

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН**

**КАЗАХСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
ОНКОЛОГИИ И РАДИОЛОГИИ**

**ПРИНЦИПЫ ОНКОНАСТОРОЖЕННОСТИ И РАННЕЙ
ДИАГНОСТИКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ
НОВООБРАЗОВАНИЙ У НАСЕЛЕНИЯ КАЗАХСТАНА**

**Методические рекомендации для медицинских работников
ПМСП**

Алматы - 2012

Принципы онконастороженности и ранней диагностики злокачественных новообразований у населения Казахстана. Методические рекомендации для медицинских работников ПМСП. – Алматы, 2012.

Байпеисов Д.М., к.м.н. Жылкайдарова А.Ж., д.м.н., профессор
Сейтказина Г.Д., д.м.н. Балтабеков Н.Т.

Целевыми индикаторами Программы развития онкологической помощи в Республике Казахстан на 2012-2016 гг., утвержденной постановлением Правительства Республики Казахстан от 29 марта 2012 года № 366, обозначены снижение онкологической смертности и увеличение удельного веса злокачественных новообразований, выявленных на ранних стадиях. Данные методические рекомендации посвящены проблемам профилактики и ранней диагностики злокачественных новообразований на уровне ПМСП. В рекомендациях представлены принципы онкологической настороженности, онкологической деонтологии и профилактики, алгоритмы диагностики и ведения пациентов с наиболее распространенными злокачественными новообразованиями.

Рекомендации предназначены для организаторов здравоохранения, участковых терапевтов, врачей общей практики, врачей-специалистов ПМСП.

Рецензенты:

Кайдаров Б.К., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой онкологии, маммологии и терапии Казахского Национального медицинского университета им.С.Д.Асфендиярова.

Серикбаев Г.А., к.м.н., заведующий отделением костей и мягких тканей Казахского НИИ онкологии и радиологии.

Методические рекомендации утверждены на Ученом Совете Казахского НИИ онкологии и радиологии, протокол № 7 от 28 июня 2012 года, утверждены и рекомендованы к тиражированию Экспертным Советом по вопросам развития здравоохранения МЗ РК, протокол № 16 от 24 сентября 2012 года.

Содержание

	Стр.
Введение	4
1 Профилактика онкологических заболеваний	5
2 Деонтология и онкологическая настороженность в работе участкового врача/врача общей практики	9
3 Факторы риска возникновения злокачественных новообразований. Симптоматика, диагностика и тактика ведения	12
3.1 Рак губы	12
3.2 Рак органов полости рта и глотки	13
3.3 Рак гортани	15
3.4 Рак желудка	16
3.5 Рак пищевода	17
3.6 Рак трахеи, бронхов, легкого	18
3.7 Колоректальный рак	20
3.8 Рак молочной железы	21
3.9 Меланома кожи	22
3.10 Другие новообразования кожи	23
3.11 Рак шейки матки	25
3.12 Рак тела матки	26
3.13 Рак яичников	27
3.14 Рак предстательной железы	29
3.15 Рак почки	29
3.16 Рак щитовидной железы	31
3.17 Заболевания кроветворной и лимфатической ткани	33
Заключение	35
Использованная литература	35

Введение

По прогнозам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований до 2020 года во всем мире увеличатся в 1,5-2 раза. Аналогичная тенденция роста заболеваемости раком характерна и для Республики Казахстан. Согласно исследованиям ВОЗ рост онкологической заболеваемости в мире будет происходить в основном за счет рака легкого, колоректального рака у мужчин, а также рака молочной железы и рака шейки матки у женщин. Смертность от онкологических заболеваний в Казахстане занимает второе место в структуре смертности населения. Ежегодно от рака умирает порядка 17000 человек, из которых 42% – лица трудоспособного возраста. Это обусловлено в значительной степени несовершенством первичной и вторичной профилактики, а также несвоевременной диагностикой и, как следствие, недостаточной эффективностью лечения.

Онкологическая настороженность – это действия врача любой специальности любого лечебно-профилактического учреждения, направленные на исключение симптомов, вызывающих подозрение на онкологическую патологию.

Ранняя диагностика злокачественных новообразований зависит главным образом от онкологической настороженности врачей первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) и их знаний, дальнейшей тактики в отношении больного. Значение медицинских работников ПМСП переоценить трудно. Постоянная работа онкологических диспансеров с медицинскими работниками ПМСП и населением, направленная на раннее выявление злокачественных новообразований, является важным компонентом, способным повысить уровень ранней диагностики рака различных локализаций. Совершенствование санитарно-просветительной работы, проведение скрининговых исследований, диспансерное обследование населения своевременное обращение пациентов при подозрении на различную патологию, применение комплексного обследования населения, улучшат своевременную диагностику злокачественных новообразований и результаты лечения.

Таким образом, основной задачей участкового врача/врача общей практики в его работе по профилактике онкологической патологии является своевременное распознавание и лечение предопухолевых состояний, на фоне которых развивается рак (факультативный,

облигатный предрак), а также ранняя диагностика злокачественных новообразований.

Для удобства восприятия представленного материала по ранней диагностике онкопатологии в методических рекомендациях приведены таблицы основных симптомов, методов первичной диагностики, и возможные варианты лечения. Срок рекомендуемых обследований на уровне ПМСП не должен превышать 5-7 дней. После уточнения диагноза больной подлежит направлению для проведения уточняющей диагностики и лечения в онкологическое учреждение.

1. ПРОФИЛАКТИКА ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Согласно Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения», целью профилактики заболеваний является предупреждение возникновения или прогрессирования заболеваний, а также их последствий и осложнений.

Комплексная профилактика злокачественных новообразований включает первичную, вторичную и третичную профилактику.

Под **первичной профилактикой злокачественных новообразований** понимается предупреждение возникновения злокачественных опухолей и предшествующих им предопухолевых состояний путем устранения или нейтрализации воздействий неблагоприятных факторов окружающей среды и формирование здорового образа, а также путем повышения неспецифической резистентности организма в целях предупреждения возникновения злокачественного новообразования. В соответствии с современными данными о механизмах канцерогенеза у человека и роли воздействия канцерогенных факторов в возникновении онкологических заболеваний, первичная профилактика рака проводится по следующим направлениям.

Онкогигиеническая профилактика. Курение. По данным литературы атрибутивный риск рака легкого, т.е. доля случаев этого заболевания, вызванных курением, составляет 80–90% у мужчин и 70% у женщин. Велика роль курения в возникновении рака пищевода, поджелудочной железы, мочевого пузыря. Большое значение в возникновении злокачественных опухолей придается действию ионизирующих излучений, ультрафиолетовому облучению, а также неионизирующим электромагнитным излучениям радио- и микроволнового диапазона. Установлена отчетливая связь между

стрессовыми ситуациями (событиями) в жизни человека и возникновением злокачественных новообразований. Риск возникновения этих заболеваний резко возрастает при эмоциональной подавленности невротического характера вследствие нервно-психической травмы.

Важное значение в возникновении опухолевых заболеваний имеет *характер питания* (диеты) человека. Рекомендуемая сбалансированная диета должна содержать невысокое количество жиров, особенно насыщенных, не более 75,0 в день для мужчин и 50,0 - для женщин. Она должна быть богата продуктами растительного происхождения и витаминами, особенно А, В, С, Е, которые оказывают на канцерогенез ингибирующее воздействие. Перечень факторов и воздействий на канцерогенез не ограничивается перечисленными выше и является достаточно обширным.

Биохимическая профилактика имеет целью предотвращение бластоматозного эффекта от действия канцерогенов путем применения определенных химических препаратов и соединений. Так, например, общеизвестна роль нитратно-нитритного загрязнения окружающей среды в развитии, прежде всего злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта, который является основным путем их проникновения в организм человека. При среднем потреблении с водой и пищевыми продуктами 1 ммоль/сутки этих химических соединений смертность от рака желудка составляет 6 на 100 000 населения в год (США), а при нагрузке в 4,5 ммоль/сутки этот показатель возрастает до 43 на 100 000 населения (Япония). Канцерогенное воздействие воды и пищи возрастает также в случае загрязнения водных источников соединениями мышьяка, галогенов, а также загрязнения воздушной среды различными химическими веществами и особенно асбестовой пылью, бластомогенное действие которой при поступлении ее в организм ингаляционным путем в настоящее время является общепризнанным. Канцерогены химического происхождения окружают человека и в бытовой обстановке: полициклические ароматические углеводороды (ПАУ) и окислы азота – при сжигании газа, формальдегид и смолы содержатся в пластике, нитросоединения появляются в дыму при жарении пищи и т.д. Биохимическому направлению в профилактике онкологических заболеваний придается большое значение, однако реализация возможностей этого направления представляется сложной: многие специалисты считают, что для организации мероприятий по предотвращению бластоматозного

действия химических канцерогенов и контроля эффективности мер защиты необходим биохимический мониторинг. Теоретически эффективность мероприятий по онкогигиенической и биохимической профилактике оценивается снижением онкологической заболеваемости на 70-80%. По данным МАИР 80-90% злокачественных новообразований детерминировано средовыми факторами.

К числу других направлений профилактики злокачественных новообразований относится **медико-генетическая профилактика** путем выделения семей с наследуемыми предрасположенностями к предопухолевым и опухолевым заболеваниям, лиц с хромосомной нестабильностью и организация мероприятий по снижению опасности возможного действия на них канцерогенных факторов. В механизмах наследственной предрасположенности часто решающее значение имеют эндокринные факторы. Так, дочери матери, больной раком молочной железы, имеют риск заболеть этим заболеванием в 4,5 раза выше, чем их сверстницы, не имеющие такого анамнеза. Сестры больной раком молочной железы, если их мать страдала этим же заболеванием, имеют вероятность возникновения такой опухоли в 47-51 раз выше, чем их сверстницы с неотягощенной наследственностью. Женщинам, имеющим отягощенный анамнез относительно рака молочной железы, не рекомендуется грудное вскармливание детей, употребление кофе, прием некоторых медикаментов, особенно резерпина и группы раувольфии. Доброкачественные опухоли молочной железы среди женщин, имеющих это заболевание в семейном анамнезе, встречаются в 4 раза чаще.

Иммунобиологическая профилактика проводится путем выделения людей или формирования групп с иммунологической недостаточностью и организации мероприятий по ее коррекции или устранению одновременно с защитой от возможных канцерогенных воздействий. Это направление приобретает особо важное значение при продолжительной иммунодепрессивной терапии после гомологичной пересадки органов и тканей, а также при лечении аутоиммунных заболеваний.

Эндокринно-возрастная профилактика проводится путем выявления и коррекции дисгормональных состояний и возрастных нарушений гомеостаза, способствующих возникновению и развитию злокачественных новообразований.

Теоретическая эффективность каждого из этих направлений оценивается снижением онкологической заболеваемости на 10%.

Стратегической целью этого раздела профилактики рака является снижение онкологической заболеваемости населения.

Вторичная профилактика злокачественных новообразований представляет комплекс мероприятий, направленных на раннюю диагностику онкологических заболеваний, что обеспечивает эффективность их хирургического (и других видов противоопухолевого) лечения. Для осуществления этого вида профилактики используют цитологические, гистологические, эндоскопические, рентгенологические, иммунохимические и другие специальные методы обследования. Особое место среди мероприятий вторичной профилактики занимают скрининговые осмотры целевых групп населения, направленные на раннее выявление злокачественных новообразований молочной железы, шейки матки, пищевода, желудка, толстой кишки, печени, предстательной железы.

Национальная скрининговая программа реализуется в Казахстане с 2008 года и включает следующие виды скрининга.

Скрининг доброкачественных заболеваний и рака молочной железы. Целевая группа – женщины 50, 52, 54, 56, 58 и 60 лет. Метод скрининга – маммографический: проводится маммография каждой молочной железы в двух проекциях. Каждая маммограмма проходит «вторую» читку в онкологическом диспансере, где снимки архивируются. В случае подозрения женщину приглашают для проведения прицельной маммографии с последующим ультразвуковым обследованием и пункционной биопсией.

Скрининг предопухолевых процессов и рака шейки матки. Целевая группа – женщины 30, 35, 40, 45, 50, 55 и 60 лет. Метод скрининга – цитологический: проводится цитологическое исследование мазка из шейки матки. Цитологическое исследование проводится централизованно в лаборатории онкологического диспансера, где препараты архивируются. В зависимости от результатов цитологии врач-гинеколог проводит женщине кольпоскопию с биопсией подозрительных участков.

Скрининг предопухолевых заболеваний и рака толстой кишки. Целевая группа – мужчины и женщины 50, 52, 54, 56, 58, 60, 62, 64, 66, 68 и 70 лет. Метод скрининга – определение скрытой крови в кале с использованием иммунохимического теста (iFOBT). При положительном тесте проводится тотальная колоноскопия с биопсией подозрительных участков кишечника.

С 2013 года предусмотрено расширение программы с внедрением следующих видов скрининга.

Скрининг предопухолевых заболеваний и рака предстательной железы. Целевая группа – мужчины 50, 54, 58, 62 и 66 лет. Метода скрининга – определение уровня простат-специфического антигена (онкомаркера предстательной железы). При высоких показателях антигена (свыше 10 нг/мл) показаны трансректальная полифокальная биопсия под контролем УЗИ. В «серой зоне» (уровень общего ПСА 4-10 нг/мл) проводится оценка индекса здоровья простаты, осмотр уролога с трансректальным УЗИ. По показаниям будет выполнена полифокальная биопсия простаты.

Скрининг предопухолевых заболеваний и рака пищевода и желудка. Целевая группа – население в возрасте 50, 52, 54, 56, 58 и 60 лет. Метод скрининга – эндоскопический (эзофагогастроскопия). По показаниям проводится биопсия подозрительных участков пищевода и желудка.

Скрининг рака печени. Целевая группа – лица с хроническим гепатитом С после противовирусного лечения и циррозом печени вирусной этиологии. Метод скрининга – УЗИ печени с определением альфа-фетопротеина (онкомаркера печени) каждые 4 месяца. При подозрении на рак печени проводится компьютерная томография с биопсией подозрительных участков печени.

2. ДЕОНТОЛОГИЯ И ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ НАСТОРОЖЕННОСТЬ В РАБОТЕ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА / ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

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

Больные с подозрением на рак. В большинстве случаев предположение о раке и необходимость обследования в онкологическом диспансере возникает, если у больного в течение некоторого времени наблюдаются симптомы какого-либо заболевания, вызывающие тревогу. Этим больным следует ориентировать на необходимость консультации онколога с целью исключения злокачественного новообразования. Если подозрение на рак возникает случайно (при обследовании пациента, не предъявлявшего серьезных жалоб или при проведении профилактического осмотра), то для таких людей

направление к онкологу является неожиданным. Им следует объяснить, что выявленные изменения могут оказаться предопухолевыми и нужно проконсультироваться с онкологом.

Больные с установленным диагнозом – рак. Перед врачом общей практики стоит задача подготовить больного к мысли о возможности операции или другого специального лечения. Система убеждений может строиться по принципу, что и при подозрении на рак может понадобиться оперативное, химиотерапевтическое или лучевое лечение. Сообщить больному, что у него рак, не всегда целесообразно, так как из-за распространенности процесса или сопутствующей патологии лечение в онкологическом диспансере может быть невозможным. Лучше ориентировать больного на то, что окончательное решение о выборе метода лечения будет принято после дополнительного обследования больного в онкологическом учреждении. Информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, составляют врачебную тайну. Пациенту должна быть подтверждена гарантия конфиденциальности передаваемых им сведений. Не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения пациента, для проведения научных исследований, публикаций в научной литературе, использования этих сведений и в иных целях.

Психологическая подготовка пациента к предстоящему лечению.

Больной понимает необходимость тщательного обследования и лечения, но боязнь операции и других видов специального лечения (лучевого, химиотерапевтического) настораживает пациента и может быть причиной отказа от предлагаемого лечения.

Причины отказа от лечения могут быть следующие:

- необоснованное, но очень стойкое представление о возможности излечиться травами или другими (нередко ядовитыми) средствами. Сложность для врача состоит в том, что больной нередко ориентирован на наличие у него доброкачественного процесса, при котором те или иные народные средства могут быть использованы. В таких случаях внимание больного следует заострить на возможности возникновения у него опасных осложнений или развития злокачественной опухоли при задержке с лечением;

- реакция отрицания, при которой больной в связи с хорошим самочувствием не верит в необходимость лечения. Таким больным необходимо разъяснить серьезность положения, указать на то, что заболевание будет прогрессировать, и что риск при операции меньше, чем опасность самой болезни. Если врач вынужден сказать больному об опухоли, то желательно говорить это не в виде достоверности, а только как серьезное предположение. Если больного все-таки не удастся побудить к лечению, то врач может оказаться вынужденным сказать правду. В этой ситуации нужно привести доказательства, что опухоль вполне поддается лечению;

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

- неверие больного в возможность излечения. Обычно это аргументируется на случайных собственных наблюдениях или на негативной информации, полученной от людей мало сведущих в онкологии. Эти больные находятся в подавленном состоянии. В таких случаях врач должен убедить больного, что окончательный диагноз станет ясен только после микроскопического исследования препарата и, если будет обнаружен рак, то опухоль может быть излечена. В то же время отказ от лечения и потеря времени приведут к распространению опухоли, и прогноз может быть неблагоприятным;

- боязнь за исход операции может быть обусловлена сопутствующими или перенесенными заболеваниями сердца или других органов. В таких случаях нужно, не затягивая времени, провести обследование и начать в амбулаторных условиях коррекцию имеющихся нарушений, если это возможно. Больному нужно разъяснить, что в стационаре перед решением вопроса об операции ему проведут соответствующее лечение, которое обеспечит безопасность оперативного вмешательства.

3. ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ. СИМПТОМАТИКА, ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ

3.1 Рак губы

В 2011 году в Казахстане впервые в жизни выявлено 183 больных раком губы. Показатель заболеваемости составил 1,1 на 100 000 населения. Выявляемость больных на ранних стадиях опухолевого процесса (I-II) составила 91,6%, показатель запущенности (III-IV стадия) – 7,8%. С учетом доступности для осмотра данная патология является одной из немногих, выявляемых в большинстве случаев на ранних стадиях.

Факторы риска: различные фоновые процессы и предопухолевые состояния слизистой оболочки губы.

Фоновые процессы: плоская форма лейкоплакии, хронические язвы и трещины губ, атмосферный и актинический хейлит.

Облигатные предраки: кожный рог бородавчатый предрак, ограниченный гиперкератоз, кератоакантома.

Факультативные предраки: бородавчатая и эрозивная формы лейкоплакии, папиллома с ороговением, эрозивно-язвенная и гиперкератотическая формы красной волчанки и красного плоского лишая, постлучевой хейлит.

Предрасполагающими факторами являются: длительное воздействие неблагоприятных метеорологических факторов (солнечная радиация, ветер, резкие колебания температуры воздуха, ионизирующие воздействия). Воздействие канцерогенных веществ эндогенной и экзогенной природы.

Вредные привычки: курение, алкоголь, жевание различных смесей.

Травмы красной каймы губ: механические: кариозные зубы, острые края корней зубов, прикусывание губы, химические канцерогены табака, вирусные инфекции (опоясывающий лишай - Herpes zoster), воспалительные и грибковые заболевания красной каймы губ. Заболевания желудочно-кишечного тракта, печени. В **таблице 1** приведены основные симптомы, методы первичной диагностики и возможные варианты лечения рака губы.

Таблица 1. Симптоматика и диагностика рака губы

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

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

3.2 Рак органов полости рта и глотки

В 2011 г. в Казахстане впервые в жизни выявлено 711 больных раком органов полости рта и глотки. Показатель заболеваемости 100 000 населения составил – 4,2. Среди больных с установленным диагнозом злокачественного новообразования органов полости рта и глотки у

45,9% диагностирована в I-II стадия заболевания. Показатель запущенности (III-IV ст.) составил 54,0%.

Факторы риска: курение, алкоголь, многократное травмирование слизистой оболочки полости рта, языка (кариозными зубами, острыми краями корней зубов, протезами и т.п.), жидкие смолы, продукты перегонки нефти у лиц соответствующих профессий. В **таблице 2** приведены основные симптомы, методы первичной диагностики и возможные варианты лечения рака органов полости рта и глотки.

Таблица 2. Симптоматика и диагностика рака органов полости рта и глотки

Симптомы опухолевой патологии	Тактика ведения пациента	Возможные виды специального лечения
<p>Наличие длительно незаживающей язвы во рту, непроходящая боль в полости рта. Припухлость или утолщение щеки. Белые или красные пятна на деснах, языке, миндалинах или слизистой оболочке полости рта. Ощущение инородного тела при глотании. Затруднение жевания или глотания. Затруднение движения челюстью или языком. Онемение языка. Появление припухлости на шее.</p>	<p>Клинический осмотр* и пальпация Фиброларингоскопия с гистологическим, цитологическим исследованием (морфологическая верификация диагноза) Консультация онколога (уточняющая диагностика)</p>	<p>Комбинированное комплексное лечение Реконструктивно-пластические операции Лечение в онкологическом стационаре</p>

3.3 Рак гортани

Злокачественные новообразования гортани развиваются преимущественно у мужчин. Рак гортани у мужчин встречается в 8-9 раз чаще, чем у женщин. В 2011 г. в Казахстане впервые выявлено 379 больных с установленным диагнозом рака гортани. Показатель заболеваемости на 100 000 населения составил 2,3. Из числа больных с установленным диагнозом 42,8% злокачественных новообразований гортани были диагностированы в I-II стадии заболевания, IV стадия была установлена у 7,5% первичных больных.

Факторы риска: папилломатоз гортани, хронический ларингит, фарингит, пахидермия, курение. Большинство больных раком гортани являются курильщиками. Риск рака гортани и гортаноглотки у курящих людей во много раз превышает риск у некурильщиков. У лиц, потребляющих алкоголь в большом количестве, риск рака гортани значительно повышен. В случае сочетания курения и употребления алкоголя этот риск повышается еще более значительно.

Такие профессиональные вредности, как контакты с древесной пылью, красками и некоторыми химическими веществами также могут увеличить риск рака гортани и гортаноглотки. В **таблице 3** приведены основные симптомы, методы первичной диагностики и возможные варианты лечения рака гортани.

Таблица 3. Симптоматика и диагностика рака гортани

Симптомы опухолевой патологии	Тактика ведения пациента	Возможные виды специального лечения
Першение или щекотание в горле. Ощущение присутствия в горле инородного тела, постоянное желание откашляться. Кашель, иногда покашливание. Охриплость или только изменение тембра голоса.	Клинический осмотр* Фиброларингоскопия Гистологическое и цитологическое исследования биоптата. УЗИ лимфатических узлов шейно-надключичных зон и передне-верхнего средостения. Компьютерная	Лучевая терапия Хирургическое лечение Комбинированное комплексное лечение Реконструктивно-пластические операции Лечение в онкологическом стационаре

<p>Неловкость и боли при глотании. Увеличение лимфатических узлов на шее. Непроходящая боль в горле Затруднение глотания или боль при глотании Непроходящая боль в ухе. Затрудненное дыхание. Похудение. Осиплость голоса на протяжении 2 и более недель</p>	<p>томография (КТ) гортани Консультация онколога (уточняющая диагностика)</p>	
--	---	--

3.4 Рак желудка

В Казахстане в последние годы наблюдается снижение заболеваемости злокачественными новообразованиями желудка, что соответствует общемировым тенденциям. В настоящее время он занимает четвертое место в структуре онкологической заболеваемости после рака молочной железы, рака легкого и рака кожи. Несмотря на снижение уровней заболеваемости, в Казахстане в 2011 году впервые в жизни выявлено 2677 больных с установленным диагнозом рака желудка. Показатель заболеваемости на 100 000 населения составил 16,2. Из числа больных с установленным диагнозом 26,8% были диагностированы в I-II стадии заболевания, у 27% больных диагностирована IV стадия заболевания.

Факторы риска: хронический атрофический гастрит с кишечной метаплазией, ассоциированной с инфекцией *Helikobacter pilori*, пернициозная анемия, аденоматозные полипы желудка, язвенная болезнь желудка, гипертрофическая гастропатия (болезнь Менетрие), лица, оперированные на желудке по поводу доброкачественных заболеваний более 10-15 лет назад, синдром наследственного рака желудка диффузного типа (HDGC). Критерии его наличия: два и более документированных случаев диффузного рака желудка среди родственников первой/второй степени родства, из которых, по меньшей

мере, один диагностирован в возрасте до 50 лет или три и более документированных случаев диффузного рака желудка среди родственников первой/второй степени родства независимо от возраста. В **таблице 4** приведены основные симптомы, методы первичной диагностики и возможные варианты лечения рака желудка.

Таблица 4. Симптоматика и диагностика рака желудка

Симптомы опухолевой патологии	Тактика ведения пациента	Возможные виды специального лечения
Ухудшение общего самочувствия, беспричинная слабость, снижение трудоспособности, быстрая утомляемость, отвращения к пище, стойкое снижение аппетита, потеря веса. Беспричинное прогрессирующее похудание, ощущение переполнения и тяжести в желудке после еды. Боли после приема пищи. Отрыжка, рвота, приносящая облегчение, желудочные кровотечения. Анемия.	Клинический осмотр* ФГДС Рентгенологическое исследование желудка УЗИ брюшной полости, лимфатических узлов шейно-надключичных зон Гистологическое и цитологическое исследование Определение опухолевых маркеров: РЭА, Са19-9, Са 72-4 в сыворотке крови Консультация онколога (уточняющая диагностика)	Хирургическое Комбинированное комплексное лечение Малоинвазивные видеоэндоскопические операции Реконструктивно-пластические операции Лечение в онкологическом стационаре

3.5 Рак пищевода

Рак пищевода является заболеванием с тяжелым течением, неблагоприятным прогнозом, относится к категории онкологических заболеваний с высокой летальностью с момента установления диагноза (53,6% в 2011 г.). Абсолютное число больных с впервые в жизни

установленным диагнозом рака пищевода составило в 2011 г. в Казахстане 1339 человек. Показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями пищевода на 100 000 населения составил 8,1. Из числа больных раком пищевода 36,7% пациентов имели I-II стадии заболевания. Удельный вес больных с опухолевым процессом IV стадии составил 7,6%.

Факторы риска: хронический эзофагит, дивертикулы пищевода, стриктуры пищевода после химических и термических ожогов, рефлюкс-эзофагит. В **таблице 5** приведены основные симптомы, методы первичной диагностики и возможные варианты лечения рака пищевода.

Таблица 5. Симптоматика и диагностика рака пищевода

Симптомы опухолевой патологии	Тактика ведения пациента	Возможные виды специального лечения
<p>Ощущение прохождения пищи по пищеводу Затруднения при глотании. К другим часто наблюдаемым симптомам относятся снижение массы тела, боль за грудиной, Ухудшение общего самочувствия, слабость.</p>	<p>Клинический осмотр * и пальпация Рентгенологическое исследование пищевода, желудка, легких, средостения. Эзофагогастроскопия Гистологическое и цитологическое исследования биоптата Консультация онколога (уточняющая диагностика, при возможности КТ.)</p>	<p>Хирургическое Комбинированное комплексное лечение Лучевая терапия Реконструктивно-пластические операции Малоинвазивные видеоэндоскопические операции Лечение в онкологическом стационаре</p>

3.6 Рак трахеи, бронхов, легкого

Злокачественные новообразования трахеи, бронхов, легкого до 2011 года на протяжении многих лет занимали первое место в структуре заболеваемости населения Казахстана злокачественными новообразованиями, в 2011 году – второе место. Абсолютное число больных с впервые в жизни установленным диагнозом рака трахеи,

бронхов, легкого составило в 2011 г. в Казахстане 3463 человек. Показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями трахеи, бронхов, легкого на 100000 населения составил 20,9. Из числа больных раком трахеи, бронхов, легкого 23,3% пациентов имели I-II стадию заболевания. При этом у 22,9% больных диагностирована IV стадия.

Факторы риска: хронические воспалительные заболевания легких. В возникновении рака легкого существенная роль отводится факторам окружающей среды (загрязнение атмосферы канцерогенами), в том числе продуктам табакокурения. Профессиональные вредности (контакт с асбестом, бериллием, ураном или радоном). Имеется много данных о значении отягощенной наследственности, в том числе и иммунодефицитные состояния. В **таблице 6** приведены основные симптомы, методы первичной диагностики и возможные варианты лечения рака трахеи, бронхов и легкого.

Таблица 6. Симптоматика и диагностика рака трахеи, бронхов и легкого

Симптомы опухолевой патологии	Тактика ведения пациента	Возможные виды специального лечения
<p>Длительный кашель, сухой или с мокротой, кровохарканье, Изменение характера кашля у курильщиков. Одышка. Боль в грудной клетке. Беспричинное повышение температуры тела. Общая слабость, похудание.</p>	<p>Клинический осмотр* Рентгенологические методы с цифровой обработкой получаемых данных Трахеобронхоскопия с биопсией Трансторакальная биопсия опухоли Цитологическое и гистологическое исследования Консультация онколога (уточняющая диагностика, при возможности КТ.)</p>	<p>Хирургическое Комбинированное комплексное лечение Малоинвазивные видеоэндоскопические операции Лечение в онкологическом стационаре</p>

3.7 Колоректальный рак (КРР)

В 2011 г. в Казахстане впервые в жизни выявлено 2563 больных колоректальным раком. Показатель заболеваемости на 100 000 населения составил 15,5. Выявляемость больных на ранних стадиях опухолевого процесса (I-II) составила: ободочной кишки – 36,5%, прямой кишки – 61,5%. Рак ободочной кишки в IV выявлен у 17,5% пациентов, рак прямой кишки IV стадии – у 13,3%. стадия рака ободочной кишки установлена у 18,7%, прямой кишки – у 15,4%. Показатель запущенности при раке прямой кишки (III-IV стадии) в 2011 г. составил 38,5%.

Факторы риска: наличие в семье одного или двух больных колоректальным раком родственников первого колена, семейного аденоматозного полипоза или наследственного неполипозного КРР, а также аденоматозных полипов или КРР. Возраст 50 лет и старше (более 90% больных КРР) - для мужчин и женщин в равной степени. В **таблице 7** приведены основные симптомы, методы первичной диагностики и возможные варианты лечения колоректального рака.

Таблица 7. Симптоматика и диагностика колоректального рака

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

3.8 Рак молочной железы

В 2011 г. в Казахстане выявлено 3525 больных раком молочной железы. В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями рак молочной железы в 2011 г. занял первое место.

Показатель заболеваемости составил 21,3 случаев на 100 000 населения. Выявляемость больных на ранних стадиях опухолевого процесса (I-II) составила 73,4%, показатель запущенности (III-IV ст.) – 26,5%.

Факторы риска: наличие дисгормональной гиперплазии молочных желез; первичное бесплодие; первые роды в зрелом возрасте (26 лет и старше); позднее начало менструации (17 лет и старше); позднее наступление менопаузы; нерегулярность и позднее начало половой жизни; пониженное либидо, фригидность; продолжительный период кормления грудью (лактация более 1-2 лет); рождение крупных детей (масса тела 4000 г и более); повышенная масса тела женщин (более 70 кг); эстрогенная насыщенность организма пожилых женщин при длительности менопаузы более 10 лет (III и IV реакция вагинального мазка); увеличение щитовидной железы; высокая заболеваемость РМЖ и женских половых органов среди родственников; высокая заболеваемость злокачественными опухолями среди родственников по материнской линии; перенесенный послеродовой мастит, особенно леченный консервативно; травмы молочной железы.

В **таблице 8** приведены основные симптомы, методы первичной диагностики и возможные варианты лечения рака молочной железы.

Таблица 8. Симптоматика и диагностика рака молочной железы

Симптомы опухолевой патологии	Тактика ведения пациента	Возможные виды специального лечения
Изменения формы молочной железы, её кожи и соска. Выделения из соска молочной железы. Уплотнения в молочной железе. Увеличение подмышечных	Клинический осмотр* Маммография по показаниям УЗИ, при необходимости пункция под контролем УЗИ. Цитологическое исследование пунктата	Комбинированное комплексное лечение Реконструктивно - пластические операции Органосохранные операции

лимфоузлов	Консультация онколога - маммолога (уточняющая диагностика)	
------------	---	--

3.9 Меланома кожи

В 2011 г. в Казахстане впервые в жизни выявлено 243 больных меланомой кожи. Показатель заболеваемости на 100 000 населения составил 1,5. Выявляемость больных на ранних стадиях опухолевого процесса (I-II) составила 75,9%. IV стадия установлена в 8,9% первичных случаев меланомы.

Группы риска: лица, которые по роду своей профессиональной деятельности большую часть времени находятся под воздействием ультрафиолетовой радиации, а также регулярно проводящие отпуск в низких географических широтах. Лица, которые по роду своей профессиональной деятельности постоянно имеют контакт с различными химическими канцерогенами, ионизирующей радиацией и электромагнитным излучением. Лица с нарушением пигментации организма (так называемый светлый фенотип). Лица с генетически детерминированным или приобретенным иммунодефицитом. Родственники больных меланомой кожи. Лица, длительное время принимающие гормональные препараты. Лица, пигментные невусы которых постоянно подвергаются механической травматизации. Лица с династическим невусным синдромом. Лица, имеющие пигментные невусы кожи размером 1,5см и более визуалью черной или темно-коричневой окраски. Лица, имеющие на коже более 50 пигментных невусов любого размера. Женщины в период беременности и лактации.

Клинические признаки активизации невуса: Быстрый рост невуса, ранее неизменного или медленно увеличивающегося, появление уплотнения или асимметрии любого участка невуса, появление чувства ошущения невуса (покалывание, зуд, жжение, напряжение), любое изменение уровня пигментации (увеличение, уменьшение), появление венчика гиперемии вокруг невуса, выпадение волос с поверхности невуса, появление трещин, папилломатозных выростов, кровоточивости невуса. В **таблице 9** приведены основные симптомы, методы первичной диагностики и возможные варианты лечения меланомы кожи.

Таблица 9. Симптоматика и диагностика меланомы кожи

Симптомы опухолевой патологии	Тактика ведения пациента	Возможные виды специального лечения
<p>Безболезненные уплотнения или длительно незаживающие язвы на коже, разрастания в некоторых участках кожи в виде бородавок</p> <p>Изменение цвета давно существующей родинки, появление зуда, покалывания в области родинки - увеличение, уплотнение или кровоточивость родимого пятна, увеличение лимфатических узлов.</p>	<p>Клинический осмотр*</p> <p>Флуоресцентная диагностика</p> <p>Цитологическое исследование мазков с поверхности опухоли</p> <p>Гистологическое исследование (морфологическая верификация диагноза)</p> <p>УЗИ зон регионарных лимфатических узлов для меланомы кожи</p> <p>Определение уровня онкомаркера S 100 в сыворотке крови (для меланомы кожи)</p> <p>Консультация онколога (уточняющая диагностика)</p>	<p>Хирургическое</p> <p>Комбинированное лечение</p> <p>Лазерная хирургия</p>

3.10 Другие новообразования кожи

В последние годы отмечается тенденция к росту злокачественных опухолей кожи. Ежегодно в Казахстане регистрируется более 2,5 тыс. новых случаев рака кожи. В 2011 г. абсолютное число больных с впервые в жизни установленным диагнозом рака кожи составило 2989 человек. Показатель заболеваемости в 2011 г. достиг 18,1 на 100 000 населения. Вместе с меланомой, в последние годы рак кожи занимает 3 место в структуре онкопатологии. Динамика заболеваемости злокачественными новообразованиями кожи характеризуется выраженным положительным трендом. Не случайно в общей структуре злокачественных новообразований злокачественные эпителиальные опухоли кожи (базалиома, плоскоклеточный рак) в большинстве стран

стабильно занимают высокие ранговые места (2-4, а иногда и 1). Доля больных с опухолевым процессом I-II стадии составила 96,7%, III стадии – 3%, в IV – 0,3%. Несмотря на то, что кожные покровы относятся к визуальным локализациям и подлежат обязательному осмотру, удельный вес запущенных форм злокачественных новообразований кожи среди пациентов, впервые обратившихся к врачам, составляет 2,9%.

Факторы риска: определяются региональными климатическими особенностями, высокой инсоляцией, демографической ситуацией (увеличение контингентов лиц старшего и преклонного возраста). Возраст является одним из основных факторов, с которым наиболее отчетливо связано развитие заболевания. В **таблице 10** приведены основные симптомы, методы первичной диагностики и возможные варианты лечения злокачественных поражений кожи, за исключением меланомы.

Таблица 10. Симптоматика и диагностика злокачественных опухолей кожи

Симптомы опухолевой патологии	Тактика ведения пациента	Возможные виды специального лечения
Безболезненные уплотнения или длительно незаживающие язвы на коже Разрастания в некоторых участках кожи в виде бородавок Увеличение лимфатических узлов	Клинический осмотр* Цитологическое исследование мазков с поверхности опухоли Гистологическое исследование (морфологическая верификация диагноза – биопсия с краев язвы или соскоб для цитологического исследования) Консультация онколога (уточняющая диагностика)	Хирургическое Комбинированное лечение Близкофокусная R-терапия Криогенные технологии Ультразвуковая хирургия Лазерная хирургия

3.11 Рак шейки матки

Несмотря на определенные успехи, достигнутые в области диагностики и лечения, рак шейки матки (РШМ) продолжает занимать одну из лидирующих позиций в структуре онкологической заболеваемости женской половой сферы. По данным статистики в Казахстане отмечается стабилизация заболеваемости и смертности от РШМ. Несмотря на возможности первичной профилактики, ежегодно в Казахстане диагностируется более 1300 новых случаев РШМ (в 2011 г. выявлено 1452 случаев РШМ у женщин). Больные с опухолевым процессом I-II стадии составили – 78,8%, IV – 3,3%. Показатель заболеваемости составил 8,8 на 100 000 населения, показатель запущенности – 20,3%. Настораживает, что данный рост обусловлен заболеваемостью женщин репродуктивного возраста. В последние годы отчетливо выражена тенденция роста заболеваемости РШМ в возрасте моложе 35 лет. Это свидетельствует как о низком уровне медико-просветительной работы, проводимой среди населения, так и о недостаточном внимании, уделяемом лечению фоновых и предраковых заболеваний шейки матки у пациенток указанных групп. У врачей-гинекологов практически отсутствует онкологическая настороженность во время осмотра женщин молодого возраста.

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

Таблица 11. Симптоматика и диагностика рака шейки матки

Симптомы опухолевой патологии	Тактика ведения пациента	Возможные виды специального лечения
Контактные кровотечения – кровотечения, не связанные с менструацией, гнойные выделения из половых путей, боли внизу живота,	Клинический осмотр* Осмотр в зеркалах Цитологическое исследование Кольпоскопия УЗИ, Трансректальное УЗИ (ТРУЗИ) Консультация	Хирургическое лечение Комбинированное, комплексное лечение Органосохраняющие операции Лазерная хирургия Ультразвуковая

длительно существующая, нелеченная эрозия шейки матки	онколога (уточняющая диагностика)	хирургия
---	-----------------------------------	----------

3.12 Рак тела матки

Рак эндометрия, или рак тела матки – одно из наиболее распространенных заболеваний женской половой сферы. Злокачественные новообразования тела матки выявлены в 2011 г. в Казахстане у 908 женщин. Распределение больных по стадиям было следующим: I-II стадия – 82%, III – 14,9%, IV – 3,1%. Показатель заболеваемости в 2011 г. составил 5,5 на 100 000 населения.

Факторы риска: возраст, первичное бесплодие, миома матки, хроническая гиперэстрогения на фоне недостаточности прогестина, ановуляция, синдром поликистозных яичников, генетическая предрасположенность, атипичная гиперплазия эндометрия, удлинение репродуктивного периода за счет раннего менархе и поздней менопаузы (55 лет и старше), ожирение, сахарный диабет. Указанные факторы риска определяют эндокринную зависимость и гормональную чувствительность атипичной гиперплазии эндометрия и рака эндометрия. В **таблице 12** приведены основные симптомы, методы первичной диагностики и возможные варианты лечения рака тела матки.

Таблица 12. Симптоматика и диагностика рака тела матки

Симптомы опухолевой патологии	Тактика ведения пациента	Возможные виды специального лечения
Наиболее частый симптом – маточное кровотечение – непатогномичен для рака эндометрия, особенно у женщин в репродуктивном и перименопаузальном периодах. Основными клиническими	Клинический осмотр* Осмотр в зеркалах Кольпоскопия Ультразвуковое сканирование с цветным доплеровским картированием Цервикогистероскопия с отдельным	Хирургическое лечение Комбинированное комплексное лечение Гормонотерапия

<p>симптомами, по поводу которых молодые женщины обращаются к врачу, являются первичное бесплодие, ациклические маточные кровотечения, дисфункция яичников. Только для женщин в постменопаузальном периоде симптом кровотечения является классическим.</p>	<p>диагностическим выскабливанием, морфологическая верификация диагноза по соскобу из цервикального канала и полости матки. Гистероскопия с прицельной биопсией Цитологическое и гистологическое исследования КТ и МРТ Консультация онкогинеколога (уточняющая диагностика)</p>	
--	---	--

3.13 Рак яичников

По данным МАИР (Международного Агентства по изучению рака), ежегодно в мире регистрируется более 160 тыс. новых случаев рака яичников и более 100 тыс. женщин умирают от злокачественных опухолей этого органа. В Казахстане ежегодно рак яичников выявляется более чем у 800 женщин. В 2011 году выявлено 932 женщины с данной патологией. У 36,6% пациенток рак яичников выявлен в I-II стадии, у 11,5% – в IV стадии. Показатель заболеваемости составил 5,6 на 100 000 населения.

Факторы риска: отсутствие беременностей и родов, нерациональное применение заместительной гормональной терапии, гормональное медикаментозное лечение бесплодия, наследственные факторы (наличие случаев рака яичников в семье). В **таблице 13** приведены основные симптомы, методы первичной диагностики и возможные варианты лечения рака яичников.

Таблица 13. Симптоматика и диагностика рака яичников

Симптомы опухолевой патологии	Тактика ведения пациента	Возможные виды специального лечения
<p>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; респираторные симптомы (одышка, кашель) за счет трансудации жидкости в плевральную полость, а также за счет увеличения внутрибрюшного давления (нарастание асцита и массы опухоли)</p> <p>Общая слабость, потеря аппетита, увеличение живота за счет асцита</p> <p>При перекручивании</p>	<p>Клинический осмотр*</p> <p>Бимануальное ректовагинальное исследование с цитологическим контролем состояния шейки матки и эндометрия, пункция заднего свода влагалища для верификации опухолевого процесса</p> <p>Рентгенологическое исследование грудной клетки</p> <p>УЗИ брюшной полости и органов малого таза с использованием цветной доплерометрии или КТ и МРТ</p> <p>Обследование органов желудочно-кишечного тракта (эндоскопическое или рентгенологическое)</p> <p>Исследование уровня опухолевых маркеров: -для эпителиальных опухолей - СА-125; -для муцинозных опухолей –СА 72-4 и СА 19-9; -для герминогенных</p>	<p>Хирургическое</p> <p>Комбинированное комплексное лечение</p> <p>Гормонотерапия</p>

ножки кисты яичника острые боли внизу живота.	опухолей – ХГЧ, АФП; -для гранулезоклеточных опухолей ингибин Консультация онкогинеколога (уточняющая диагностика)	
---	---	--

3.14 Рак предстательной железы

В последние годы в Казахстане, как и в других странах мира, происходит активный рост заболеваемости раком предстательной железы (РПЖ), причем значительная доля приходится на III-IV стадии заболевания. В 2011 г. в Казахстане впервые в жизни выявлено 835 больных со злокачественными новообразованиями предстательной железы (в 2010 году – 677 случаев). Показатель заболеваемости составил 5,0 на 100 000 населения. Доля больных с опухолевым процессом I-II стадии составила 39,6%, III – 41,6%. У 18,8% пациентов при установлении диагноза РПЖ были выявлены метастазы в отдаленных органах.

Факторы риска: генетическая предрасположенность, возраст, особенности питания, вероятность развития опухоли предстательной железы у мужчины, у которого один из ближайших родственников первой степени родства (отец или брат) болел раком предстательной железы.

В **таблице 14** приведены основные симптомы, методы первичной диагностики и возможные варианты лечения РПЖ.

3.15 Рак почки

В 2011 г. в Казахстане было выявлено 942 случая рака почки. Показатель заболеваемости на 100 000 населения составил 5,7. Активный рост заболеваемости отмечается с 35-39 лет и достигает максимума в возрастной группе 50-54 года.

Факторы риска: хронические заболевания почек, кистозное перерождение почек, доброкачественные опухоли. В **таблице 15** приведены основные симптомы, методы первичной диагностики и возможные варианты лечения рака почки.

Таблица 14. Симптоматика и диагностика рака предстательной железы

Симптомы опухолевой патологии	Тактика ведения пациента	Возможные виды специального лечения
<p>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 В далеко зашедших случаях может развиваться острая задержка мочи, а также симптомы раковой интоксикации - резкое похудание, слабость, бледность кожи с землистым оттенком</p>	<p>Клинический осмотр* Определение уровня простат-специфического антигена (ПСА) Пальцевое ректальное исследование простаты Трансректальное УЗИ (ТРУЗИ), УЗИ простаты, при показаниях - одновременно с биопсией Консультация онколога (уточняющая диагностика)</p>	<p>Хирургическое Лучевая терапия Гормональное Комбинированное комплексное лечение</p>

Таблица 15. Симптоматика и диагностика рака почки

Симптомы опухолевой патологии	Тактика ведения пациента	Возможные виды специального лечения
Боли и тяжесть в поясничной области Появление крови в моче (гематурия) Задержка мочеиспускания, неприятные ощущения при мочеиспускании Общие симптомы: слабость, похудание	Клинический осмотр* Осмотр уролога Пальпация Общий анализ мочи Оценка симптома Пастернацкого УЗИ органов брюшной полости, почек Рентгенологическое исследование мочевыделительных органов проводится по назначению уролога. Консультация онколога - (уточняющая диагностика - пункция под контролем УЗИ, цитологическое исследование –по показаниям, КТ)	Хирургическое Комбинированное комплексное лечение Химио-иммунотерапия Малоинвазивные лапароскопические операции

3.16 Рак щитовидной железы

Заболеваемость злокачественными новообразованиями щитовидной железы в Казахстане имеет тенденцию к росту. Число больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования щитовидной железы в 2011 г. составило 411 человек (в 2010 г. – 375). Показатель заболеваемости достиг 2,5 на 100 000 населения. Доля больных с опухолевым процессом I-II стадии составила 73,7%. У 11,8% пациентов при установлении диагноза были выявлены метастазы в отдаленных органах. Показатель запущенности (III-IV стадии) составил в 2011 г. 26%.

Факторы риска: доброкачественные новообразования щитовидной железы (коллоидный узел, инволютивный узел, аденома,

киста), многоузловой зоб, диффузный зоб, высокий титр антитиреоидных антител (хронический лимфоцитарный тиреоидит). Повышенный уровень секреции тиреотропного гормона гипофиза (наблюдается чаще у людей, живущих в эндемичных по зобу зонах), рентгеновское или другое облучение области головы и шеи, верхнего средостения, проведенные с диагностической и/или лечебной целью в детском и юношеском возрасте. Особое значение в развитии рака щитовидной железы имеет сочетание внешнего облучения указанных областей с внутренним облучением инкорпорированными радионуклидами йода при загрязнении окружающей среды радиоактивными веществами. Наличие в семейном анамнезе случаев рака щитовидной железы, рак другой доли щитовидной железы в анамнезе. В **таблице 16** приведены основные симптомы, методы первичной диагностики и возможные варианты лечения рака щитовидной железы.

Таблица 16. Симптоматика и диагностика рака щитовидной железы

Симптомы опухолевой патологии	Тактика ведения пациента	Возможные виды специального лечения
<p>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.</p>	<p>Клинический осмотр*, пальпация УЗИ щитовидной железы и шейных лимфоузлов Пункция узлового уплотнения под контролем УЗИ Морфологическая верификация диагноза. Консультация онколога (уточняющая диагностика)</p>	<p>Хирургическое Комбинированное комплексное лечение</p>

3.17 Заболевания кроветворной и лимфатической ткани

В 2011 г. 1330 больным в Казахстане был установлен диагноз гемобластоза. Показатель заболеваемости всеми злокачественными новообразованиями кроветворной и лимфатической ткани в совокупности составил 8, 0 на 100 000 населения.

Лимфогранулематоз (лимфома Ходжкина) – наиболее часто встречающееся опухолевое заболевание кроветворных органов, характеризующееся увеличением лимфатических узлов. Характерной особенностью лимфогранулематоза является локальность процесса на ранних стадиях развития болезни с постепенным вовлечением в процесс лимфоузлов пограничных областей. Окончательный диагноз и выбор варианта лечения возможны только после удаления и гистологического исследования одного из измененных лимфатических узлов.

В **таблице 17** приведены основные симптомы, методы первичной диагностики и возможные варианты лечения заболеваний кроветворной и лимфатической ткани.

Таблица 17. Симптоматика и диагностика злокачественных поражений кроветворной и лимфатической ткани

Симптомы опухолевой патологии	Тактика ведения пациента	Возможные виды специального лечения
Увеличенные лимфоузлы могут встречаться на шее, в подмышечных областях, брюшной и грудной полости, паховых и других областях и др. Пораженный лимфатический узел достаточно больших размеров (до нескольких сантиметров и больше), болезненный или безболезненный	Клинический осмотр* Пальпация периферических лимфоузлов шейных, надключичных, подмышечных и паховых областей. Клинический анализ крови +тромбоциты УЗИ зон увеличенных лимфоузлов и смежных регионарных зон. Цитологическое исследование увеличенного	В зависимости от окончательного диагноза в специализированном гематологическом или онкологическом учреждении Окончательный диагноз и выбор варианта лечения возможны только после удаления и гистологического исследования одного из измененных лимфатических узлов.

при пальпации. Характерными симптомами лимфогранулематоза являются: повышение температуры тела, упорный кожный зуд, обильный пот, особенно по ночам. Общие симптомы: слабость, похудание	лимфоузла, при необходимости биопсия (морфологическая верификация диагноза) Консультация онколога и гематолога (уточняющая диагностика) Стернальная пункция по показаниям	
--	--	--

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Диспансеризация населения, формирование групп повышенного онкологического риска, их углубленное обследование и оздоровление, проведение скрининговых осмотров позволяют повысить выявляемость предраковых заболеваний и злокачественных новообразований на ранних стадиях, особенно для визуальных локализаций.

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 18 сентября 2009 года № 193-IV ЗРК.
2. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 гг., утвержденная Указом Президента РК от 29 ноября 2010 г. № 1113.
3. Заридзе Д.Г. Профилактика рака. Руководство для врачей. Москва, ИМА-Пресс, 2009. 221 с.
4. Заридзе Д.Г. Эпидемиология и профилактика рака. Вестник РАМН. - № 9 2001. – с.6-14.
5. Нургазиев К.Ш., Сейтказина Г.Д., Байпеисов Д.М., Сейсенбаева Г.Т., Ажмагамбетова А.Е. Показатели онкологической службы Республики Казахстан за 2011 год (статистические материалы). – Алматы, 2012, 108 с.