	
Риск развития РМЖ равен популяционному или не оценён	

б) профилактика развития рака контралатеральной молочной железы у больных односторонним раком

Показания	Хирургическая профилактика
Риск развития РМЖ по заключению генетика превышает популяционный (включая мутации генов *BRCA1* и *BRCA2)*	Профилактическая контралатеральная мастэктомия снижает вероятность развития второго рака на 90-100% и может быть выполнена больным односторонним РМЖ как с первичной реконструкцией молочных желёз, так и без. Обязательно проведение гистологического исследования удалённых тканей, при обнаружении второго рака лечебную тактику определяют в соответствии с морфологическими и биологическими характеристиками.
Морфологические признаки повышения риска развития второго РМЖ (атипическая протоковая гиперплазия, атипическая дольковая гиперплазия, дольковый рак *in situ*)	
Риск развития второго РМЖ равен популяционному или не оценён	

§2.14 Рак шейки матки

Особенности эпидемиологии. Пятилетняя выживаемость при раке шейки матки довольно высокая. Лучшие ее показатели (70%) зарегистрированы в США. В России 5-летняя выживаемость женщин, больных раком шейки матки, достигает 65,3%. В развивающихся странах этот показатель не превышает 45%.

Факторы риска развития рака шейки матки**:**

1) вирус папилломы человека. ВПЧ-инфекция в 10 раз и более повышает риск рака. В работах, в которых для выявления ДНК ВПЧ использовался метод ПЦР, показатели относительного риска, по данным большинства исследований, варьируют в пределах 25—100. Наиболее часто при предраке и раке шейки матки обнаруживаются ВПЧ 16-го и 18-го типов.

2) Прием оральных контрацептивов. У женщин, применявших оральные контрацептивы более 10 лет, относительный риск повышен в 2 раза. Женщины, которые начинают принимать оральные контрацептивы в раннем возрасте, до первых родов, скорее всего, раньше начинают активную половую жизнь, имеют больше партнеров, и в связи с этим у них выше риск быть инфицированными ВПЧ, вирусом, причинная связь которого с раком шейки матки доказана.

3) курение. Выявлена связь между курением и раком шейки матки.

Ранняя диагностика и скрининг рака шейки матки заключается в регулярном исследовании цитологических мазков, полученных с шейки матки у всех женщин в определенном возрастном промежутке. Программа скрининга рака шейки матки широко признана как одна из самых успешных программ профилактики рака в мире. После внедрения в 1988 г. в Великобритании программы всеобщего скрининга рака шейки матки было отмечено прогрессирующее снижение смертности от этого заболевания. Характерное для рака шейки матки медленное прогрессирование от самых ранних стадий до инвазивного инвалидизирующего рака предоставляет широкие возможности для проведения его ранней диагностики и лечения. Проведение полноценного скрининга рака шейки матки позволяет снизить заболеваемость раком шейки матки на 80% и смертность от этого заболевания на 72%.

В настоящее время диагностической доктриной раннего выявления рака шейки матки является широкий охват цитологическим скринингом женского населения (75–90%). Немаловажным вопросом является периодичность, возраст начала и окончания цервикального скрининга. В идеале скринингу РШМ рекомендуют подвергать женщин в возрасте 25–65 лет ежегодно первые два года, а затем, при отрицательных результатах – каждые три года (ВОЗ). В соответствии с рекомендациями Ассоциации клинических цитологов (Россия, 2013 г.) всем женщинам от 21 года до 49 лет необходимо проходить цитологическое исследование раз в 3 года, а с 50 до 65 лет – раз в 5 лет. Приказами Министерства здравоохранения регламентированы лишь общие положения о целесообразности ежегодных

профилактических осмотров женщин, начиная с 18 лет и старше, с цитологическим исследованием мазков с экто- и эндоцервикса. Рекомендуется взятие цитологического мазка рака шейки матки при каждом проведении осмотра в женском смотровом кабинете.

Однако, в последние годы все чаще стали появляться сообщения о высокой частоте выявления предраковых состояний и даже РШМ у женщин в возрастной группе до 25 лет, поэтому вопрос возраста женщин-участниц скрининга требует дальнейшего обсуждения.

Согласно Национальному стандарту Российской Федерации «Диагностика в онкологии. Скрининг рака шейки матки» основными требованиями к оборудованию и реактивам, используемым для проведения скрининга рака шейки матки, должны быть автоматизированная оценка изображения. Главный недостаток цитологического исследования традиционного мазка из шейки матки – большая доля (до 20-40%) ложноотрицательных заключений. Ошибки цитологического метода более чем в 60% вызваны нарушениями процедур взятия и подготовки материала для исследования. Недавно внедренная технология жидкостной цитологии является стандартизированной технологией приготовления цитологического препарата. Преимущества метода жидкостной цитологии очень существенны. Данный метод в значительной степени заменил традиционный мазок с шейки матки в США и большинстве стран Европы. Уровень обнаружения предраковых изменений эпителия способом жидкостной цитологии в два раза превышает показатели, представленные по традиционным мазкам. Также признана положительная прогностическая ценность и специфичность метода жидкостной цитологии, что позволяет говорить об экономически эффективном обнаружении конкретных и клинически значимых признаков заболевания шейки матки.

Признаки, подозрительные на рак шейки матки: контактные кровотечения – кровотечения, не связанные с менструацией, гнойные выделения из половых путей, боли внизу живота, длительно существующая, нелеченная эрозия шейки матки.

Профилактика. Наиболее эффективным методом первичной профилактики рака шейки матки является вакцинация против вирусов ВПЧ 16-го и 18-го типов. Однако, поскольку вакцинации подлежат девочки 11—13 лет, эффект вакцинации проявится не ранее чем через 25—30 лет, когда вакцинированные девочки достигнут возраста, в котором обычно заболевают раком. Таким образом, вакцинация никак не отразится на заболеваемости и смертности от рака шейки матки в поколении женщин, которым сейчас более 14—15 лет. В связи с этим для первичной профилактики рака шейки матки этим женщинам рекомендуется следовать принятым (традиционным) методам профилактики вирусной инфекции. Это в первую очередь ограничение числа половых партнеров и применение презервативов. Эффективным методом первичной профилактики рака шейки матки являются ограниченное применение пероральных контрацептивов и отказ от курения.

§2.15 Рак тела матки

Особенности эпидемиологии. Пятилетняя выживаемость в США равна 84%, в Европе – 77%, в России – 61,9%.

Факторы риска развития рака тела матки. Риск возникновения рака тела матки связан с гормональными и репродуктивными факторами. Рак тела матки чаще встречается у незамужних и никогда не рожавших женщин. У последних риск рака эндометрия повышен в 2—3 раза. С увеличением количества родов риск рака эндометрия снижается. Среди никогда не рожавших женщин повышение риска наиболее выражено у бесплодных женщин. В отличие от рака молочной железы поздние первые роды снижают вероятность заболеть раком тела матки. Возраст начала менструации, скорее всего, не влияет на риск, в то время как поздняя менопауза является признанным фактором риска.

Ожирение, также как и чрезмерный вес, являются доказанными факторами риска рака эндометрия. У женщин с ВРИ >25 кг/м², риск повышен в 2—3 раза. Риск рака эндометрия повышен у женщин, диета которых содержит много животных жиров и мало углеводов, и особенно овощей.

Ранняя диагностика. Скриниговые мероприятия на рак тала матки не разработаны. Целесообразно оценивать состояние матки при гинекологическом обследовании по любому поводу.

Признаки, подозрительные на злокачественное новообразование тела матки: у женщин в менопаузальном и постменопаузальном периоде – кровотечение, у женщин в репродуктивном и перименопаузальном периодах основными клиническими симптомами, по поводу которых молодые женщины обращаются к врачу, являются первичное бесплодие, ациклические маточные кровотечения, дисфункция яичников. Для диагностики важна онконастороженность врача-гинеколога.

Профилактика рака тела матки. Основное направление профилактики рака тела матки – профилактика избыточного веса и ожирения, повышенная физическая активность и умеренное питание.

§2.16 Рак яичника

Особенности эпидемиологии. Подавляющее большинство опухолей яичника относятся к эпителиальным. Опухоли герминальной природы составляют не более 5% всех опухолей яичника. Мезенхимальные опухоли встречаются еще реже. Эпителиальные новообразования редки у девочек и молодых женщин. Заболеваемость с увеличением возраста растет и достигает максимальных показателей в 50—60 лет. Возрастная кривая герминальных опухолей имеет два пика: в 15—25 и 65—70 лет. Пятилетняя выживаемость больных раком яичника составляет 50% в США и 60% в России.

Факторы риска развития рака яичника:

1) семейная предрасположенность. Важным фактором риска развития рака служит наличие среди кровных родственников больных раком яичника и молочной железы. У женщин, в семьях которых есть больные раком яичника или молочной железы и у которых обнаруживаются герминальные мутации в генах BRCA 1 и BRCA 2, риск развития рака яичника достигает 60%. Доля наследственной формы рака составляет 5—10% всех случаев рака яичника.

2) Диагноз рака молочной железы повышает риск развития рака яичника.

3) Гормональный дисбаланс. Гормональный статус организма и экзогенные гормоны влияют на риск развития рака яичника. У нерожавших женщин отмечается также повышение риска рака яичника. Рак яичника часто развивается на фоне поликистоза яичника и эндометриоза — заболеваний, которые также имеют гормональную природу.

4) Ожирение и чрезмерный вес являются доказанными факторами риска развития рака яичника. Относительный риск повышен на 40—70% у женщин с очень высоким весоростовым индексом.

Ранняя диагностика. Не рекомендуется проводить скрининг на рак яичников для асимптоматичных женщин. Целесообразно проверить придатки матки при гинекологическом обследовании по другим поводам.

Признаки, подозрительные на злокачественное новообразование яичников: боли и чувство дискомфорта в брюшной полости; диспепсия и другие нарушения деятельности желудочно-кишечного тракта; дизурические явления; нарушения менструального цикла; увеличение живота за счет как асцита, так и опухолевых масс в брюшной полости и малом тазу.

Профилактика. Этиология рака яичника изучена недостаточно. Тем не менее, контроль избыточного веса и ожирения, скорее всего, приведет к снижению риска этого заболевания. Консультирование женщин, ровные родственницы которых болели раком яичника и молочной железы, также является эффективной мерой профилактики семейной формой рака яичника.

§2.17 Рак предстательной железы

Особенности эпидемиологии. Пятилетняя выживаемость больных раком простаты зависит от наличия в стране популяционного скрининга. В США она равна почти 100%, а в странах Европейского Союза – в среднем 70%. Максимальный показатель выживаемости в Европе не превышает 80%. В России 5-летняя относительная выживаемость больных раком простаты равна 38,2%.

Факторы риска развития рака простаты. Риск рака простаты выше у полных мужчин с наиболее высоким показателем весоростового индекса по сравнению с мужчинами с нормальным весоростовым индексом. В то же время получены данные о том, что у мужчин с высокой физической нагрузкой, риск рака простаты снижается.

Показано, что раком простаты чаще страдают мужчины, которые часто болели венерическими заболеваниями и, соответственно, имели беспорядочную половую жизнь.

Роль генетической предрасположенности подтверждается данными, согласно которым рак простаты чаще встречается у кровных родственников больных этим заболеванием. Исследование, проведенное в Канаде, показало, что риск увеличен в 8 раз у мужчин, кровные родственники которых болели раком простаты. Семейной формой рака простаты заболевают в молодом возрасте. Примерно в 40% случаев рак простаты у мужчин моложе 55 лет имеет наследственный характер.

Употребление в пищу жиров животного происхождения также является фактором риска развития данного рака. В то же время получено доказательство того, что азиатская диета, богатая соей, морепродуктами, рисом, грибами шитаки, рыбой и зелёным чаем, оказывает некоторый защитный эффект, тем самым объясняя низкую заболеваемость в странах Океании и Японии.

Ранняя диагностика и скрининг рака предстательной железы. Все пациенты, впервые обратившиеся в амбулаторно-поликлиническое учреждение, должны направляться в смотровые кабинеты. Обязательным элементом ректального исследования у мужчин является исследование предстательной железы. Пальцевое ректальное исследование – самый простой, дешёвый и безопасный метод диагностики рака простаты. Результаты исследования во многом определяются размерами опухоли, её локализацией, а также опытом и квалификацией врача. Данные, полученные при пальпации, не всегда легко интерпретировать, но малейшее подозрение является веским основанием для дальнейшего обследования больного и, в частности, для выполнения биопсии.

Скрининг рака предстательной железы заключается в регулярном измерении уровня простат-специфического антигена (ПСА) в крови у мужчин от 50 до 65-70 лет. При повышении уровня ПСА выше определенного порогового значения (традиционно это 4 нг/мл) производится биопсия предстательной железы под контролем трансректального

ультразвукового исследования. Как и у любого скрининга имеются определенные ограничения и недостатки. Так, в ходе скрининга можно выявить так называемый «незначимый» рак, который в отсутствие скрининга никогда бы не был выявлен (а значит и пролечен). А «ненужное» лечение в таких случаях может приводить к осложнениям и стойким последствиям. Из-за неспецифичности ПСА рак выявляется только у 20–30% из числа мужчин с повышенным уровнем этого маркера, а значит, оказывается, что биопсия не нужна большинству пациентов, которым она проводится. Очень часто (в 65–83% случаев) через год после тестирования показатель ПСА нормализуется, что указывает на правомерность выжидательной тактики у больных с пограничным уровнем ПСА. В настоящее время не рекомендуют массовое тестирование на ПСА для скрининга рака предстательной железы.

В тоже время в некоторых странах скрининг – стандартная процедура. К примеру, в США многие мужчины с 50 лет ежегодно сдают анализ на ПСА и проходят процедуру.

При наличии у пациента семейного анамнеза рака предстательной железы необходимо ежегодное определение уровня ПСА крови начиная с 40 лет с последующим направлением пациента к урологу по достижении 45-летнего возраста независимо от уровня ПСА.

Обследование мужчины старше 70 лет, а также пациентов с ожидаемой продолжительностью жизни <10 лет проводится при обращении к урологу по поводу расстройств мочеиспускания в соответствии с установленным порядком оказания специализированной медицинской помощи.

Трансректальному ультразвуковому исследованию в связи с низкой специфичностью и чувствительностью отводят роль вспомогательного диагностического метода, используемого при наличии изменений в скрининговых тестах.

Признаки, подозрительные на злокачественное новообразование предстательной железы: учащенное мочеиспускание, частые ночные мочеиспускания, вялая струя мочи, мочеиспускание малыми порциями, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря, неприятные ощущения при мочеиспускании, появление крови в моче (гематурия), задержка мочеиспускания.

Профилактика рака предстательной железы включает диету с ограничением продуктов, содержащих животные жиры и кальций. Кроме того, ученые заметили, что заболеваемость раком простаты в мире распределяется неравномерно. Например, отмечено, что довольно низкая заболеваемость раком предстательной железы в Японии. Считается, что это связано с тем, что японцы используют в рационе много продуктов растительного происхождения, особенно сои. В ней содержатся фитоэстрогены, которые по составу близки к женским половым гормонам. Эти веществ снижают содержание мужских гормонов в организме. При этом мужские качества организм не утрачивает, но вероятность возникновения рака простаты существенно снижается. Большую роль в профилактике рака предстательной железы играют каротиноиды и альфа-токоферол (бета-

каротин и витамин Е). Они содержатся в основном в продуктах растительного происхождения (овощах и фруктах).

Следует также повысить уровень физической активности. Физические упражнения позволяют снизить избыточный вес, который, как считается, может быть фактором риска рака простаты. Ученые из Лос-Анджелеса выявили взаимосвязь между раком простаты и степенью физического труда у мужчин, работавших на атомной электростанции и заводе по проверке самолетных двигателей. Исследователи сравнили физическую активность 392 рабочих, у которых развился рак простаты с 1805 мужчин, с такой же работой и таким же возрастом. Они выяснили, что число мужчин, страдавших раком простаты, среди рабочих, занятых тяжелым физическим трудом было на 45% меньше, чем у больных с более легкой работой.

§2.18 Рак почки

Особенности эпидемиологии. Показатель 5-летней выживаемости больных раком почки в США равен 65%, как для мужчин, так и для женщин. Выживаемость ниже в Европе и еще ниже в развивающихся странах. В России 5-летняя выживаемость больных раком почки у мужчин достигает 46%, а у женщин – 58%.

Факторы риска развития рака почки. Основным фактором риска развития почечно-клеточного рака является курение. Курение повышает риск в 2–3 раза. Риск почечно-клеточного рака, связанный с курением, равен 30–37% у мужчин и 14-24% у женщин. Отказ от курения приводит к значительному снижению риска. Ожирение и чрезмерный вес являются доказанными факторами риска. Влияние ожирения более выражено у женщин, хотя его отрицательный эффект отмечается и у мужчин. Проведенное в 2011 году в Англии исследование выявило, что избыточный вес является причиной рака почки в 24% случаев.

Рак почки может иметь семейное распространение и являться наряду с множественными гемангиомами компонентом генетического синдрома Хиппеля-Линдау.

Пациенты, имеющие в анамнезе рак щитовидной железы, заболевают в 7 раз чаще, чем здоровые люди; возможно, причина кроется в общих генных изменениях.

Применение мочегонных средств, фуросемида и гидрохлортиазида, профессиональный контакт с асбестом также повышает риск развития почечно-клеточного рака.

Известно, что мужчины**,** подвергавшиеся лучевой терапии по поводу рака яичек имеют удвоенный риск рака почки, по сравнению с мужчинами в общей популяции. Женщины, перенесшие лучевую терапию по поводу рака шейки матки**,** имеют на 30% большую вероятность развития опухоли почки. Через 30 лет после лучевой терапии этот риск почти в 2 раза выше, по сравнению с женщинами в общей популяции.

Ранняя диагностика и скрининг рака почки. Чаще всего ранние формы рака почки выявляются при ультразвуковом исследовании, выполненном по поводу других заболеваний или при профилактических осмотрах. Из-за относительной редкости этого заболевания и необходимости применения сложных и дорогих методов обследования целенаправленные обследования на предмет выявления опухолей почки (скрининг рака почки) обычно не проводятся.

Признаки, подозрительные на злокачественное новообразование почки: боли и тяжесть в поясничной области, появление крови в моче (гематурия), задержка мочеиспускания, неприятные ощущения при мочеиспускании.

Профилактика рака почки. Отказ от курения, профилактика чрезмерного веса и ожирения являются основными методами профилактики всех форм рака почки.

§2.19 Рак мочевого пузыря

Особенности эпидемиологии. Мужчины болеют раком мочевого пузыря чаще, чем женщины. В России 5-летняя выживаемость больных раком мочевого пузыря составляет 51,9%.

Факторы риска развития рака почки. Контакт на производстве красителей с ароматическими аминами, 2-нафтиламином и бензолом повышает риск рака мочевого пузыря. Соотношение наблюдаемого числа с ожидаемым у рабочих, экспонированных к этим веществам в течение 20 лет, превышает 70. Риск также повышен у рабочих на производстве фуксина и сафранина, у маляров и рабочих красильных цехов в текстильной промышленности. Повышенный риск рака мочевого пузыря был выявлен и у работников химической промышленности. У рабочих, занятых на производстве резины, был также повышен риск рака мочевого пузыря. Курением обусловлено примерно 60% всех случаев рака мочевого пузыря у мужчин и 30% случаев у женщин.

Ранняя диагностика и скрининг Массовый скрининг при раке мочевого пузыря не рекомендуется. Целесообразно проведение обследования в группах с высоким риском развития рака данной локализации, куда относятся лица, ранее получавшие лечение по поводу рака мочевого пузыря, либо контактирующие с химическими веществами, которые рак мочевого пузыря вызывают. Для этого могут применяться следующие тесты: общий анализ мочи (может выявить наличие крови в моче даже в незначительном количестве), цитологическое исследование мочи. Разрабатываются методика определения онкомаркеров в моче: UroVysion™ (тест, выявляет хромосомные изменения в клетках уротелия, которые часто встречаются при раке мочевого пузыря), BTA тест – выявляет вещество, которое называется антиген рака мочевого пузыря (BTA) в моче, Immunocyt™ – выявляет присутствие на клетках уротелия (эпителия мочевого пузыря) наличие таких веществ, как муцин и раково-эмбриональный антиген (РЭА), которые часто встречаются на раковых клетках, NMP22, BladderChek® – обнаруживает белок NMP22 в моче. Данные тесты могут быть нечувствительны к некоторым видам рака. В настоящее время, перечисленные скрининг-тесты могут использоваться в комплексе с другими методами исследования для первичной диагностики или для наблюдения пациентов прошедших лечение по поводу рака мочевого пузыря.

Признаки, подозрительные на злокачественное новообразование мочевого пузыря: наличие крови в моче (гематурия), затрудненное, учащенное и/или болезненное мочеиспускание.

Профилактика рака мочевого пузыря. Отказ от курения и гигиенический контроль на предприятиях, на которых рабочие могут контактировать с ароматическими аминами и другими канцерогенными веществами, являются основными направлениями профилактики рака мочевого пузыря.

§2.20 Рак щитовидной железы

Особенности эпидемиологии. Раком щитовидной железы в 2—3 раза чаще болеют женщины. Чаще всего встречается папиллярный рак, который составляет 75–80% всех злокачественных опухолей щитовидной железы, второе место занимает фолликулярный рак (20-25%). Медуллярная и недифференцированная формы рака составляют не более 5–10%. Папиллярный рак чаще развивается до 40 лет, фолликулярный и медуллярный – в возрасте около 50, а недифференцированный – после 60 лет. У детей чаще наблюдается папиллярный рак. Ввиду того, что 5-летняя выживаемость больных раком щитовидной железы очень высока и в развитых странах достигает 95–98%, смертность от рака этого органа очень низкая**.**

Факторы риска развития рака. Основным фактором риска развития рака щитовидной железы служит ионизирующая радиация. Недостаточность йода и эндемический зоб связаны с повышенной заболеваемостью раком щитовидной железы. Риск развития рака щитовидной железы повышен у больных с аденомой и зобом. Наследственность играет важную роль в этиологии медуллярного рака.

Ранняя диагностика и скрининг рака щитовидной железы для определения рака щитовидной железы предусматривает пальпацию области шеи для выявления увеличения и узлов. Все пациенты, впервые обратившиеся в амбулаторно-поликлиническое учреждение, должны направляться в смотровые кабинеты для проведения пальпации щитовидной железы. Ультразвуковое исследование шеи является достаточно информативным для обнаружения заболеваний щитовидной железы, однако его эффективность для скринингового обследования доказана не была. Например, эксперты USPSTF (рабочая группа по профилактике заболеваний в США) не обнаружили достаточных прямых доказательств, подтверждающих, что скрининг на рак щитовидной железы у бессимптомных взрослых пациентов с применением пальпации шеи или УЗИ повышает вероятность положительного исхода заболевания. Целесообразно направлять на данное обследованием пациентов, имеющих факторы риска развития патологии щитовидной железы, с типичными жалобами либо при пальпаторном определении узлов и увеличения железы.

Признаки, подозрительные на злокачественное новообразование щитовидной железы: уплотнение (опухолевое образование) на шее, причем иногда быстрорастущее, боль в области шеи, иногда распространяющаяся на область уха, охриплость голоса, нарушение глотания, затрудненное дыхание, кашель, не связанный с инфекционным заболеванием.

Профилактика рака щитовидной железы. Следует избегать частого и необоснованного применения методов лучевой диагностики**.**

§2.21 Злокачественные новообразования кроветворно и лимфоидной ткани.

Особенности эпидемиологии. Лимфоидный лейкоз составляет около 50%, а миелоидный – 43% всех форм лейкозов. Около 2% приходится на долю моноцитарного и волосяно-клеточного лейкоза. Пятилетняя выживаемость больных всеми формами лейкоза в США равна 43%. В Западной Европе 5 лет переживают 27%, а в развивающихся странах около 15% больных лейкозом. В России 5-летняя выживаемость больных всеми формами лейкоза равна 61% для мужчин и 54% для женщин.

Факторы риска развития. Основными доказанными факторами риска развития лейкозов, которые классифицированы МАИР (Международное агентство по изучению рака) как канцерогенные для человека (группа 1), являются ионизирующее излучение, контакт на производстве с бензолом и другими растворителями и курение. Риск возникновения лейкозов достоверно повышен у рабочих, занятых на производстве резины и обуви.

Важную роль в этиологии лейкозов, вероятнее всего, играют онкогенные вирусы.

Ранняя диагностика онкогематологических заболеваний чрезвычайно сложна ввиду неспецифичности первичных симптомов, которые часто скрываются под «масками» других заболеваний. Методы скрининга не разработаны. Все пациенты, впервые обратившиеся в амбулаторно-поликлиническое учреждение, должны направляться в смотровые кабинеты для пальпации доступных лимфатических узлов. В рамках диспансеризации 1 раз в три года проводится общий анализ крови.

Признаки, подозрительные на злокачественные новообразования кроветворной и лимфоидной ткани: увеличенные лимфоузлы на шее, в подмышечных областях, брюшной и грудной полости, паховых и других областях и др. Характерными симптомами лимфогранулематоза являются: повышение температуры тела, упорный кожный зуд, обильный пот, особенно по ночам. Общие симптомы: слабость, похудание.

Профилактика лейкозов включает меры, направленные на принятие гигиенических регламентов на производствах для того, чтобы:

а) исключить или снизить контакт работника с канцерогенными веществами, экспозиция к которым повышает риск развития лейкозов и других злокачественных опухолей;

б) исключить или снизить вероятность экспозиции к онкогенным и другим вирусам;

в) исключить или снизить экспозицию к источникам ионизирующего излучения;

г) важным направлением профилактики лейкозов является отказ от курения.

Глава 3.Общие принципы профилактики ранней диагностики ЗНО

Для профилактики и ранней диагностики рака необходимо:

Отказаться от курения.
Снизить избыточный вес.
Регулярно заниматься спортом.
Придерживаться диеты
с ежедневным употреблением растительной пищи, молочных продуктов, ограничением потребления красного мяса; отказом от жирной и острой пищи.

Регулярно проходить онкологический осмотр и обследование у врача-терапевта и врача-онколога в поликлинике по месту жительства.

С профилактической целью: 1) **Ежегодно проходить профилактический осмотр в смотровом кабинете поликлиники по месту жительства.** **2) Проходить диспансеризацию в поликлинике по месту жительства 1 раз в 3 года.** 3) Лицам обоих полов рекомендуется проводить: - ежегодно флюорографию с 18 лет, – анализ кала на скрытую кровь – после 45 лет ежегодно, – пальцевое исследование прямой кишки – 1 раз в год, – ректороманоскопию и/или сигмоскопию – 1 раз в 3 года после 45 лет, – колоноскопию 1 раз в 10 лет после 45-50 лет 4) Женщины с 18 лет должны: – ежегодно проходить осмотр у акушерки в смотровом кабинете или у врача-акушера-гинеколога со взятием мазка с шейки матки, – после 40 лет – маммографию 1 раз в 2 года (в возрасте 40-49 лет) и ежегодно после 50	**При наличии факторов риска нужно обратиться к врачу-терапевту по месту жительства.** И регулярно проходить обследование: 1) При курении – рентгенография лёгких 1 раз в год, цитологическое исследование мокроты 1 раз в год. 2) При наличии хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта – эндоскопическое исследование 1 раз в 3 года. 3) При наличии у женщины старше 40 лет нерегулярных маточных кровотечений, женских гормональных нарушений: – трансвагинальное ультразвуковое исследование 1 раз в год. 4) При наличии множественных пигментных пятен и родинок на коже:	**При подозрении на наличие опухоли нужно обратиться к участковому врачу-терапевту.** **Для диагностики болезни он назначит дообследование и направит к врачу-онкологу.** Симптомы рака разнообразны, и зависят от того, в каком органе развивается болезнь. Например, рак прямой кишки приводит к запорам, рак легких – к выделениям крови при кашле. При раке груди прощупываются ненормальные уплотнения молочных желез. Есть и общие симптомы рака. Это слабость, необъяснимая потеря веса, повышенное образование пота. Но эти же симптомы могут говорить о других заболеваниях.

лет, –после 20 лет проводить самообследование молочных желез ежемесячно.	– регулярный осмотр кожных покровов врачом-дерматологом и онкологом.	

Тесты для самоконтроля

1. Принципы онкологической службы базируются на:

а) организационно-методической помощи лечебно-профилактическим учреждениям в активном выявлении больных с предраковыми заболеваниями и злокачественными новообразованиями (ЗН);

б) проведении специализированного лечения;

в) диспансеризации онкобольных в соответствии с клиническими группами;

г) организации повышения онкологической грамотности населения и медицинских работников;

д) верно а, б, в и г;

е) верно б и в.

2. При выявлении раннего рака с первично установленным диагнозом в онкологический диспансер врач любой специальности обязан составить и направить:

а) ф. №25/у;

б) ф. №27/1 у;

в) ф. №27/2у;

г) ф. №90/у;

д) верно а, б и г;

е) верно б и г.

3. При выявлении запущенного случая рака IV стадии или III визуальной локализации нужно заполнить дополнительно форму:

а) ф. №25/у;

б) ф. №27/1у;

в) ф. №27/2у;

г) ф. №90/у;

д) верно а, б и г.

4. Клинические группы в отличие от стадии заболевания отражают:_____ _ _____.

5. Проведение скрининга преследует цель:

а) выявление рака на ранних стадиях;

б) отбор групп онкологического риска, подлежащих диспансерному наблюдению;

в) выявление предраковых заболеваний и их лечение;

г) верно а и б;

д) верно а, б и в.

6. Классификация по клиническим группам в отличие от классификации по стадиям отражает:

а) распространенность процесса;

б) морфологическую классификацию опухоли;

в) лечебно-диагностическую тактику;

г) общее состояние больных;

д) группы повышенного онкориска.

7. Подозревая у больного злокачественную опухоль, врач его наблюдает по:_____ клинической группе.

8. Для доброкачественной опухоли характерно:

а) инфильтрагивный рост в окружающие органы и ткани;

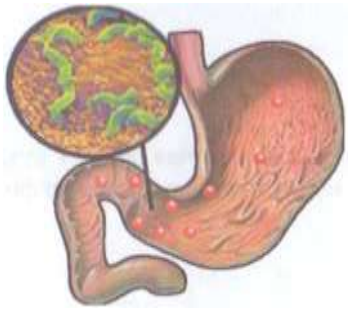
б) наличие капсулы;

в) высокая степень дифференцировки опухолевых клеток;

г) оттеснение окружающих тканей;

д) верно б, в и г.

9. Ведущим фактором в развитии рака желудка в соответствии с концепцией гастроканцерогенеза является _____ _____ (русскими буквами).



10. Тяжелая дисплазия, по сравнению с легкой и средней, отличается более выраженной атипической пролиферацией и _____ клеточных слоев.

11. Для злокачественных опухолей характерно:

а) наличие капсулы;

б) инфильтративный рост в окружающие органы и ткани;

в) снижение силы сцепления клеток;

г) оттеснение окружающих тканей;

д) верно б и в.

12. Наибольшую угрозу для человечества представляет онкогенный вирус:

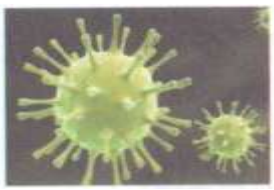
а) герпес-вирус;

б) вирус гепатита В;

в) HPV16-го типа;

г) HPV18-го типа;

д) верно а, б и г.



13. Наиболее распространенный химический канцероген, связанный со сгоранием нефтяных продуктов, каменного угля, табачных изделий: _____.

14. К химическим факторам риска развития рака не относят:

а) бензопирен;

б) нитрозосоединения;

в) ароматические аминосоединения;

г) углекислый газ;

д) тяжелые металлы, металлоиды и неорганические соли.

15. Рак возникает из ткани:

а) любой;

б) мышечной;

в) лимфатической;

г) эпителиальной;

д) соединительной.

16. Можно ли планировать радикальное лечение рака при:

а) мелкоклеточном раке легкого (РJ1) с метастазами в головной мозг;

б) раке желудка с метастазами в головной мозг;

в) раке (РЩЖ) щитовидной железы (ЩЖ) с метастазами в легкие и кости;

г) резектабельном раке желудка с метастазом в яичник;

д) верно в и г;

е) верно а, б, в и г.

17. 0 стадия (рак *insitu)* — это обнаружение опухолевых клеток в пределах:_____. .

18. 1а стадия — характеризуется прорывом базальной мембраны от _____ до _____ мм.

19. Предельной границей ранней диагностики рака является стадия:

а) 0 (рак на месте);

б) IАстадия;

в) IВстадия;

г) П;

д) Ш.

20. Клинические проявления опухоли, возникающие в результате ее опосредованного влияния, называют _____ . .

21. Средний период развития опухоли в доклинической фазе составляет: ____-___ лет.

22. В меняющейся структуре всех ЗН первые 3 места у женщин занимает рак:

а) молочной железы, кожи, желудка;

б) легкого, желудка, шейки матки;

в) молочной железы, шейки матки, эндометрия;

г) молочной железы, кожи, яичников;

д) молочной железы, кожи, колоректальный рак.

23. В меняющейся структуре всех ЗН 2-3-е место у мужчин в РФ занимает:

А) РЛ;

б) рак желудка;

в) рак кожи;

г) рак прямой кишки;

д) рак (РПЖ) предстательной железы (ПЖ).

24. К брахитерапии относят облучение:

а) дистанционное;

б) внутриполостное;

в) внутритканевое;

г) аппликационное;

д) верно б и в;

е) верно б, в и г.

Расшифровать фазы клеточного цикла:

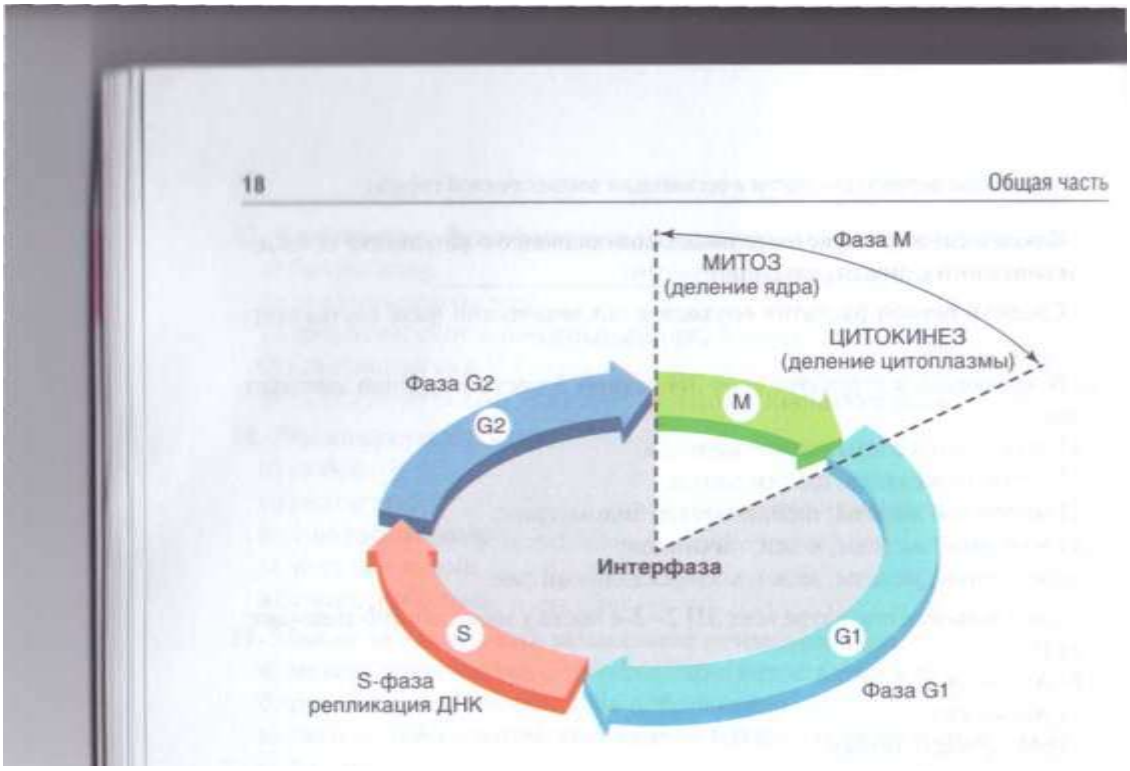
25. G0_____ ;

26. G1 _____ ;

27. S _____;

28. G2_____;

29. M _____.



30. Наиболее чувствительной фазой клеточного цикла к лучевой терапии является фаза __.

31. Повышение радиочувствительности опухоли возможно путем:

а) гипербарической оксигенации;

б) газовой гипоксии;

в) верно а и б;

г) гипертермии;

д) антиоксидантной терапии;

е) верно а и г.

32. К комбинированному лечению относят:

а) паллиативную операцию + пред- либо послеоперационную лучевую терапию;

б) радикальную операцию + пред- либо послелучевую терапию до 3 мес;

в) лучевую терапию + операцию через 3 мес с продолженным ростом опухоли;

г) операцию + лучевую терапию через 8 мес по поводу рецидива;

д) верно б и в.

33. Опухоли высокой и относительно высокой чувствительности к лучевой терапии:

а) лимфомы, эмбриональные опухоли, низкодифференцированный рак;

б) железистый рак молочной железы (РМЖ), рак матки;

в) плоскоклеточный рак;

г) аденокарциномы почек, печени, желудка;

д) верно а и в.

34. К лучевым реакциям относят:

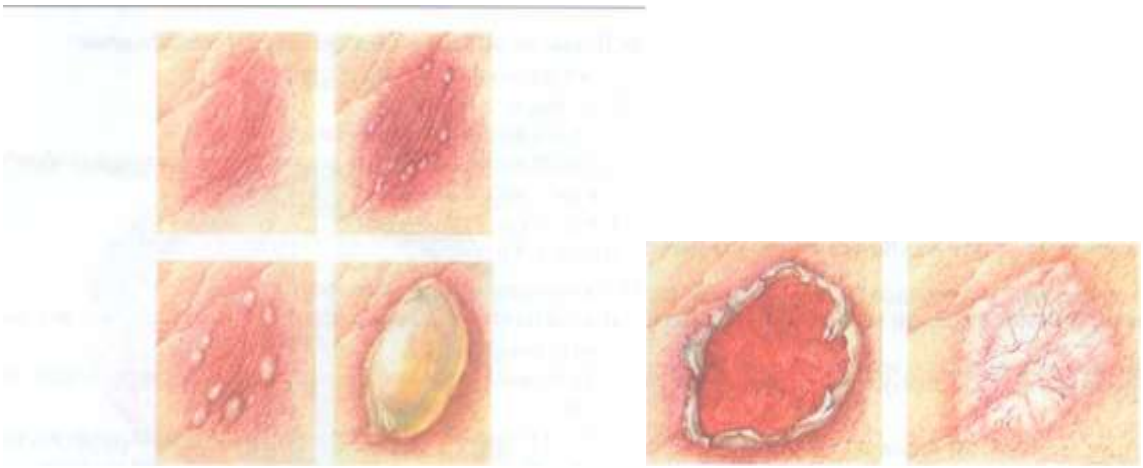
а) эпителииты;

б) дерматиты;

в) верно а и б;

г) фиброзы подкожно-жировой клетчатки;

д) лучевые язвы + фиброзы подкожно-жировой клетчатки.



35. В понятие «таргетные» препараты входят:

а) неспецифические иммуномодуляторы;

б) селективные ингибиторы;

в) алкилирующие препараты;

г) антигормональные препараты;

д) верно в и г.

36. На смотровые кабинеты поликлиник, врачебных амбулаторий и фельдшерско-акушерских пунктов возлагается:

а) цитологический скрининг (взятие мазков с шейки матка);

б) физикальное обследование молочных желез;

и) осмотр кожи, полости рта, ЩЖ, пальпация лимфатических узлов;

г) осмотр на зеркалах, пальцевое исследование прямой кишки;

д) верно а, б, в, г.

37. Подозревая у больного злокачественную опухоль, врач обязан:

а) обследовать больного в 3-дневный срок;

б) создать «зеленую улицу» в обследовании в течение 10 дней;

в) поставить на очередь для обследования;

г) направлять всех больных в онкологический диспансер;

д) составить извещение.

38. При первичном обращении женщины старше 18 лет в данном году в поликлинику (амбулаторию), центр семейной медицины в первую очередь регистратор предлагает пройти ей осмотр в:_____ _____ . .

39. В профессиональном плане в понятие «деонтология в онкологии» входит:

а) установление доверительных отношений с больным и родственниками;

б) должное и своевременное обследование;

в) обеспечить должным лечением;

г) говорить и в какой мере говорить правду о заболевании;

д) все перечисленное верно.

40. При обращении женщины старше 40 лет к врачу поликлиники, при плановой госпитализации лечащий врач с позиций онкологической настороженности и принятых стандартов документально устанавливает результаты обследования:

а) флюорографии органов грудной клетки (не позднее 6 мес);

б) результаты осмотра в смотровом кабинете;

в) маммографии (не позднее 1—2 лет с учетом возраста);

г) верно а и б;

д) верно а, б и в.

41. Учетно-оперативная документация в онкологии необходима для:

а) преемственности лечения больного;

б) ранней диагностики опухолей;

в) регистрации и диспансерного наблюдения за больными;

г) проведения первичной профилактики злокачественных опухолей;

д) верно а и б;

е) верно а и в.

42. Наиболее частые причины запущенности онкологической патологии по вине медицинских работников:

а) позднее обращение больных к врачу;

б) неполное обследование больных;

в) отсутствие онкологической настороженности врачей;

г) ошибки при морфологическом или рентгенологическом исследовании;

д) верно б и в;

е) верно а, б и в.

43. К методам вторичной профилактики злокачественных опухолей относят:

а) лечение предраковых состояний;

б) проведение диспансерного наблюдения за больными с предраковыми состояниями;

в) проведение мероприятий по улучшению экологии;

г) проведение проф. осмотров с использованием скрининговых тестов;

д) верно а, б и в;

е) верно а, б и г.

44. Неоадъювантная химиотерапия используется с целью:

а) уменьшить массу опухоли;

б) приблизить сроки локального воздействия на опухолевый процесс;

в) оценить лекарственный патоморфоз для планирования дальнейшего лечения;

г) избежать оперативного вмешательства;

д) верно а, б и в.

45. Колониестимулирующие факторы используют для:

а) синхронизации деления опухолевых клеток;

б) ликвидации карциноидного синдрома;

в) лечения лейкопении;

г) повышения иммунной защиты организма;

д) верно а и г;

е) верно виг.

46. Комплекс мероприятий, направленных на профилактику попадания опухолевых клеток в хирургическую рану, носит название:_____ .

47. Комплекс мероприятий, направленных на уничтожение опухолевых

клеток в ране, носит название:_____.

48. Одной из ведущих тенденций в онкологии, направленных на снижение травматичности полостных операций, является: _____.

49. Принципам онкологической настороженности противоречит:

а) тщательное обследование каждого больного;

б) назначение лекарств в первый день обращения больного по принципу «exuvantibus»;

в) привычка думать о раке со скрытым течением;

г) знание симптомов злокачественной опухоли;

д) знание организационных принципов онкослужбы.

50. Риск РМЖ и рак яичников (РЯ) высок у женщин с мутациями BRCA1 и BRCA2:

а) независимо от того, имеют ли они эти заболевания или нет;

б) у тех женщин, которые заболели до 40 лет;

в) у евреек-ашкенази;

г) у тех женщин, которые заболели РМЖ и РЯ до 50 лет или прослеживаются эти болезни у кровных родственников;

д) верно а, б, в и г.

Ответы 1-д 2-е 3-в 4 -лечебно-диагност.тактик 5-д 6-в 7-1а 8-д 9-helicobacter pylory 10-стратификацией 11-д 12-в 13-бензпирен 14-г 15-г 16-д 17-базальная мембрана 18-3-5 19-б 20- паранеоплазиями 21-3-5 22-д 23-д 24-е 25-покоя 26- пресинтетическая 27-синтетическая 28-постсинтетическая 29-митоза 30-митоза 31-е 32-д 33-д 34-в 35-б 36-д 37-б 38-смотровой кабинет 39- д 40-д 41-е 42-д 43-е 44-в 45-е 46-абластика 47-антибластика 48-видеолапароскопия 49-б 50-д

ЛИТЕРАТУРА

Основная

1. Воробьев А.В., Протасова А.Э. Общие вопросы скрининга// Практическая онкология. – 2010. – Т11. – №2.– С.53-59.

2.Заридзе Д.Г. Профилактика рака. Руководство для врачей. — М.: ИМА-ПРЕСС, 2009. – 224 с.

Дополнительная:

1.Ильницкий А.П. Солнце – это серьезно (о профилактике рака кожи) // Вместе против рака. - №2, 2004 г. – М., 2004 г. – С. 14-17.

2.Каприн А.Д., Новикова Е.Г., Трушина О.И., Грецова О.П. Скрининг рака шейки матки – нерешенные проблемы/ Исследования и практика в медицине. – 2015.– Т. 2. – № 1. – С.36-41.

3.Клиническая маммология. Современное состояние проблемы/ Под ред. Е.Б.Камповой-Полевой, С.С.Чистякова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006 г. – 512 с.

4.Комарова Л.Е. Скрининговая маммография рака молочной железы. За и против?// Сибирский онкологический журнал. – 2008. – Приложение № 2. С.9-13.

5.Костюкевич О.И., Карагодина Ю.Я. Ранняя диагностика злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта// Русский медицинский журнал. –2011. – №19. – С. 12-13.

6.Новик В.И. Скрининг рака шейки матки// Практическая онкология. – 2010. – Т11. – №2. – С.66-73.

7.Онкология. Национальное руководство. Краткое издание. Под редакцией академика РАМН В.И.Чиссова, академика РАН и РАМН М.И.Давыдова. Москва, ГЕОТАР-Медиа, 2013. -576 с.

Использованная авторами:

1.Призова Н. С., Каприн А. Д., Сдвижков А. М., Евтягин В. В., Данилова Т.В. Скрининг рака молочной железы в Москве// Онкология. Журнал им. П.А. Герцена. – 2014. –Т.3.–№2. – С.28-32.

2.Профилактика хронических неинфекционных заболеваний. Рекомендации/ Бойцов С.А., Чучалин А.Г., Арутюнов Г.П. и др. – М., 2013.- 15 с.

3.Пушкарь Д.Ю., Говоров А.В., Сидоренков А.В., Прилепская Е.А., Ковылина М.В. Ранняя диагностика рака предстательной железы. Методические рекомендации №19. – М., 2015. – 51 с.

4.Роль и задачи смотрового кабинета поликлиники, как этапа в организации профилактических мероприятий, направленных на совершенствование онкологической помощи населению (методические рекомендации).– М: 2010. - 34 с.

5.Руководство по медицинской профилактике/ Под ред. Р.Г. Оганова, Р.А. Хальфина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.- 464 с.

6.Цейтлин Г.Я. Курение и рак// Вместе против рака. – 2004. –№2. – С. 10-13.

7.Чиссов В.И., Дарьялова С.Л. Онкология /клинические рекомендации/. – М., ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 720 с.

8.Чиссов В.И., Старинский В.В., Мамонтов А.С., Данилова Т.В. Алгоритмы выявления онкологических заболеваний у населения Российской Федерации. Методические рекомендации для организаторов здравоохранения, врачей первичного звена, врачей-специалистов. – М., 2009.- 38 с.

Полноценное обследование и лечение онкологических заболеваний проводится в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Клинический онкологический диспансер №1» министерства здравоохранения Краснодарского края:

350040 г.Краснодар, ул.Димитрова, 146
Телефоны: **регистратура поликлиники, предварительная запись (861) 2336604**