



Руководителям медицинских организаций
Курганской области

направлено по электронной почте

**ПРАВИТЕЛЬСТВО
КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

ул. Томина, 49, г.Курган,
Курганская область, 640000

Тел./факс (83522) 498501, (83522) 498503

<http://www.UZO.Kurgan-med.ru>

e-mail: DZO@kurganobl.ru

15.05.17 № 01-12 / 3823

на №

Департамент здравоохранения Курганской области направляет протокол видеоконференции от 27 апреля 2017 года для использования в работе. Все материалы видеоконференции размещены на сайте Департамента здравоохранения Курганской области и Государственного бюджетного учреждения «Курганская областная клиническая больница».

Материалы видеоконференции направить на фельдшерско-акушерские пункты для использования в работе.

Приложение: на 14 л. в 1 экз.

Заместитель директора Департамента
здравоохранения Курганской области –
начальник управления организации
медицинской помощи

Е.В. Островских

Байкова Е.А.
46-51-03

ПРОТОКОЛ № 2
видеоконференции Департамента здравоохранения Курганской области

от 27 апреля 2017 года

для заместителей главного врача по лечебной и организационно-методической работе, врачей терапевтов, врачей онкологов первичных онкологических кабинетов, фельдшеров (на которых возложены функции участковых врачей), фельдшеров ФАП и медицинских работников смотровых кабинетов, специалистов кабинетов и отделений медицинской профилактики.

1. Роль фельдшерско-акушерских пунктов в раннем выявлении онкологических заболеваний.

(Сепиашвили Гиви Гиоргиевич – главный внештатный специалист онколог Департамента здравоохранения Курганской области).

Структура и организация фельдшерско-акушерских пунктов (далее – ФАП).

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15 мая 2012 г. N 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» определяется порядок организации деятельности ФАП и его задачи.

Рекомендуемая численность обслуживаемого ФАПом населения от 300 до 700 человек, включая детское население.

На должность акушера ФАП назначается специалист, соответствующий квалификационным характеристикам должностей работников в сфере здравоохранения, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 23 июля 2010 г. N 541н. Согласно приложению №15, в котором указаны правила организации деятельности ФАП определены его основные задачи:

- выявление лиц с повышенным риском развития злокачественных новообразований, с признаками предраковых заболеваний, визуальных локализаций злокачественных новообразований и направление больных с подозрением на злокачественную опухоль и с предраковыми заболеваниями в первый онкологический кабинет медицинской организации;

- оказание паллиативной помощи больным, в том числе больным онкологическими заболеваниями, нуждающимся в наркотических и сильнодействующих лекарственных средствах в соответствии с рекомендациями врачей-специалистов.

Основными задачами в оказании онкологической помощи являются выявление предраковых заболеваний и злокачественных новообразований визуальных локализаций. Требования к медицинским кадрам включают повышение квалификации на рабочем месте в онкологическом диспансере 1 раз в 5 лет.

Необходимо:

1. знать диагностику предраковых заболеваний и злокачественных новообразований визуальных локализаций;

2. соблюдать маршрутизацию пациентов с подозрением на злокачественное новообразование или предраковое заболевание направлять в ЦРБ (первичный онкологический кабинет).

Необходимо владеть:

1. двуручным гинекологическим обследованием;

2. забором мазков на цитологическое исследование;

3. пальцевым исследованием прямой кишки;

4. пальпацией молочных желез, щитовидной железы, лимфатических узлов.

В объём обследования входит осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости; пальпация живота, молочных желез, щитовидной железы, лимфатических узлов, двуручное гинекологическое обследование, пальцевое исследование прямой кишки, цитологический мазок шейки матки и цервикального канала

Лечебные мероприятия направлены на симптоматическое лечение онкологических больных IV клинической группы (по назначению врача-онколога или специалиста первичного онкологического кабинета).

К визуальным формам рака относятся:

- C00 - опухоли губы,
- C01 - основания языка,
- C02 - других и неуточненных отделов языка,
- C03 - десны,
- C04 - дна полости рта,
- C05 - неба,
- C06 - других и неуточненных частей рта,
- C07 - околоушной слюнной железы,
- C08 - других и неуточненных больших слюнных желез,
- C09 - небной миндалины,
- C10 - ротоглотки,
- C20 - прямой кишки,
- C21 - заднего прохода и анального канала,
- C44 - кожи,
- C50 - молочной железы,
- C51 - вульвы,
- C52 - влагалища,
- C53 - шейки матки,
- C60 - полового члена,
- C62 - яичка,
- C63.2 - кожи мошонки,
- C69 - глаза,
- C73 - щитовидной железы,
- C43 - меланома кожи.

Базально-клеточный рак.

Опухоль из базального слоя эпителия кожи. Базальноклеточный рак кожи занимает промежуточное положение между доброкачественными и злокачественными новообразованиями. Характерная особенность базалиомы – местно-деструктирующий рост при отсутствии лимфогенных и гематогенных метастазов. Чаще всего базально-клеточный рак имеет вид одной из трех форм: узловой, поверхностной или язвенной.

Базалиома, превратившаяся из узловой разновидности в язвенную: в центре опухоли глубокое изъязвление, края резко приподнятые, валикообразные.

Поверхностная разновидность базалиомы на туловище со множественными маленькими чешуйками и корочками. Валики на краях опухоли с трудом заметны.

Базально-клеточный рак кожи.

Пигментная разновидность базалиомы. Узелок с неравномерной черной окраской и неровными краями, заболевание легко перепутать с меланомой. В данном случае диагноз нам подскажет характерная полупрозрачность и сосуды на поверхности опухоли.

Базалиома кожи узлового вида. Гладкая, жемчужная опухоль с телеангиэктазиями, мелкими струпами на одном из краев. Плотная на ощупь, четко определима, ничем не беспокоит. Это наиболее распространенная разновидность базалиомы, на который приходится около 60% всех первичных случаев. Имеет вид приподнятой, полупрозрачной

папулы или узелка с расширением сосудов на поверхности (телеангиэктазии). Такой узелок может изъязвляться, иметь пигментные вкрапления.

Рак языка.

К основным этиологическим причинам рака языка принадлежат:

– курение – из всех этиологических факторов табак имеет наибольшее отношение к раку языка. Множество исследований доказали, что 90% всех случаев рака ротовой полости напрямую связаны с употреблением табачных изделий и что риск этой патологии возрастает с количеством выкуриваемых сигарет и длительностью привычки;

– алкоголь – приблизительно 75% больных раком языка употребляют алкоголь. Но роль алкоголя в развитии злокачественных заболеваний языка не зависит от курения сигарет и имеет скорее синергетический, а не кумулятивный эффект на канцерогенез. В то же время, риск возникновения онкопатологии у человека, который курит и употребляет алкоголь в 15 раз выше, чем в том, кто не имеет этих вредных привычек;

- генетические факторы;
- вирус папилломы человека – является возбудителем канцерогенеза;
- профессиональные и экологические факторы.

Рак молочной железы.

Рак молочной железы – злокачественное новообразование, развивающееся из клеток эпителия протоков и/или долек паренхимы железы.

Локальный рост в виде узла встречают наиболее часто. Пальпаторно выявляют плотное, округлое, бугристое безболезненное образование с нечёткими контурами, нередко ограниченно подвижное из-за инфильтрации окружающих тканей. В случае расположения под соском и малых размерах опухоли первыми симптомами могут быть отклонение соска в сторону, его фиксация или втяжение. Иногда над опухолевым узлом происходит фиксация кожи (симптом площадки) или её втяжение (симптом умбиликации). Указанные явления происходят за счёт вовлечения в процесс связок Купера. Лимфатический отёк кожи («лимонная корка») — поздний симптом заболевания.

Рак щитовидной железы.

Рак щитовидной железы – злокачественная опухоль, развивающаяся из элементов железистого эпителия щитовидной железы.

Клинические признаки болезни можно разделить на 3 группы:

- симптомы, связанные с развитием опухоли в щитовидной железе;
- симптомы, возникающие в связи с прорастанием опухоли в окружающие железу ткани;
- симптомы, обусловленные регионарным и отдалённым метастазированием.

К первой группе симптомов относят быстрый рост узла, появление плотной консистенции и бугристости, неравномерного уплотнения. При распространении опухоли за пределы щитовидной железы в окружающие её ткани появляется изменение голоса (в результате сдавления и паралича возвратного нерва), затруднение дыхания и глотания (вследствие давления опухоли), расширение вен на передней поверхности груди (сдавление или прорастание вен средостения). Третья группа симптомов связана с регионарными и отдалёнными метастазами. При лимфогенных метастазах в области шеи наиболее часто поражаются глубокая ярёная цепь, паратрахеальные зоны, реже лимфатические узлы бокового треугольника шеи, передневерхнем отделе средостения.

Рак толстой кишки.

Термин «рак толстой кишки» объединяет различные по форме, локализации и гистологической структуре злокачественные эпителиальные опухоли слепой, ободочной и прямой кишки, а также анального канала.

В России за последние 20 лет рак толстой кишки переместился с 6-го на 4-е место у женщин и 3-е у мужчин, уступая лишь раку легкого, желудка и молочной железы.

Диагностика.

В настоящее время имеется возможность выявить рак толстой кишки практически во всех случаях заболевания. Необходимо лишь следовать двум условиям:

- 1) соблюдать диагностический алгоритм;
- 2) полностью использовать возможности применяемых диагностических методов.

Алгоритм диагностики рака толстой кишки:

- анализ жалоб и анамнеза (следует помнить, что у лиц старше 50 лет риск возникновения рака толстой кишки очень высок);

- клиническое исследование;
- пальцевое исследование прямой кишки;
- ректороманоскопия;
- клинический анализ крови;
- анализ кала на скрытую кровь;
- колоноскопия;
- ирригоскопия (при сомнительных данных колоноскопии или их отсутствии);
- ультразвуковое исследование органов живота и малого таза;
- эндоректальное ультразвуковое исследование;
- биопсия обнаруженной опухоли.

Нередко при диагностике рака анального канала не требуется инструментальных методов обследования, достаточно наружного осмотра.

Рак прямой кишки.

К факторам, провоцирующие развитие заболевания относятся:

- вредное и плохо сбалансированное питание – наличие в рационе большого количества мяса или животных жиров, частое употребление жареных продуктов, недостаток растительной клетчатки, фруктов и овощей. Среди людей, которые являются приверженцами вегетарианства, признаки рака прямой кишки встречаются очень редко;

- наследственная предрасположенность к развитию онкозаболеваний;
- малоподвижный образ жизни;
- злоупотребление алкогольными напитками или курение;
- наличие воспалений в области кишечника, незалеченные трещины, проктиты и - полипы, которые часто присутствуют в кишках.

Диагностика рака прямой кишки.

Большинство опухолей (до 70 %) локализуется в дистальных отделах толстой кишки (прямая и сигмовидная), именно поэтому роль таких простых диагностических приемов, как пальцевое исследование, ректороманоскопия, нельзя преувеличить.

Для выявления рака нижнеампулярного отдела прямой кишки практически достаточно одного пальцевого исследования. Для использования всех диагностических возможностей применяемых методик очень важна правильная подготовка толстой кишки и исследование. В противном случае возможны грубые диагностические ошибки.

Несмотря на регулярное проведение скрининговых мероприятий медицинским работником «первого контакта» в сельской местности остается сотрудник ФАП (фельдшер, акушерка, участковый терапевт).

Ранняя диагностика рака подразумевает выявление заболевания у лиц, которые сами обратились за медицинской помощью с жалобами при появлении первых симптомов или признаков заболевания. Своевременная диагностика рака — это распознавание процесса на такой стадии, когда подавляющее большинство больных можно излечить от этого недуга. Большинство случаев злокачественной опухоли диагностируется врачами амбулаторно-поликлинических учреждений и активно выявляются при профилактических осмотрах населения.

Организация онкологической службы – это последовательная система, в которой пациент передвигается по степени сложности заболевания. По определенной схеме

обследования и лечения необходимо действовать каждому онкологическому больному и не нарушать последовательность обращения в лечебные учреждения. Нарушение этих простых правил приводит к перегруженности онкологических учреждений, что выражается в потере драгоценного времени на лечение.

2. Актуальные вопросы выявления злокачественных новообразований репродуктивной системы.

(Петров Александр Сергеевич – врач-онколог, заведующий гинекологическим отделением Государственного бюджетного учреждения «Курганский областной онкологический диспансер»).

Актуальные вопросы ранней диагностики рака шейки матки (далее – РШМ).

Эпидемиология.

РШМ – одна из наиболее частых злокачественных опухолей женских половых органов. По данным всемирной организации здравоохранения (далее – ВОЗ) ежегодно в мире РШМ заболевает около 500000 женщин (79% из них приходится на развивающиеся страны). В мире от РШМ умирает более 200000 женщин. РШМ занимает 2-е место (после рака молочной железы) в структуре онкологической патологии у женщин. В развивающихся странах РШМ занимает 1-е место в структуре заболеваемости новообразованиями женских гениталий.

Этиология и патогенез.

В развитии дисплазии и РШМ ведущую роль играют экзогенные факторы.

До настоящего времени нет данных о том, что существует ли наследственная предрасположенность к РШМ.

Доказано влияние половой жизни женщин на возникновение РШМ. Известно, что он практически не встречается у девственниц и монахинь. Факторами риска дисплазии и РШМ считаются:

1. Раннее начало половой жизни;
2. Ранние первые роды;
3. Частая смена половых партнеров;
4. Отказ от использования барьерных контрацептивов;

Высокая заболеваемость РШМ отмечается среди женщин из малообеспеченных слоев населения, особенно в развивающихся странах. Имеются убедительные данные о повышении риска РШМ у курящих женщин.

Неоспоримым этиопатогенетическим фактором развития дисплазии и РШМ считается инфекция, вызываемая вирусом папилломы человека.

Вирус папилломы человека присутствует в эпителии шейки матки. У инфицированных вирусом папилломы человека дисплазия шейки матки возникает в 10 раз чаще, чем у неинфицированных. Вирусом папилломы человека обусловлено примерно 90% случаев дисплазии шейки матки.

В настоящее время идентифицировано более 100 типов вируса папилломы человека, 34 из них поражают аногенитальную область.

По способности вызывать дисплазию и РШМ выделяют:

1. Высокоонкогенные типы вируса папилломы человека – 16, 18, 31, 33, 48 и 56;
2. Низкоонкогенные – 6, 11, 42, 43, 44.

Дисплазия шейки матки.

Согласно определению ВОЗ дисплазией называется патологический процесс, при котором в толще покровного эпителия шейки матки появляются клетки с различной степенью атипии (нарушение дифференцировки клеток) с последующим изменением слоистости эпителия без вовлечения стромы в патологический процесс. Занимает промежуточное положение между нормальным эпителием шейки матки и раком *in situ* и относится к предраковым состояниям, предшествующим развитию инвазивного рака

шейки матки. До 90% дисплазий шейки матки локализуются на границе однослоиного цилиндрического и многослойного плоского эпителия (зоне трансформации). Дисплазия может существовать долгие годы.

Симптоматика.

Клиническое течение диспластических изменений бессимптомное и специфические жалобы пациенток отсутствуют.

При инфекционном процессе во влагалище дисплазия может сопровождаться увеличением количества влагалищных выделений в виде слизи или сукровичных выделений.

Дисплазия эпителия шейки матки может быть обнаружена как при фоновых заболеваниях шейки матки.

Согласно классификации ВОЗ (1995 г.) дисплазию выделяют: лёгкую, умеренную, тяжёлую:

I.Легкая степень дисплазии характеризуется сохранением нормального расположения поверхностного и промежуточного слоев эпителия.

II.При умеренной степени дисплазии изменения захватывают больше половины толщи эпителиального пласта.

III. В случаях тяжелой дисплазии изменения захватывают большую часть толщи эпителиального пласта, за исключением нескольких поверхностных слоев из зрелых клеток, сохраняющих нормальное строение.

Основные факторы риска развития дисплазии:

- вирусные инфекции, при которых ведущими являются вирус папилломы человека (ВПЧ);
- цитомегаловирус;
- вирус простого герпеса;
- раннее начало половой жизни;
- ранние беременности;
- большое количество детей;
- частая смена половых партнеров;
- наличие партнёров, относящихся к группе социального риска;
- венерические заболевания;
- иммунодефицит;
- курение (пассивное или активное курение – увеличивает вероятность развития дисплазии в 4 раза);
- наличие в анамнезе дисплазии вульвы или влагалища;
- невыполнение мероприятий цитологического скрининга.

Риск малигнизации дисплазии.

Анализ исходов диспластических изменений плоского эпителия шейки матки, показал, что при дисплазии I регрессия наблюдается в 57%, персистенция - в 32%, прогрессия - в 11%. В то же время при дисплазии III регрессия прослеживается всего лишь в 32% случаев.

Методы диагностики дисплазии.

Первичное цитологическое обследование шейки матки и цервикального канала является классическим скрининговым методом выявления патологических изменений эпителия шейки матки.

При выявлении подозрения на патологию шейки матки пациентка подлежит второму этапу обследования (углубленной диагностике):

- кольпоскопия с прицельной биопсией влагалищной части шейки матки;
- кюретаж (биопсия) эндоцервикса с целью морфологической верификации диагноза.

При отсутствии видимой патологии, материал берется со всей поверхности шейки матки и из цервикального канала.

В связи с тем, что рак чаще всего развивается на месте соединения плоского эпителия влагалищной части шейки матки с цилиндрическим эпителием цервикального канала, соскоб для забора материала должен обязательно включать «зону превращения» и эпителий цервикального канала. Эта зона у женщин после 40 лет, а также после диатермокоагуляции и криодеструкции уходит в цервикальный канал, что диктует необходимость забора материала для цитологического исследования из цервикального канала более глубоко.

У женщин с визуально нормальной шейкой матки мазки берутся методом поверхностного соскоба, производимого одноразовой цервикс-щеточкой типа « cervix brush» или «cyto brush».

Методика забора материала. При визуально нормальной шейке матки необходимо оценить количество слизи на поверхности шейки матки. При незначительном количестве слизи ее осторожно удаляют, промокая мягким ватным тампоном.

После введения конуса щеточки в цервикальный канал щеточка прижимается к поверхности шейки и производится 5 полных круговых движений – трижды по часовой стрелке и дважды против.

Щеточка удаляется из влагалища, ее содержимое наносится на предметное стекло линейным движением вдоль стекла, используя обе стороны щеточки. Мазок с указанием фамилии женщины с оформленным направлением в этот же или на следующий день должен быть направлен в цитологическую лабораторию. Маркировка цитологических препаратов производится простым карандашом по матовой поверхности предметного стекла.

Ранними проявлениями болезни являются обильные водянистые бели и контактные кровянистые выделения из половых путей. У женщин репродуктивного возраста возможны ациклические кровянистые выделения из половых путей, в постменопаузе – периодические или постоянные кровянистые выделения.

При значительном локорегионарном распространении опухоли больные предъявляют жалобы на боль, дизурию и затруднения при дефекации. При небольших некротизированных опухолях выделения из половых путей сопровождаются неприятным запахом. В запущенных случаях образуются прямокишечновлагалищные и мочепузырно-влагалищные свищи, могут пальпироваться метастатически измененные паховые и надключичные лимфатические узлы.

Профилактическое обследование женщины включает:

- гинекологическое исследование;
- цитологическое исследование мазков с эндо- и эндоцервикса.

При выявлении предраковой патологии шейки матки дополнительно проводят кольпоскопию, цельную биопсию всех подозрительных участков и выскабливание цервикального канала.

Проводится гистологическое исследование препаратов после ножевой биопсии, конизации или ампутации шейки матки. После гистологической верификации диагноза инвазивного рака шейки матки проводят УЗИ малого таза, брюшной полости, забрюшинного пространства; рентгенографию грудной клетки, цистоскопию, ректороманоскопию. При необходимости выполняют: КТ или МРТ малого таза, брюшной полости, забрюшинного пространства; экскреторную урографию; сцинтиграфию почек; рентгенографию костей; ирригоскопию; лапароскопию.

Профилактика рака тела матки:

- контроль массы тела и течения сахарного диабета;
- нормализация менструальной функции, грамотный подбор контрацепции;
- своевременное удаление феминизирующих опухолей.

Рак яичников (далее – РЯ) занимает 3-е место в структуре онкологических заболеваний женских половых органов, уступая раку тела матки и шейки матки.

Смертность от РЯочно удерживает 1-е место. За последние 5 лет в России прирост заболеваемости составил 5,1%.

Виды рака яичника.

Первичный рак яичников составляет около 5 %. Опухоль с самого начала имеет злокачественный характер. В ней нет сочетания злокачественных и доброкачественных элементов. Опухоль происходит из покрова эпителия яичника. Возникает у женщин старше 60 лет.

Вторичный рак яичников наблюдается в 80-85% случаев и предсталяет собой малигнизованную опухоль яичника. Злокачественный рост возникает в серозных папиллярных, реже муцинозных кистомах яичника. Может быть в виде единичного изолированного или нескольких узлов в одной из камер кистомы.

Метастатический рак яичников.

Встречается в 20% случаев. Первичный очаг может локализоваться в желудочно-кишечном тракте (опухоль Кру肯берга), молочной железе, легком. Растет быстро и может значительно превосходить по величине первичный очаг.

К гормональным факторам риска появления и развития РЯ относится: «непрерывная овуляция»; индукция овуляции при бесплодии (РЯ в 2,5 раза чаще); рак молочной железы в анамнезе.

Риск РЯ на 30-60% ниже у женщин, рожавших 3 раза и более, а также ниже у женщин, длительно принимавших перорально контрацептивы. Риск РЯ на 50% ниже у женщин, длительно кормивших грудью.

Клиническая картина:

- увеличение живота в объеме;
- боль внизу живота;
- нарушение менструального цикла;
- патологические выделения из половых путей;
- запоры;
- затрудненное или учащенное мочеиспускание, снижение диуреза;
- снижение массы тела.

Диагностика:

1. физикальное исследование (пальпация живота, лимфатических узлов и молочных желез, гинекологическое исследование);
2. УЗИ органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства;
3. биопсия опухоли, гистологическое исследование;
4. определение уровней опухолевых маркеров в сыворотке: СА-125;
5. ЭГСД;
6. лапароскопия;
7. рентгенография органов грудной клетки;
8. сканирование костей скелета;
9. колоноскопия.

3. Ранняя диагностика онкологических заболеваний у мужчин.

(Котенко Антон Александрович – главный внештатный специалист уролог Департамента здравоохранения Курганской области).

Предстательная железа – мышечно-железистый орган. У взрослого мужчины предстательная железа в поперечном размере достигает 4 см, длина ее около 3 см и толщина ее до 2,5 см. Различают основание предстательной железы, обращенное вверх, и верхушку простаты, направленную вниз. В предстательной железе выделяют правую и левую боковые доли, а также среднюю долю, являющуюся перешейком.

Основной функцией предстательной железы является выработка специфического секрета, необходимого для поддержания активности и жизнедеятельности сперматозоидов. Количество секрета предстательной железы, вырабатываемого здоровым мужчиной за сутки, составляет от 0,1 до 2 мл.

Рак предстательной железы (далее – РПЖ) – одно из самых распространенных заболеваний в мире. В структуре онкологических заболеваний в ряде стран рак предстательной железы выходит на 2-3 место после рака легких, а в США – на первое место.

В России заболеваемость раком простаты занимает 4-е место. Особенностью рака простаты в России и странах СНГ является поздняя диагностика, когда опухоль диагностируют на III-IV стадии.

Современная диагностика РПЖ — весьма простой, недорогостоящий и быстрый алгоритм. РПЖ отличается медленным и злокачественным течением. Это означает, что опухоль растет медленно (по сравнению с раком желудка, легкого, кожи и т.п.), она может не проявляться многие годы.

С другой стороны рак простаты дает ранние метастазы, то есть опухоль небольших размеров уже может распространяться на другие органы. Чаще всего распространение заболевания идет в кости (таз, позвоночник, ребра, легкие, печень, головной мозг). До появления метастазов опухоль можно удалить и это остановит заболевание. Но если появились метастазы, удалить их все не сможет ни один хирург. Полностью излечить пациента будет уже невозможно.

На ранних стадиях, которые могут длиться достаточно долго, симптомы неотличимы от доброкачественной гиперплазии предстательной железы и даже хронического простатита.

К факторам риска развития рака предстательной железы относятся: пожилой возраст; нарушения гормонального фона связанного с возрастом; особенности питания (высококалорийная пища, животные жиры, белки и т.д.); наследственная предрасположенность; вирусные инфекции; различные факторы внешней среды (облучение ультрафиолетовыми лучами, ионизирующая радиация); профессиональные вредности (работа с кадмием, в резиновой промышленности).

Более 75% случаев рак простаты диагностируются у мужчин после 65 лет; только 7% всех случаев относятся к возрасту менее 60 лет; средний возраст на момент установления диагноза составляет 72 года.

Риск заболеть РПЖ увеличивается у мужчины, отец или брат которого болен раком предстательной железы. Риск повышается в 10 раз у мужчины, трое родственников которого больны РПЖ.

Причины рака простаты до конца не выяснены. Развитие рака простаты связывают с гормональными изменениями у мужчин старше 50 лет, в частности с высоким уровнем тестостерона – мужского полового гормона. РПЖ является гормонозависимой опухолью, то есть рост опухоли стимулируется тестостероном.

Симптомы рака простаты.

Локализованный рак: учащенное мочеиспускание; затрудненное начало мочеиспускания; ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря; вялая струя мочи; императивные позывы на мочеиспускание; неудержание мочи.

Местно-распространенный рак: гематурия; болезненное мочеиспускание; недержание мочи; боли в поясничной области; анурия; боли в промежности и над лобком; симптомы почечной недостаточности; гемоспермия; импотенция; симптомы вовлечения в опухолевый процесс прямой кишки.

Врач-уролог (врач-хирург) у мужчин с повышенным риском рака предстательной железы, выявленном на первом этапе диспансеризации проводит следующий комплекс обследования:

1. выполнение анализа крови на простатический специфический антиген (ПСА) (проводится в рамках диспансеризации);
2. пальцевое ректальное исследование (проводится в процессе осмотра в рамках диспансеризации);
3. трансректальное ультразвуковое исследование (проводится вне рамок диспансеризации).

При интерпретации результатов исследования крови на ПСА необходимо исходить из рекомендованных возрастных норм уровня ПСА представленных в таблице:

Возрастной диапазон	Уровень ПСА, нг/мл
40-49 лет	0-2,5
50-59 лет	0-3,5
60-69 лет	0-4,5
70-79 лет	0-6,5

Окончательная верификация диагноза проводится путём мультифокальной трансректальной биопсии простаты (варианты: промежностная, трансуретральная).

Рак яичка.

Рак яичка - это злокачественная опухоль, развивающаяся из тканей яичек; является наиболее частой злокачественной опухолью, которая развивается у молодых мужчин в возрасте от 15 до 40 лет. Рак яичка имеет раннее метастазирование, чаще всего – это забрюшинные лимфатические узлы, реже легкие, печень, медиастинальные лимфатические узлы, головной мозг, почки.

Факторы, приводящие к атрофии яичка: крипторхизм, химические агенты, травмы, идиопатическая атрофия яичка, инфекционные заболевания.

Семейный анамнез повышает риск развития рака яичка. Так, если у мужчины возник рак яичка, то у его братьев риск развития такой опухоли повышен в 2 – 4 раза.

Наличие одного или нескольких вышеперечисленных факторов должно настороживать и является показанием для периодического обследования у врача-уролога.

Симптомы первичной опухоли: боль в области яичка; увеличение соответствующей половины мошонки; уплотнение яичка, которое чаще всего выявляется самим больным.

Симптомы метастазов: боль в спине; отеки нижних конечностей; одышка и кашель; гинекомастия; снижение либидо, импотенция.

Диагностика.

Применяется осмотр и пальпация органов мошонки. Определяется локализация, консистенция, размеры новообразования, его связь с придатком, семенным канатиком, с кожей.

Используется ультразвуковое исследование; исследование опухолевых маркеров:

- альфа-фетопротеин (АФП);
- хорионический гонадотропин (ХГЧ);
- лактатдегидрогеназа (ЛДГ).

Дополнительные методы исследования:

- КТ грудной, брюшной полости, забрюшинного пространства;
- сканирование костей;
- КТ головного мозга.

При начальных стадиях опухоли яичка очень часто излечимы. Поэтому очень важно их ранее выявление и лечение.

Рак полового члена.

Этиология рака полового члена до конца не изучена. Предраковыми заболеваниями при раке полового члена являются: эритроплазия Кейра и болезнь Боуэна.

Эритроплазия Кейра проявляется появлением на головке полового члена безболезненной хорошо ограниченной, немного приподнятой гиперемированной бляшки.

Болезнь Боуэна - на теле полового члена появляется безболезненное пятно, покрытое чешуйками.

К факторам риска относится вирус папилломы человека. Отдельные виды вирусов (более 100 типов) приводят к развитию папиллом на половых органах и в области заднего прохода как у мужчин, так и у женщин. Лечение данной патологии одна из форм профилактики рака полового члена.

Химические вещества, входящие в состав табачного дыма, разрушительно действуют на ДНК клеток полового члена. Такое воздействие особенно опасно при наличии у мужчины вируса папилломы человека.

Фимоз – сужение крайне плоти, не позволяющее обнажить головку полового члена, что в дальнейшем приводит к скоплению смегмы и затруднению гигиенического ухода.

Чаше всего опухолей наблюдается у мужчин в возрасте старше 50 лет.

Клинические проявления рака полового члена.

Несмотря на то, что рак полового члена является опухолью наружной локализации, многие больные (15 - 50%) поздно обращаются к врачам из-за ложной стыдливости, страхом перед заболеванием, низким уровнем медицинской культуры.

Начало заболевания связано с появлением на коже полового члена небольшого уплотнения, которое постепенно увеличивается, становится неподвижным и, по мере роста, изъязвляется. Очаг поражения может быть либо в виде экзофитного папиллярного либо в виде плоского образования, язвы.

Местный процесс в начальных стадиях заболевания обычно не сопровождается болевым синдромом. Общее состояние больного длительное время остается вполне удовлетворительным, но по мере роста опухоли и появления метастазов появляется слабость, потеря веса, повышенная утомляемость и недомогание.

Для рака полового члена характерно лимфогенное метастазирование, которое является наиболее неблагоприятным прогностическим признаком. Регионарными для полового члена являются паходовые и подвздошные лимфатические узлы.

Первоначально в паходовых областях определяются отдельные узелки, которые постепенно увеличиваются и сливаются в единый конгломерат с некрозом и зловонными гнойными выделениями. Появление гематогенных метастазов отмечается в запущенных случаях заболевания у 1%-10% больных.

Диагностика рака полового члена.

Опухоли полового члена располагаются поверхностно, поэтому доступны детальному осмотру.

В зависимости от размеров образование может быть удалено полностью или частично. Возможна выполнение биопсии как самого образования, так и паходового лимфатического узла.

К дополнительным методам обследования относится рентгенография грудной клетки, ультразвуковое исследование (определение размеров и глубины инвазии первичной опухоли), компьютерная томография, магнитно-резонансная томография.

Появление любого болезненного или безболезненного опухолевого образования на половом члене в виде бородавки или пузырей, утолщение участка кожи и изменение ее цвета, возникновение кровоточащей язвы, белых пятен должно являться показанием для направления к врачу.

4. Анализ выявления злокачественных новообразований при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения.

(Хайрова Наталья Фаритовна - главный внештатный специалист по медицинской профилактике Департамента здравоохранения Курганской области).

В ходе проведения диспансеризации выявлены злокачественные новообразования в медицинских организациях Курганской области.

	1кв. 2017г.	2016 г.	2015 г.	2014 г.	2013 г.
Число законченных случаев диспансеризации	37226	141309	142342	141658	110195
Выявлено злокачественных заболеваний при проведении диспансеризации	902 2,4%	1850 1,3%	2129 1,5%	253 0,2%	469 0,4%
В том числе впервые	58 0,2%	302 0,2%	419 0,3%	-	-
В том числе в 1-2 стадии	2 3,4%	2 0,7%	19 4,5%	-	-
Установлено предварительных диагнозов злокачественных заболеваний	209	944	999	879	261

Диспансеризация представляет собой комплекс мероприятий, в том числе медицинский осмотр врачами нескольких специальностей и применение необходимых методов обследования, осуществляемых в отношении определенных групп населения.

Приказ Минздрава России от 03.02.2015 N 36ан «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» контролирует раннее выявление хронических неинфекционных заболеваний (далее – ХНИЗ), являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения РФ, основных факторов риска их развития, а также потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача.

Существует 2 этапа диспансеризации.

1 этап: выявление у граждан признаков ХНИЗ, факторов риска и их развития; определение медицинских показаний к выполнению дополнительных обследований и осмотров врачей-специалистов для уточнения диагноза на втором этапе;

2 этап: дополнительное обследование и уточнение диагноза, проведение углубленного профилактического консультирования.

Анкетирование – инструмент для выявления ХНИЗ факторов риска и их развития, определения показаний на 2 этап (предусмотрено подпунктом 1 пункта 13.1 порядка).

Форма анкеты и правила вынесения заключения по результатам опроса (анкетирования) – приложение к методическим рекомендациям «Организация проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров взрослого населения». Результаты анкетирования вносятся в Карту учета диспансеризации.

При правильном вынесении заключений по Анкете, пациент может быть направлен

на консультацию к 17 специалистам: терапевту, неврологу, колопроктологу, хирургу, урологу, акушеру-гинекологу, кардиологу, пульмонологу, фтизиатру, эндокринологу, онкологу, гематологу, психиатру-наркологу, офтальмологу, отоларингологу, психиатру.

На 2 этапе диспансеризации врач-уролог (врач-хирург) у мужчин с повышенным риском рака предстательной железы, выявленном на первом этапе диспансеризации проводит следующий комплекс обследования:

1. выполнение анализа крови на ПСА (проводится в рамках диспансеризации);
2. пальцевое ректальное исследование (проводится в процессе осмотра в рамках диспансеризации);
3. трансректальное ультразвуковое исследование (проводится вне рамок диспансеризации).

При интерпретации результатов исследования крови на ПСА необходимо исходить из рекомендованных возрастных норм уровня ПСА представленных в таблице:

Возрастной диапазон	Уровень ПСА, нг/мл
40-49 лет	0-2,5
50-59 лет	0-3,5
60-69 лет	0-4,5
70-79 лет	0-6,5

Содержание второго этапа диспансеризации:

Исследование	Показания
Эзофагогастродуоденоскопия	По анкетированию жалобы, свидетельствующие о возможном онкологическом заболевании верхних отделов ЖКТ или для граждан старше 50 лет при отягощенной наследственности по онкозаболеваниям органов ЖКТ.
Осмотр (консультация) врачом-хирургом или врачом урологом	Для мужчин при впервые выявленных по результатам анкетирования признаках патологии мочеполовой системы или при отягощенной наследственности по онкозаболеваниям предстательной железы, а также для мужчин вне зависимости от возраста в случае подозрения на онкозаболевание предстательной железы по УЗИ.

Осмотр (консультация) врачом-хирургом или врачом-колопроктологом	Для граждан при положительном анализе кала на скрытую кровь, для граждан в возрасте 45 лет и старше при отягощенной наследственности по семейному полипозу, онкологическим заболеваниям колоректальной области, по результатам анкетирования, по назначению врача-терапевта, врача-уролога, врача-акушера-гинеколога, в случаях выявления симптомов онкологических заболеваний колоректальной области.
Колоноскопия или ректороманоскопия	При подозрении на онкологию толстой кишки по назначению врача-хирурга или врача колопроктолога.
Спирометрия	Для лиц с выявлением подозрением на хроническое бронхо-легочное заболевание по результатам анкетирования, курящих и по направлению врача-терапевта.
Осмотр (консультация) врачом-акушером-гинекологом	Для женщин с выявленными патологическими изменениями по результатам цитологического исследования мазка с шейки матки и (или) маммографии, УЗИ матки и яичников.
Анализ крови на уровень содержания простатспецифического антигена	По назначению врача-хирурга или врача-уролога мужчинам с выявлением подозрением на рак простаты по результатам опроса, осмотра, пальцевого исследования предстательной железы или УЗИ простаты.