

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
КАЗАХСТАН**

**КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АЛЬ-
ФАРАБИ**

**Тажibaева К.Н.
Сагалбаева У.Е.**

**ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЗА
ПОСЛЕДНИЕ ГОДЫ (2010-2020ГГ.)**

(Монография)

**Алматы
2021**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АЛЬ-ФАРАБИ

**Тажибаева К.Н.
Сагалбаева У.Е.**

**ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЗА
ПОСЛЕДНИЕ ГОДЫ (2010-2020ГГ.)**

(Монография)

**Алматы
2021**

УДК: 616-006.03-07-084

ББК: 55.6.

Т 138

Рецензенты:

1. Журабекова Г.А. - кандидат медицинских наук, ассоциированный профессор кафедры «Фундаментальной медицины» КазНУ им. аль-Фараби.
2. Садибекова Ж.– к.м.н., и.о. доцента кафедры «Социального медицинского страхования и общественного здоровья АО ЮКМА

Авторы:

Тажибаева К.Н.–PhD старший преподаватель кафедры «Клинических дисциплин» Казахского национального университета имени аль-Фараби.

Сагалбаева У.Е – магистр медицинских наук, старший преподаватель кафедры «Клинических дисциплин» Казахского национального университета имени аль-Фараби.

Эпидемиология предраковых заболеваний за последние годы (2010-2020гг.): / Тажибаева К.Н. / Сагалбаева У.Е., Алматы: КазНУ им. аль-Фараби, 2021. – 160с.

ISBN 978-601-7842-03-2

Монография разработана с целью совершенствования организации диагностики и лечения предраковых заболеваний и создания нового алгоритма в помощь врачам общей практики в области онкологии и хирургии.

Для достижения поставленных целей и задач при разработке алгоритма представлен схематический алгоритм. Алгоритм включает в себя анализ текущей ситуации, выводы и определение приоритетных направлений, разработку концепции развития организации диагностики и лечения предраковых заболеваний, предназначенного для врачей, оказывающих первичную медицинскую помощь и врачей общей практики.

УДК: 616-006.03-07-084

ББК: 55.6.

Утверждено и разрешено к изданию типографским способом на заседании ©Тажибаева К.Н., 2021

Содержание

Перечень сокращений, условных обозначений, символов	5
Понятия, используемые в методических рекомендациях.....	7
Предисловие.....	8
Введение.....	9
1. Эпидемиологическая ситуация по предраковым и злокачественным новообразованиям.....	10
1.1. Методы профилактики предраковых заболеваний с основными факторами риска.....	12
2. Организация работы смотрового кабинета.....	14
2.1. Организация посещения смотрового кабинета	15
2.2. Способы проведения обследований в смотровом кабинете	16
3. Предраковые заболевания.....	17
3.1. Предраковые заболевания губ, органов ротовой полости	18
3.1. Предраковые заболевания губ.....	18
3.1.2. Предраковые заболевания органов полости рта.....	24
3.1.3. Предраковые заболевания гортани и глотки	30
3.1.4. Предраковые заболевания носоглотки.....	32
3.2. Предраковые заболевания пищеварительной системы.....	33
3.2.1. Предраковые заболевания пищевода.....	33
3.2.2. Предраковые заболевания желудка.....	36
3.2.3. Предраковые заболевания тонкой, толстой и прямой кишки.....	42
3.2.4. Предраковые заболевания печени.....	47
3.3. Предраковые заболевания трахеи, бронхов, легких.....	51
3.4. Предраковые заболевания костной и хрящевой ткани.....	56
3.5. Меланома и другие предраковые заболевания кожи.....	55
3.5.1. Предмеланомные кожные заболевания	55
3.5.2. Предраковые заболевания кожи	60
3.6. Мезотелиома и предраковые заболевания мягких тканей.....	65
3.7. Предраковые заболевания молочной железы.....	66
3.8. Предраковые заболевания женских половых органов.....	70
3.8.1. Предраковые заболевания наружных половых органов у женщин.....	70
3.8.2. Предраковые заболевания шейки матки.....	72
3.8.3. Предраковые заболевания тела матки.....	83
3.8.4. Предраковые заболевания рака яичников.....	87
3.9. Предраковые заболевания мужских половых органов.....	89
3.9.1 Предраковые заболевания мужского полового органа.....	91
3.9.2. Предраковые заболевания предстательной железы.....	93
3.10. Предраковые заболевания мочевыводящих органов и путей.....	95
3.10.1. Предраковые заболевания почек.....	95

3.10.2. Предраковые заболевания мочевого пузыря.....	100
3.11. Предраковые заболевания эндокринных желез.....	104
3.11.1. Предраковые заболевания щитовидной железы.....	104
3.11.2. Предраковые заболевания поджелудочной железы.....	107
4. Совершенствование медицинских инновационных технологий раннего выявления злокачественных опухолей.....	111
4.1. Эпидемиологическая ситуация рака среди трудоспособного населения (на примере г.Шымкент).....	111
4.2. Эпидемиологическая ситуация по онкологическим заболеваниям среди жителей Республики Казахстан.....	115
Заключение.....	175
Список использованной литературы.....	180
Приложение 1 - Лист контроля по обнаружению злокачественных образований.....	122
Приложение 2 - Технология раннего выявления предраковых и раковых заболеваний.....	123
Приложение 3- Алгоритм проведения предраковых заболеваний губ	124
Приложение 4- Алгоритм проведения предраковых заболеваний полости рта.....	125
Приложение 5- Алгоритм проведения предраковых заболеваний глотки ...	127
Приложение 6-Алгоритм проведения предраковых заболеваний носоглотки	129
Приложение 7- Алгоритм проведения предраковых заболеваний пищевода	130
Приложение 8 - Алгоритм проведения предраковых заболеваний желудка	131П
риложение 9 - Алгоритм проведения предраковых заболеваний толстой и прямой кишки.....	132
Приложение 10 - Алгоритм проведения предраковых заболеваний печени	133
Приложение 11 - Алгоритм проведения предраковых заболеваний трахеи, бронхов, легких.....	136
Приложение 12 - Алгоритм меланомы кожи.....	137
Приложение 13 - Алгоритм проведения предраковых заболеваний кожи....	139
Приложение 14 - Алгоритм проведения предраковой болезни молочных желез.....	140
Приложение 15 - Алгоритм проведения предраковых заболеваний наружных половых органов женщины.....	141
Приложение 16 - Алгоритм проведения предраковых заболеваний шейки матки.....	142
Приложение 17 - Алгоритм проведения предраковых заболеваний тела матки	144

Приложение 18 - Алгоритм проведения предраковых заболеваний яичников.....	145
Приложение 19 - Алгоритм проведения предраковых заболеваний мужского полового органа.....	147
Приложение 20 - Алгоритм проведения предраковых заболеваний предстательной железы.....	148
Приложение 21 - Алгоритм проведения предраковых заболеваний почек...	149
Приложение 22 - Алгоритм проведения предраковых заболеваний щитовидной железы	150

Перечень сокращений, условных обозначений, символов

ААГ-атипичная аденоматозная гиперплазия
АПО-амбулаторно-поликлинические организации
АЛТ-аланинаминотрансфераза
АФП-Альфа-фетопротеин
АПВ-ангиотензинпревращающий фермент
АСТ-аспартатаминотрансфераза
АП-аденоматозный полипоз
АТОА-Азиатско - Тихоокеанская ассоциация
БЛД - Бронхолегочная дисплазия
БД-бронхолегочная дисплазия
ВИЧ-вирус иммунодефицита человека
ВОП-врач общей практики
ВПЧ-вирус папилломы человека
ВОЗ-Всемирная организация здравоохранения
ГОЦ - городской онкологический центр
КТ-компьютерная томография
КРР-колоректальный рак
НЖБП- Неалкогольная жировая болезнь печени
ПМСП-первичная медико-санитарная помощь
НИИ - научно-исследовательский институт
ЕМА-европейское медицинское агентство
ЛПО-лечебно-профилактическая организация
ИППП-инфекции, передаваемые половым путем
ПИП (или CIN)– плоскоклеточные интраэпителиальные поражения
РШМ-рак шейки матки
РК –Республика Казакстан
США-Соединенные Штаты Америки
МЗ РК-Министерство здравоохранения Республики Казакстан
ЖКТ - Желудочно-кишечный тракт
ЛГ-лютеинизирующий гормон
МРТ-магнитно-резонансная томография
ПАУ-полициклические ароматические углеводороды

ПИН-простато-интраэпителиальная неоплазия
ПРЛ-Пролактин
РЭА-рак-эмбриональный антиген
РМЖ - рак молочной железы
НЯК-неспецифический язвенный колит
ЗОЖ-здоровый образ жизни
ТРУЗИ-трансректальное ультразвуковое исследование
РПК-рак прямой кишки
УЗИ-Ультразвуковое исследование
ФГДС-Фиброгастроуденоскопия
ФСГ-фолликулостимулирующий гормон
ФР-фактор риска
ХГЧ – хорионический гонадотропин человека
ЭКГ-электрокардиография
ЮМК- Ювенильное маточное кровотечение
17-ОПК-оксипрогестерон
ННПР-наследственный не полипозный рак
RW-реакция Вассермана

Понятия, используемые в монографии

Факультативные заболевания – неспецифические предраковые заболевания, являются редкими заболеваниями в возникновении рака.

Облигатные заболевания - облигатный предрак, обусловленный врождёнными факторами рано или поздно переходит в рак. К таким заболеваниям относят: Семейный полипоз толстой кишки, Пигментную ксеродерму, Болезнь Боуэна, Аденоматозный полип желудка.

Кератоакантома – опухоль на верхней части кожи, слизистой оболочки + полусферическая, эластическая округлой формы.

Красный плоский лишай (*lichen ruber planus*) – хроническое воспалительное заболевание кожи и слизистых оболочек. В нем появляется узел. Данное заболевание чаще встречается у женщин в возрасте 40-60 лет.

Болезнь Боуэна – предраковая болезнь, названная в честь автора в 1912 году. Согласно современным взглядам, данное заболевание представляет собой внутренний эпителиальный рак, cancer in situ. Чаще всего поражаются мягкое небо, язычок, ретромолярная область, язык.

Эритроплазия Кейра – описывает рак головки полового члена. Однако это заболевание вызывает множество клинических и гистологических изменений.

Лейкоплакия – шелушение слизистой оболочки, также может быть эндогенным раздражением и хроническим экзогенным.

Папилломатоз – множественное разрастание папиллом на определенном участке слизистой оболочки полости рта и кожи.

Пахидермия – считают разновидностью гипертрофического ларингита. Заболевание характеризуется появлением уплотнений на голосовых связках с образованием на них бугристых наростов,

Синдром Гарднера – характеризуется аденоматозными опухолями кожи (атеромами, дермоидными кистами или фибромами) и остеомами черепа. В 1951 году американский врач выявил синдром Э. Гарднера.

Пищевод Баррета (синдром Баррета) – злокачественное осложнение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни; при этом изменение на гистологическом уровне характеризуется превращением плоских эпителиев в

цилиндрические эпителии в нормальном состоянии на слизистой оболочке пищевода.

Синдром Линча – злокачественная опухоль, развивающаяся в толстой кишке; является наследственным заболеванием.

Кишечная метаплазия – заболевание, при котором эпителий желудка смещается с эпителием кишечника.

Тилоз – редкое врожденное генетическое заболевание. Основная причина его появления-изменения в коже стоп и ладоней.

Дисплазия – Дисплазия (от греч. *δυσ* dys — нарушение + *πλάθω* plaseo — образу), или — неправильное формирование живой ткани, также неправильное развитие тканей, органов или частей тела.

ПРЕДИСЛОВИЕ

Развитие технологий в области медицины привело к реальным прорывам в практике онкологической системы в начале XX-XXI веков. Рак - вторая по значимости причина смерти в мире. Но показатели выживаемости улучшаются при многих типах рака благодаря улучшениям в скрининге, лечении и профилактике рака. Оно становится все более важным для работы каждого врача. Пациенты с предраковыми и хроническими заболеваниями с первой жалобой обращаются к врачам общей практики, а также специалистам, оказывающим первую медицинскую помощь (врачу, хирургу, гинекологу, урологу, отоларингологу, стоматологу и др.). Через данных врачей осуществляется и диспансеризация. В настоящее время уровень развития медицины, специальная визуальная диагностика, а также прогнозирование и интерпретация результатов исследования прогностических факторов требуют от врача соответствующей подготовки. Любой врач, независимо от профиля, должен знать первые признаки онкологических заболеваний, методы и стандарты диагностики, а также клинические признаки онкологии.

Данная монография разработана в соответствии с утвержденным приказом Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 2 августа 2013 года № 452 «Стандарт организации оказания онкологической помощи населению Республики Казахстан». Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2020 годы. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан на 2020 – 2025 годы . Также были рассмотрены нормативные правовые акты и постановления, регулирующие оказание онкологической помощи.

В монографии представлены алгоритмы, направленные на выявление злокачественных новообразований на ранней стадии с основными факторами, влияющими на развитие онкологических заболеваний.

В общей части изложены мероприятия, направленные на раннее выявление злокачественных новообразований, а в основной части отдельно рассмотрены классификация, клиническая картина, диагностика, лечение

предраковых заболеваний, факторы риска, профилактические мероприятия, пути диспансеризации, направленные на ведение больного.

Монография «Эпидемиология предраковых заболеваний за последние годы (2010-2020гг.)» предназначена для врачей общей практики, врачей-дерматологов, онкологов, хирургов, акушеров-гинекологов, а также для факультетов послевузовского образования.

Введение

Монография предназначена для врачей общей практики, частных специализаций в организациях, предоставляющих медико-санитарную помощь. Цель – рассмотреть наиболее важные вопросы раннего выявления предраковых заболеваний, а также раскрыть современное состояние развития практики диспансеризации и проведения профилактических мероприятий.

В данной монографии рассмотрены основные клинические признаки и симптомы предраковых заболеваний, основные факторы, влияющие на возникновение заболевания, пути современного совершенствования организации диспансеризации и профилактических мероприятий по данным заболеваниям. Диспансеризация и профилактика предраковых заболеваний является комплексным мероприятием, которое является наиболее сложным и требует применения современных методов исследования, для осуществления которых требуется участие врачей узких специальностей.

Основной целью данной работы является своевременное выявление социально значимых хронических неэпидемических заболеваний, а также факторов риска, провоцирующих их развитие, что приводит к онкологическим заболеваниям, инвалидности и летальным исходам.

В монографии разработаны и представлены алгоритмы организации профилактических мероприятий и раннего выявления заболеваний, приводящих к отдельным видам рака. Подобных алгоритмов в специальной медицинской литературе представлено крайне мало. В связи с этим авторами разработаны алгоритмы по раннему выявлению заболеваний, приводящих к отдельным видам рака, и предложены методы осуществления профилактических мероприятий для врачей первичной медико-санитарной помощи и отдельных специализаций.

Монография предназначена для врачей общей практики, оказывающих онкологическую помощь в организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь факультетом послевузовского образования, а также врачей-интернов хирургов, акушеров-гинекологов, для совершенствования организации

диспансеризации и профилактических мероприятий по выявлению предраковых заболеваний.

1. Эпидемиологическая ситуация по предраковым и злокачественным новообразованиям.

Онкологические заболевания можно отнести к группе социально значимых заболеваний, так как с момента установления онкологического диагноза в РК каждый второй пациент умирает в течение года. Результаты научно-исследовательских работ доказывают, что наиболее подвержены онкологическим заболеваниям жители трудоспособного возраста, в том числе люди в возрасте от 18 до 63 лет. Отсюда следует, что онкологические заболевания являются важнейшей медико-социальной проблемой. Высокая распространенность онкологических заболеваний свидетельствует о сохранении неблагоприятной эпидемиологической ситуации в стране. Инвалидность, вызванная раком, в Республике Казахстан занимает 2-3 ранговое место [1].

По данным Минздрава, сердечно-сосудистые патологии и онкологические заболевания корректируют 71% смертельных случаев. По данным экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), заболеваемость и смертность от рака до 2020 года во всем мире возрастут в 1,5-2 раза. Рост заболеваемости и смертности от рака характерен и для Республики Казахстан. Поэтому необходима ранняя диагностика злокачественных новообразований с учетом благосостояния населения и продолжительности жизни, а также внедрение современной программы лечения. В мире рост онкологических заболеваний в основном повышается при раке легких, раке прямой кишки у мужчин, а также раке молочной железы и раке шейки матки у женщин [1].

В Казахстане большая часть онкологических заболеваний (рак молочной железы, кожи, шейки матки, пищевода, желудка, печени, толстой и прямой кишки, предстательной железы) может выявляться на ранней стадии путем проведения скрининговых программ. Если смертность от вышеперечисленных опухолей снижается, то резервом может стать снижение показателя смертности от общих онкологических заболеваний.

Своевременная и ранняя диагностика рака приводит к значительному улучшению результатов лечения и повышению уровня жизни. Выявленное

лечение рака молочной железы на I стадии позволит снизить финансовые затраты более чем в 200 раз и вдвое улучшить показатель 5-летней выживаемости (до 90-95%). Недостаточное использование современных методов диагностики и лечения онкологических заболеваний способствовало незначительному повышению 5-летнего уровня жизни за последние 3 года, в 2009 году – 50,2%, в 2011 году – 51,4%. При этом показатель рака печени, поджелудочной железы и легких составляет 5 лет жизни с самым низким показателям [2].

Относительно низкий показатель 5-летней выживаемости, т.е. у 46% онкологических больных, обусловлен поздним выявлением заболевания и началом лечения на запущенных стадиях (III-IV стадии). Показатель смертности от онкологических заболеваний в Казахстане занимает второе место в структуре смертности. Ежегодно от рака умирает около 17 000 человек, из них 42% – лица трудоспособного возраста. За последние пять лет в стране участились случаи злокачественных новообразований среди населения трудоспособного возраста. Если в 2006 году абсолютное число онкологических заболеваний составляло 28.573, то к концу 2011 года их число увеличилось до 30299 [2].

Количество больных раком ежегодно увеличивается на 5%. Показатель смертности от злокачественных новообразований за последние пять лет составил, например, 11,9% в 2006 году (113,7 на 100 000 населения), а в 2011 году – 101,6 на 100 000 населения. Снижение показателя смертности обусловлено, в первую очередь, улучшением диагностики, выявлением злокачественных новообразований на ранней стадии и эффективностью результатов лечения. Кроме того, этот показатель по-прежнему не достигает показателей развитых стран, так как показатель смертности на поздних стадиях рака остается весьма высоким [3].

Ранняя диагностика раковых образований зависит от онкологической настороженности врачей общей практики, их знаний, а также тактики дальнейшего лечения больного. В 1994 году Европейская Комиссия по изучению рака (European guidelines for quality assurance in mammography screening) на специальной конференции рассказала о роли врачей терапевтов и хирургов в скрининге рака и о том, что роль врача общей практики была высоко оценена. Врач, к которому пациент или больной обращается за медицинской помощью в первую очередь, это врач общей практики [3]. В связи с этим необходимо интенсивное проведение профилактических мероприятий среди населения и врачей общей практики, что должно проявляться в совершенствовании санитарно-просветительной работы, диспансерном обследовании населения, своевременном прибытии пациентов при прогнозировании различных патологий, участии населения в комплексном обследовании, совершенствовании результатов своевременной диагностики и лечения злокачественных новообразований [4].

Таким образом, основной задачей в работе врача общей практики, региональных врачей, врачей частной специализации по профилактике онкологической патологии является своевременное распознавание и лечение предраковых состояний, при которых развивается злокачественная опухоль

(факультативная, облигатная предраковая), а также ранняя диагностика злокачественных образований.

Монография предназначена для врачей, оказывающих первичную медицинскую помощь, и врачей общей практики. Для удобства восприятия предоставленного материала по ранней диагностике онкопатологии в алгоритмах указаны названия предраковых заболеваний, основные клинические симптомы, основные влияющие факторы, возможные варианты методов первичной диагностики.

1.1 Методы профилактики предраковых заболеваний с основными факторами риска.

Ежегодно миллионы онкологических больных можно было бы спасти от преждевременной смерти и страданий, если бы у них был своевременный доступ к раннему выявлению и лечению.

Два основных компонента из программы по раннему обнаружению злокачественных новообразований являются;

- ранняя диагностика
- скрининг.

Ранняя диагностика - это осознание (медицинскими работниками) ранних признаков и симптомов рака, чтобы облегчить диагностику до того, как болезнь станет прогрессирующей. Это позволяет проводить более эффективную и простую терапию. Концепцию ранней диагностики иногда называют «понижение стадии».

Скрининг - это систематическое применение скринингового теста в предположительно бессимптомной популяции. Он направлен на выявление людей с отклонениями, указывающими на конкретный рак, которые в последующем требуют дальнейшего исследования.

Оппортунистический скрининг - это бессистемное применение скрининговых тестов в обычных медицинских службах.

Предраковые поражения - это аномальные изменения, которые происходят в тканях на ранней стадии развития рака, которые могут перейти в инвазивный рак, если их не лечить.

Доклиническая фаза рака начинается с биологического начала болезни. Затем болезнь прогрессирует и достигает точки, когда ее можно обнаружить с помощью скринингового теста; это начало выявляемой доклинической фазы болезни.

Все факторы риска злокачественных новообразований можно разделить на *внутренние (генетические)* и *внешние*. Эти факторы риска оказывают значительное влияние на развитие предраковых заболеваний.

Факторами *внутреннего* онкологического риска являются семьи с раком молочной железы, предстательной железы, кожи и кишечника в семейном анамнезе. Кроме того, среди внутренних факторов патологическое состояние,

вызванное гормональными изменениями и дефицитом иммунной системы, является фактором риска развития рака.

Внешние факторы онкологического риска. Наиболее важным фактором риска развития рака легких является курение. Кроме того, курение играет важную роль в развитии рака мочевого пузыря, молочной железы, шейки матки, пищевода, толстой кишки, полости рта, поджелудочной железы и лейкемии.

Как выяснили американские исследователи, 40% больных раком продолжают курить [3]. Курение и употребление алкогольных напитков снижают эффективность лечения онкологического заболевания, увеличивают вероятность рецидива заболевания, а также сокращают продолжительность жизни. Многие больные раком, среди которых большая часть трудоспособного возраста, в настоящее время курят и употребляют алкогольные напитки [4]. Н. Parsons и соавторы, изучая распространенность алкогольной зависимости, установили, что алкоголизм чаще всего встречается у больных, принимающих паллиативную помощь [5].

Многие исследования в Китае показали, что факторы окружающей среды или образа жизни являются основными факторами этиологии рака пищевода, большинство пациентов в вышеупомянутых исследованиях находятся на средней и поздней стадиях, пациенты на ранней стадии составляют небольшую часть. Чтобы прояснить факторы риска, защиты, способствующие ранним поражениям, был проведено настоящее поперечное исследование.

В общей сложности 2925 здоровых людей из контрольной группы и 402 пациента с предраковыми поражениями пищевода были включены в исследование путем эндоскопического обследования.

Отношения шансов (ОШ)

Курение > 20 пач-лет (ОШ = 1,48), продолжительность употребления алкоголя > 30 лет (ОШ = 1,40), потребление алкоголя > 100 мл / день (ОШ = 1,44), гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ОШ = 1,75), эзофагит (ОШ = 1,25), семейный анамнез рака пищевода (ОШ = 1,92) или рака желудка (ОШ = 1,92) были значительными факторами риска предраковых поражений пищевода. Обнаружена отрицательная корреляция между абдоминальным ожирением и ранним раком пищевода и предраковыми поражениями (ОШ = 0,75). Кроме того, было обнаружен синергетический эффект между семейным анамнезом рака пищевода и употреблением алкоголя (ОШ = 3,00) и курения (ОШ = 2,90). [6].

Факторы риска, связанные с образом жизни, генетические факторы и заболевания верхних отделов желудочно-кишечного тракта связаны с развитием предраковых поражений пищевода. Эти результаты подчеркивают необходимость первичной профилактики для снижения будущего бремени рака и других хронических заболеваний в районах высокого риска в сельских районах Китая.

В Уганде, в областной больнице Mbarara, было проведено исследование, связанное с выявлением рака пищевода у лиц, склонных к табакокурению и употреблению алкоголя. В отбор (N = 913) были включены взрослые в возрасте 30 лет и старше. Согласно результатам исследования, 13% больных в данной группе

демонстрировали склонность к табакокурению и употреблению алкогольных напитков. По мнению авторов, данные вредные привычки были одной из основных причин возникновения злокачественных опухолей [7].

Доказано, что если человек систематически употребляет 120 мл. и более чистого алкогольного напитка, то риск возникновения рака пищевода в 101 раз выше, чем у людей, не употребляющих алкоголь [8]. Также установлено, что вред от употребления табака значительно возрастает [9].

Продолжение употребления алкоголя, курения снижает эффект хирургической, лучевой терапии или комбинированного лечения и приводит к риску осложнений заболевания. Продолжительность жизни онкологических больных, употребляющих алкогольные напитки, не достигает 5 лет, то есть у этой группы людей показатель смертности выше в 10 раз [9,10].

Согласно исследованиям, неправильное питание считается одним из основных факторов, влияющих на развитие многих видов рака. Употребление в больших количествах жирной пищи может увеличить риск развития рака молочной железы, кишечника, предстательной железы, поджелудочной железы, рака яичника и матки. Это было выявлено в контрольных исследованиях, проведенных в 12 крупных исследовательских центрах Европы [11].

Развитию рака также способствует употребление мяса, особенно жареного. Согласно последним исследованиям, у людей, которые ели мясо 4 раза в неделю, развитие рака желудка было в два раза выше. Употребление же жареного или соленого мяса увеличивает риск развития злокачественных опухолей поджелудочной железы и молочной железы [12].

Ожирение является фактором риска развития рака матки, толстой кишки и поджелудочной железы, рака молочной железы в период постменопаузы женщины. Снижение двигательной активности играет важную роль в качестве фактора риска рака кишечника и рака желудка [13,14].

Инфекционные агенты-*Helicobacter Pylori* – при раке желудка – становятся основным фактором риска [15,16].

Факторами риска для рака печени являются вирусы гепатита В и С.

Вирус Эпштейна-Барр считается основным фактором риска развития лимфомы [17].

Проведение вакцинации против вируса папилломы человека (ВПЧ, НВУ) в настоящее время относится к специальному направлению профилактики рака шейки матки. [18].

Такой фактор окружающей среды, как солнечная радиация (УФ-лучи), может увеличить риск рака кожи, полости рта. Особенно опасно ионизирующее излучение, которое также способствует развитию рака молочной железы и лейкемии. Загрязнение воды, долгосрочное потребление хлорированной воды влияет на развитие рака мочевого пузыря. Вода, загрязненная неорганическим мышьяком, может вызвать отек кожи [19].

Первичная профилактика злокачественных новообразований, обусловленных экологическими факторами, предполагает устранение или

нейтрализацию неблагоприятного воздействия окружающей среды, ее негативного влияния на условия жизни и здоровье населения [18].

Улучшение образа жизни играет ведущую роль в мерах профилактики. К сожалению, в большинстве случаев здоровый образ жизни не соблюдается должным образом. Характерные вредные привычки (курение, употребление алкогольных напитков), ароматические углеводороды и ароматические амины являются сильными канцерогенами. Такие канцерогенные вещества необходимо ограничить в употреблении.

Большую роль в развитии злокачественных опухолей играют радиационные и ультрафиолетовые лучи. Поэтому необходимо максимально блокировать воздействие радио- и микроволн, электромагнитных ионизирующих излучений. Делать это можно путем нанесения солнцезащитных мазей, а также строгого медицинского контроля за состоянием здоровья населения, живущего или работающего в радиационной среде.

Биохимическая профилактика предполагает осуществление мероприятий, направленных на предотвращение воздействия канцерогенов, образующихся под воздействием определенных химических соединений. Факторами химического риска являются различные химические вещества и особенно галогены соединений асбеста, мышьяка, полициклические ароматические углеводороды (ПАК) и газ окислов азота, формальдегидная смола, нитросоединения и другие вещества, образующиеся из пластмасс. Поэтому биохимическая профилактика сегодня является одной из актуальных проблем. Реализация системы профилактики в данном направлении считается одним из важных мероприятий [19].

2. Организация работы смотрового кабинета

Основной целью работы смотрового кабинета является локализация предварительного визуального обзора злокачественных новообразований и предраковых заболеваний.

Визуальной локализации в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 2 августа 2013 года № 452 «Об утверждении Стандарта организации оказания онкологической помощи населению Республики Казахстан» подлежат: опухоль губ (C00), основа языка (C01), другие неуточненные части языка (C02), десны (C03), полость рта (C04), небо (c05), другие неуточненные части рта (C06), слюнная железа (C 07), другие неуточненные части слюнной железы (C08), миндалина неба (c09), глотка (C10), прямая кишка (C20) и анальный канал (C21), кожа (C44), молочная железа (C50), наружные половые губы женщины (C51), влагалище (c52), шейка матки (c53), НМА (C60), предстательная железа (C62), глаза (C69), щитовидная железа (C 73), меланома кожи (C43) [19].

Медицинские работники смотровой комнаты обязаны обследовать соответственно: наружные половые органы, а также шейку матки, молочную железу, щитовидную железу, прямую кишку, органы ротовой полости, кожные покровы, периферические лимфатические узлы у женщин. Эти органы можно просматривать и проверять вручную, а также исследовать цитологическим

методом. Также рекомендуется с помощью пальца осмотреть полость носа и ушей. Клинические исследования показывают, что, как правило, злокачественные новообразования возникают в результате гиперплазионных и неоплазионных изменений хронических процессов, протекающих в коже длительное время [19, 20].

Диагностика предраковых и злокачественных новообразований реализуется по следующим направлениям: изучение условий жизни, особенностей прежней и современной производственной деятельности, вредных привычек, жалоб; проведение доврачебного опроса; сопровождение на профилактический осмотр больных, впервые обратившихся в течение года в амбулаторно-поликлинические учреждения (женщин в возрасте от 18 лет, мужчин в возрасте от 30 лет); направление на цитологическое исследование и забор мазка из цервикального канала; анализ работы кабинета и написание отчетов по нему; проведение санитарно-просветительной работы среди граждан [13,14,20]. «Методические рекомендации для медицинских работников ПМСП разработаны в соответствии с методическими рекомендациями для населения Казахстана» принципы профилактики онкологических заболеваний и профилактической диагностики злокачественных новообразований. (Протокол №7 от 28 июня 2012 года утвержден Ученым советом Казахского НИИ онкологии и радиологии (Научно-исследовательский институт) Алматы.

2.1. Организация посещения смотрового кабинета

Эффективность работы смотрового кабинета обеспечивает только массовое обращение больных. Для максимального обеспечения полного профилактического обследования населения необходимо, чтобы в поликлиниках полностью функционировал смотровой кабинет, т.е. работал в две смены. Согласно методическим рекомендациям, нагрузка ревизионной комнаты с учетом требований качества контроля должна составлять 4 женщины или 5 мужчин в час на момент осмотра. Посещение смотровой комнаты обеспечивает:

- получение сведений для прикрепления к прохождению необходимых профилактических осмотров в смотровой комнате в поликлиниках, а также знание о потребностях, времени и месте работы в смотровом кабинете;
- посетителям, впервые обратившимся в поликлинические учреждения в течение года, сотрудники регистратуры обязаны выдать направление к специалистам и участковым врачам (женщинам с 18 лет, мужчинам с 30 лет);
- проведение участковыми врачами обследований специалистов различных отраслей, проведение разъяснительной работы о предраковых и онкологических заболеваниях, их лечении;
- проведение разъяснительной работы по проводимым мероприятиям по здоровому образу жизни [15,16,21].

Основные функции мужского и женского смотрового кабинета. Показаны: доврачебный опрос, сопровождение на профилактический осмотр больных, впервые обратившихся в течение года в амбулаторно-поликлинические

учреждения (женщины в возрасте 18 лет, мужчины в возрасте 30 лет), а также в женской смотровой комнате – забор мазка из шейки матки и цервикального канала и направление на цитологическое исследование. Направление лиц с подозрением и патологией к профильным специалистам для установления диагноза и организации лечения, регистрация и учет результатов проведенных профилактических осмотров и цитологических исследований по установленной форме первичной медицинской [17,19,21].

- Чтобы профилактика рака шейки матки была эффективной, женщины с положительными результатами скрининговых тестов должны получать эффективное лечение.
- Рекомендуются использовать подход «скрининг и лечение» или подход «скрининг, диагностика и лечение».
- При подходе «скрининг и лечение» решение о лечении основывается на скрининговом тесте, и лечение предоставляется вскоре или, в идеале, сразу после положительного скринингового теста (т. Е. Без использования диагностического теста).

2.2. Способы проведения обследований в смотровом кабинете

Диагностика предраковых заболеваний и их первичной злокачественной формы основана на формировании анамнеза, жалоб, вредных привычек, [20,24]. Перед проведением обследования медицинский работник должен провести анкетирование, придавая значение следующим признакам:

- беспричинная слабость, усталость;
- снижение аппетита, отвращение к еде;
- потеря веса без причины;
- увеличение лимфатических узлов, отек;
- отсутствие заживления ран, углублений в области рта и губ;
- боль при глотании и жевании, трудности в движении языка, онемение языка (могут быть признаки зуда на теле);
- кашель, постоянный кашель, изменение тембра голоса в течение 2-х и более недель, затруднения с дыханием, боли в ухе (признак рака в гортани);
- чувство тяжести в желудке после еды, боли после приема пищи, заикание, рвота, желудочное кровотечение (симптомы рака желудка);
- боли при глотании;
- длительный кашель, кашель сухой или с мокротой, изменение кашля курильщиков, одышка, боли в области груди (симптомы рака бронхов и грудной клетки);
- вздутие живота, запоры, понос, судорожные боли в животе, выделение крови и слизи вместе с калом, ощущение полного опорожнения прямой кишки (признак колоректального рака);
- изменение формы груди, кожи соска, подтекание жидкости из соска (признак рака молочной железы);

- длительное незаживание кожных образований, рост в виде бородавки (признак рака кожи) [25,26].;
- изменение цвета десен, появление чесотки, изменение осанки, кровотечение (возможно появление меланомы);
- кровотечение, не связанное с менструацией, кровотечение после полового акта, боль внизу живота, маточное кровотечение (признаки рака шейки матки и тела матки);
- увеличение живота (симптомы объемных образований);
- небольшое мочеиспускание, частое мочеиспускание ночью, ощущение неполноты мочеиспускания, неприятные ощущения, появление крови в моче (гематурия), задержка мочеиспускания (могут быть признаки рака предстательной железы) [27,28,29].
- стеснение, боль в шее, иногда боль в области уха, хриплость голоса, трудности с глотанием, затрудненное дыхание, кашель (могут быть признаки рака щитовидной железы) [73, 74, 75];
- повышенная температура тела, кожный зуд (симптомы лимфогрануломатозы). В ходе изучения истории болезни необходимо определить время появления вышеуказанных симптомов, развитие онкологических заболеваний в анамнезе [30-33]. Для записи результатов анкетирования в медицинскую карту амбулаторного больного необходимо также заполнить краткую информацию о предраковом заболевании в лист контроля (Приложение 1, таблица 1) предраковых заболеваний [34,35,36].

Таблица 1. Краткая информация о предраковых заболеваниях

Органы	Общие симптомы
Грудь	Кусковой в груди, асимметрии, кожа ретракции, недавно втягивания соска, крови окрашивали nipple разряда, экзематозные изменения в ареолы
Шейка матки	После полового акта кровотечение, чрезмерный вагинальный разряд
Толстая и прямая кишка	Изменение в кишечнике привычках, необъяснимых веса потере, анемия, крови в на стуле (ректальный рак)
Оральный полости	Белые поражения (лейкоплакия) или красные поражения (эритроплакия), рост или изъязвление во рту
глотка	Кровотечение из носа, постоянный заблокирован нос, глухота, узлы в верхней части из на шее
Гортань	Стойкая хрипота в голосе
Желудок	Верхняя брюшная боль, недавнее начало от расстройства желудка, вес потеря
Меланома кожи	Коричневое поражение, что это растет с неправильными границами или областями с пятнистой окраской, которые могут зуд или кровотечением
Другие виды рака кожи	Кератоз (повреждение или боль на коже, что делает не заживает)
Мочевой пузырь	Боль, частое и затрудненное мочеиспускание, кровь в моче
Простата	Сложность (долгое время) в мочеиспускании, частые ночные позывы к мочеиспусканию

Ретинобластома	Белое пятно в в зрачке, сходящееся косоглазие (в виде ребенка)
Яички	Отек из одного яичка (асимметрия)
Органы	Общие симптомы

2.3. Общие принципы проведения исследования

Первичное диагностическое исследование проводится в течение 10 дней с момента возникновения подозрения на рак. Предлагаемое исследование проводится с учетом возможностей медицинской организации. При подозрении на злокачественное заболевания проводятся следующие исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, сдача крови на RW, сдача крови на ВИЧ, сдача крови на гепатит В и С, ЭКГ, рентгенография или флюорография грудной клетки, УЗИ внутренних органов [37-40].

В онкологическом диспансере по направлению проводится общий анализ крови, общий анализ мочи, RW, ВИЧ, ЭКГ, рентгенологические, ультразвуковые, эндоскопические исследования не более 15 дней. В онкологическом центре проводится исследование на ВИЧ и гепатит до 3 месяцев с направлением на сдачу крови. КТ и МРТ проходят в онкологическом центре [41].

3. Предраковые заболевания

Предраковые заболевания – это заболевания, которые могут вызвать рак. В 1870 году, русский врач М.М. Руднев в своих лекциях упоминал о том, что рак является причиной развития различных заболеваний.

Термин «предраковые заболевания» появился в 1896 году после Международного конгресса врачей-дерматологов в Лондоне. До наших дней это понимание формировалось в очень узком смысле. То есть, оказалось, что на развитие рака влияет появление различных заболеваний. Ранняя профилактика и лечение предраковых заболеваний были неоднозначными.

Специфические предраковые заболевания (облигатные виды) часто приводят к раку. К специфическому предраковому заболеванию относятся полипы. Предраковые заболевания возникают в различных частях тела от 60% до 90% [42, 43, 44].

Неспецифические предраковые заболевания (факультативные) являются редкими заболеваниями в возникновении рака [45-50].

3.1 Предраковые заболевания губ, органов ротовой полости

3.1.1 Предраковые заболевания губ.

Специфические предраковые заболевания красной каймы губ включают предраковую бородавку, предраковый гиперкератоз и абразивный хейлит Манганотти, кератоакантому, папиллому. Неспецифические предраковые заболевания включают эрозивную и веррукозную форму лейкоплакии, эрозивную язвенную и гиперкератозную форму десен и метеоритный хейлит. Предраковые заболевания могут привести к раку в течение определенного периода времени, если не лечить в течение короткого периода времени (Таблица 3).

Таблица 3- Классификация предраковых заболеваний губ

Поврежденный орган	Облигатные заболевания	Факультативные заболевания	Фоновые заболевания
Красные края губ	1. Болезни Бонда Кистозное или узловатое предраковое заболевание красной каймы губ. 2. Ограниченный предраковый гиперкератоз губ. 3. абразивный хейлит Манганотти.	1. Папиллома, папилломатоз. 2. Кератоакантома. 3. Кожный рог. 4. Эрозивная язва и гиперкератозная форма красной каймы губ.	1. Абразивный хейлит Манганотти. 2. Хронический разрыв губ.

Предраковые заболевания красной каймы губ: бородавки. Данное заболевание особенно часто встречается в нижней части губ у мужчин среднего и старшего возраста. Может располагаться только на красной кайме или в центре губ. Злокачественные опухоли могут появиться через 2-4 месяца. Появляется в ограниченных узлах красной каймы полусферической формы. Отличается от кожи вокруг темным цветом. На красной кайме появляется узловидная трещина, увеличивающая губы, меняющая цвет. Верхняя или нижняя часть губы болезненна, то есть имеет бородавчатую форму. Иногда узловые предраковые заболевания возникают из-за воспаления красной каймы. В таком случае на коже наблюдаются инфильтрация, гиперемия и болезненность (рис.1).

Диагностика. Основой диагностики являются клинические признаки и цитологическое исследование, т.е. выявление атипичных эпителиальных клеток в мазке из очага поражения раны. С учетом результатов гистологического исследования необходимо хирургическое лечение [51].



Рисунок 1 – Бородавка красного края губ или Узловая предраковая болезнь

Ограниченный гиперкератоз возникает в форме продуктивной и деструктивной формы. В области лейкоплакии красной каймы описывается первая форма. 75% из них иногда представляют собой роговую кожу. Деструктивная форма называется лейкоплакией. Характеризуется ограниченным размыванием, разрывом и образованием язвы красной каймы. Очаг поражения не превышает уровня эпителия (рис.2). Течение медленное, очаг поражения не более 1 см, приводящее к раку 1/3 больных, в отличие от узловых предраковых заболеваний. В отличие от узловых предраковых заболеваний в плане лечения, бородавчатые предраковые заболевания лечатся хирургическим путем [52].

Абразивный хейлит Манганотти. Возникает в результате повреждения красной каймы нижней губы. Болезнь протекает медленно, годами. В некоторых случаях возникают онкологические заболевания. Клиническая характеристика: наличие одного или нескольких очагов поражения на Красной кайме губы, неправильная форма эрозии имеет красноватый цвет. Эрозия также может появиться в другой области красного края в течение 1-3 недель. Обычно она не болит (рис.3).



Рисунок 2 - Ограниченный гиперкератоз



Рисунок 3 - Абразивный хейлит Манганотти

Увеличение эрозии с течением времени обеспечивает переход даже на большую часть красного края. Основой диагностики является получение мазка на цитологическое исследование. Лечение проводится консервативным методом [53].

Папиллома – от лат. Papillo - «сосок» и греч. -Ома - образующее болезнь или недомогание. Обычно состоит из одной опухоли, напоминающей цветочную капусту, которая имеет тонкую кожицу, острую сердцевину и беловатую поверхность. Папилломы представляют собой мягкую и твердую слизистую оболочку (рис. 4-5). Папилломатозы быстро размножаются, появляются болевые ощущения, могут привести к онкологическим заболеваниям. Лечится хирургическим путем [54,55].



Рисунок 4 - Папиллома губ



Рисунок 5- Папилломатоз губ

Эрозивно-язвенная форма красной волчанки красной каймы губ.
Красная волчанка имеет две формы: хроническую и острую-тяжелую. При обеих формах может быть поврежден красный край губ и слизистая оболочка рта. Поражение слизистой оболочки рта встречается не так часто, поэтому пациенты вряд ли обратятся за помощью к стоматологу. Заболевание чаще встречается у женщин в возрасте от 20 до 40 лет. Красная волчанка – это система сложного патогенеза и трудно прояснимой этиологии.

Патогенез. По современным представлениям красная волчанка относится к числу ревматических и аутоиммунных заболеваний. Заболевание развивается в результате сенсибилизации различных инфекционных и неинфекционных факторов. Аллергия, вызванная солнечным светом, холодом, воздействием хронического очага инфекции, относится к числу факторов, вызывающих заболевание.

Симптомы красной волчанки.

Дискоидная (хроническая) красная волчанка. Как правило, хроническая красная волчанка возникает при эритемах кожи лица, в ушах, волосистой части головы, красной кайме губ и других открытых частях тела. Поражение слизистой оболочки рта встречается не часто. Заболевание встречается в 2 раза чаще у женщин, чем у мужчин.

Существует 3 признака поражения кожи: эритема, гиперкератоз и атрофия. Стадии процесса следующие. Первая (эритематозная) стадия характеризуется появлением 1-2 небольших выделений, изменением объема с течением времени. Их окраска становится розовой. Постепенно их объем увеличивается и слезится, а также очаг поражения представляет собой бабочку. Иногда появление пятен обжигает область поражения. На второй (гиперкератозной) стадии воспаляется очаг поражения, увеличиваются дискоидные пятна, на вершукке появляются узелки серого цвета. Под действием узелков не происходит процесса креатизации и формируется серый цвет. Узелки окружают гиперемию. Третья стадия атрофическая : в области узелков образуются атрофии белого цвета. Рубец атрофии имеет белую линейную форму. Направление линии – прямая, радиальная, не перекрестная. Иногда очаг гиперкератоза представляет собой «лучи пламени». Если патологический процесс продолжается, появляются новые элементы поражения (рис.6).



Рисунок 6- Эрозивно-язвенная форма красной волчанки красной каймы губ

Дифференциальная диагностика. Хроническая красная волчанка отличается от красной волчанки красной каймы губ. Очаг поражения располагается от красной каймы губ до акинфиального хейлита и хейлита Манганотти.

Лечение красной волчанки: лечение красной волчанки начинается с очага хронической инфекции, а также с определения системы поражения. Медикаментозное лечение проводится с применением ряда хинолинов (плаквенил, делагил, плаквенол). При этом используется лишь небольшое количество кортикостероидных препаратов. Например, преднизолон (10-15 мг), триамцинолон (8-12 мг) и дексаметазон (1,5-2,0 мг). Кроме того, широко используются витаминные комплексы В2, В6, В12, никотиновая и аскорбиновая кислоты, а также используются иммуномодуляторы [56].

Красный плоский лишай (lichen ruber planus) – хроническое воспалительное заболевание кожи и слизистых оболочек. В нем появляется узел. Заболевание чаще встречается у женщин в возрасте 40-60 лет. Красная плоская железистая губа диагностируется по изменению красной каймы и слизистой оболочки (рис. 7). Абрамова Е.И. указала на возможность одновременного пребывания у 25% больных с поражением кожи и слизистой оболочки рта, у 75% больных без повреждения слизистой оболочки рта. Красная плоская железа может располагаться и на других слизистых органах: половых органах, прямой кишке, глазах, пищеводе, желудке [57]

Кератоакантома – опухоль в верхней части губы полусферической, эластичной округлой формы. Рожковидная масса язвы удаляется в сухом виде. Язва не кровоточит и не отделяется выделениями, а также имеет плоскостную форму и не болит (рис.8). Однако возникшее уплотнение может привести к злокачественной кератоакантоме. Пораженный участок губы можно лечить хирургическим путем или криодеструкцией [106].



Рисунок 7- Красный плоский лишай



Рисунок 8- Кератоакантома губ

Кожный рог (*cornu cutaneum*). Роговидная, ограниченная область, характеризующая острый гиперкератоз в гиперплазии эпителия. Признаки кожного рога губ: обычно у людей старше 60 лет, чаще всего встречается в нижней части на красном крае губ (рис. 9). В большинстве случаев может быть один рог, иногда два или более. Очаг поражения губ ограниченный, до 1 см в диаметре. Из него выходят рога конической формы серого или коричневого цвета, но не болезненные. Кожный рог – это заболевание, которое протекает в течение многих лет. Постепенно он превращается в рак путем воспаления и уплотнения.

Диагностика роговицы губной кожи: очаг поражения губ ограничен, до 1 см в диаметре. Из него выходят рога конической формы серого или коричневого цвета, но не болезненные.



Рисунок 9- Кожный рог

Кожный рог – это заболевание, которое протекает в течение многих лет. Постепенно, через воспаление и уплотнение, он превращается в рак. Патогистологический анализ описывает гиперплазию ограниченного эпителия в Роге кожи красного края. Гиперкератоз эпителиального кожного рога, акантоз чаще всего основывается на условиях дискомплексации и атипии; лечение губного кожного рога, на основании результатов гистологического исследования, проводится хирургическое лечение очага поражения [58].

Диагностика и основные факторы влияния на возникновение предраковых заболеваний губ предполагают выявление наличия следующих факторов: длительное пребывание на солнце и ветре, вредные условия производственной среды, табакокурение. В ходе осмотра необходимо обратить

внимание на конфигурацию губы, ее внешний вид, характер и пораженный участок. Нажав на опухоль пальцем, можно проверить ее консистенцию, размер, инфильтрацию и боль.

Методы исследования. В клинико-биохимических лабораториях исследование крови на предраковые и раковые заболевания губ не имеет значения. Для выявления метастазов проводятся рентгенологические исследования. В целом все исследования проводятся стоматохейлоскопией с увеличением в 10-15 раз. Она позволяет визуально обследовать как опухоли, так и нарушения архитектоники в суставах. Проявляется в длительном воздействии адаптивных факторов: неблагоприятных метеорологических факторов (солнечная радиация, ветер, изменчивость температуры воздуха, ионные эффекты). Канцерогенные вещества находятся под влиянием эндогенной и экзогенной природы. Вредные привычки: курение, алкоголь, жевание различных смесей. Травмы Красной кромки губ: кариозные зубы, острое ядро зуба, прикус губ, вирусные инфекции.

Профилактика предраковых заболеваний губ.

В устранении негативных внешних факторов большую роль играет отказ от курения, тщательная санация полости рта, отказ от вредных привычек, связанных с губами. Лица, работающие на открытом воздухе в течение длительного времени, должны иметь возможность избежать длительной инсоляции. Защита кожи лица шапками, кистей рук, нанесение мазей или помады на губы могут предотвратить заболевание. Если слизистая оболочка кожи и губ очень чувствительна к солнечным лучам и ветрам, то лучше, чтобы такие работники работали на закрытых площадках.

Врачи общей практики или профессионалы при первичном клиническом обследовании больного должны в обязательном порядке обследовать кожу, полость рта, молочные железы, половые органы, прямую кишку, щитовидную железу, лимфатические узлы [59]. Названия предраковых заболеваний губ, основные клинические признаки, методы первичной диагностики, основные действующие факторы дополнительно приведены в приложение (Приложение 3).

3.1.2. Предраковые заболевания органов полости рта. Предраковые заболевания – это патологический процесс, вызывающий большие или малые онкологические заболевания. В результате исследований опухолей головы и шеи, Всесоюзным комитетом в 1977 г. (А.Л. Машкиллейсон) были описаны следующие формы предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта (табл.4).

Таблица 4 - Классификация предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта

Поврежденный орган	Облигатные предопухолевые заболевания	Факультативные заболевания	Фоновые заболевания
Слизистая оболочка	1. Болезнь Боуэна	1. Веррукозная и эрозивная	1. Лейкоплакия

полости рта	2. Эритроплазия Кейра	форма лейкоплакии. 2. Папиллома и папилломатоз. 3. Эрозивный и гиперкератомный тип красной волчанки и красный плоский лишай. 4. Стоматит после облучения.	курильщиков. 2. Плоская лейкоплакия. 3. Хроническая язвенная болезнь полости рта.
-------------	-----------------------	--	---

Болезнь Боуэна. Предраковая болезнь Боуэна была названа в честь автора в 1912 году. Согласно современным исследованиям, данное заболевание представляет собой внутренний эпителиальный рак, хотя в международной гистологической классификации его выделяют как опухоль кожи (рис.10).



Рисунок 10 - Болезнь Бауэна полости рта.



Эритроплазия Кейра (половой член)

Клиническая картина. Изначально опухоль имеет форму узелка до 1 см, иногда напоминает лейкоплакию или красную плоскую железку. Возникает заболевание в задних отделах полости рта. Поверхностный слой поражения становится мягче, а спустя длительное время слизистая оболочка полости рта становится легкой формой атрофии. Очаг поражения имеет красный цвет. Иногда эрозируется поверхностный слой очага поражения. Микроскопические явления возникают в результате гипер- или паракератоза, акантоза и роста эпителия. Базальный слой сохраняется, инвазивного роста нет. Слой интраэпителиального рака виден на рисунке. При болях возникают неприятные ощущения. Процесс раннего инвазивного роста происходит на слизистой оболочке ротовой полости. Лечится путем полного удаления пораженного участка. При обнаружении инвазивного роста процесс лечится электрокоагуляционным путем [60].

Эритроплазия Кейра. Термин «эритроплазия Кейра» описывает рак головки полового члена. Однако это заболевание вызывает множество клинических и гистологических заболеваний. Кроме того, в 1998 г. R.M. MacKie использовал термин «эритроплазия Кейра». «Кейрская эритроплазия» является очень редкой формой заболевания. Встречается не только у мужчин старшего возраста, но и у любых мужчин с болями в половом органе. Эритроплазия Кейра

преобладает над болезнью Боуэна, вызывая рак на коже. По этим данным 1980 г. G.R. Mikhail отмечает, что в 30% случаев эритроплазии Кейра встречается инвазия клеток, а в 20% случаев – метастазирование, переходящее в злокачественную опухоль.

Клиническая картина. Кейрская эритроплазия чаще встречается на головке полового члена. Он протекает бессимптомно, в легкой воспаленной, форме. Очаг поражения встречается в глянцевой форме. Впоследствии эта форма вызывает эрозию. Очаг поражения появляется на слизистой оболочке кожи в течение длительного времени. Кроме того, заболевание может появиться на слизистой оболочке ротовой полости, языке и пищеводе. Болезнь со временем перерастает в рак. Эритроплазия Кейра похожа на клинический рак. В то же время эритроплазия Кейра не встречается с болезнью Боуэна наряду с онкологическими заболеваниями как на коже, так и в других внутренних органах [61].

Гистологическая характеристика эритроплазии Кейра описывается как болезнь Боуэна и описывает акантопический тип клетки. Отличие эритроплазии Кейра от болезни Боуэна заключается в отсутствии очага дискератоза. Может быть воспаление клеток дермы. Диагноз эритроплазия Кейра ставится на основании клинической картины и результатов гистологических исследований.

Лейкоплакии. Шелушение слизистой оболочки также может быть эндогенным раздражением и хроническим экзогенным заболеванием. Лейкоплакия подразделяется на следующие виды: лейкоплакия курильщиков и лейкоплакия плоская, эрозивная, веррукозная, эти формы лейкоплакии отличаются друг от друга.

Веррукозная лейкоплакия называется лейкокератозом. В отличие от его плоской формы, эпителиальная гиперплазия иногда имеет эксфолиацию метаплазии. Веррукозная лейкоплакия имеет 2 формы-узловатую и бородавчатую. Первичный очаг поражения белый, состоит из ограниченных узелков. В этой форме раковые заболевания встречаются редко. Второй очаг поражения плотный, в размере 2-3 мм слизистой оболочки, серого цвета. К числу таких заболеваний относится рост многих бородавок крупной формы. Более 20% пациентов могут заболеть раком.

Плоские лейкоплакии. Слизистая оболочка имеет ограниченный очаг бело-серой гиперкератозы. Поврежденный участок не повреждает оставшиеся участки слизистой оболочки. Иногда вблизи очага поражения можно увидеть воспалительные линии. Чаще поражаются верхняя часть языка (рис.11), слизистая оболочка, подбородок (рис. 12), нижняя часть губы [62]



Рисунок 11- Лейкоплакия языка



Рисунок 12- Лейкоплакия десены

Лейкоплакия Тарнера. Встречается не только у курильщиков. Это в основном жесткий вкус. На слизистой оболочке твердого неба, иногда на мягкой части неба, имеются серо-белые узлы. В то же время, это могут быть красные точки.

Папилломатоз. Значительное увеличение папилломы в определенной области слизистых оболочек полости рта и кожи (рисунок 13). В результате травмы или хронического воспаления могут возникать опухоли. Существуют следующие типы папилломатоза: 1) реактивный папилломатоз (воспаление гиперплазии слизистой оболочки твердого неба и альвеол; травматический папилломатоз слизистых оболочек челюсти, языка и губ);

2) папилломатоз в неопластической среде.



Рисунок 13 - Папилломатоз

Клинические изображения характеризуют многие узловые или солидарные формы в ограниченной области ткани, при обнаружении признаков реактивного папилломатоза, лечение проводится устранением опухолей в патологической зоне (63,64).

Эрозивная лейкоплакия. Болезнь, которая возникает, в простой или веррукозной форме лейкоплакии. Эрозивная лейкоплакия может быть одиночной или множественной. Она распространена в области травмы или быть масштабируемой. Лечение тесно связано с формой заболевания. Для лечения

используется большая доза витамина А, рибофлавина, фолиевой кислоты. Зона verrucose и эрозии leukoplacia разрушена. (65).

Красный плоский лишай (КПЛ). Заболевание слизистой оболочки полости рта характеризуется появлением клинических проявлений, длительных периодов времени. Согласно результатам эпидемиологических исследований, КПЛ чаще встречается у женщин в возрасте от 40 до 65 лет, которые были 0,1-2%. Это заболевание может быть вызвано нарушениями окружающей среды, контактом вирусных инфекций, реактивностью организма, а также последствиями психоэмоциональных трудностей. КПЛ также можно встретить среди детей. В 30-35% случаев красного плоского лишая слизистой оболочки рта можно увидеть в случаях устранения повреждений. Эрозия язвы или гиперкератоз могут быть злокачественными до 7%. КПЛ имеет 6 форм. Они типичны: экссудативно-гиперемические, гиперкератоз, эрозивно - язвенная, пузырьчатая и есть нетипичные формы.

Каждая из них имеет свои особенности, но любая форма заболевания характеризуется дефектами слизистой оболочки рта или патологическими очагами. Во многих случаях пациент не высказывает никаких жалоб. Диагностируется на сравнительной основе морфологии патологических элементов. Красное плоское железо слизистой оболочки полости рта отличается от кандидоза, дискидного красного желе, сифилиса второй стадии (сифилиса), лейкоплазии и рака.

Гиперкератозная форма красной волчанки. Аутоиммунное заболевание, которое возникает в базовой мембране кожи и нейронах крови. Чаще всего встречается у женщин в возрасте от 20 до 40 лет. Положение: на красном краю и коже губ, на слизистой оболочке рта (рисунок 14).



Рисунок 14 - Гиперкератозная форма красной волчанки и желез

Красные края губ имеют следующие формы: типичная, эрозивная язва, форма Ирганга-Копчи. Типичная, экссудативно-гиперемическая, эрозивная язвенная форма для слизистых оболочек. Симптомы: высыхание красного края губы; симптомы: боль в слизистой оболочке рта при приеме пищи. Диагноз: наличие изменений в слизистой оболочке полости рта.

Лечение: кортикостероидные мази, растворы, антисептики.(66)

Стоматит после облучения. Больные жалуются на сухость во рту, затруднение приема сухого корма, снижение или отсутствие вкусовой

чувствительности. Слизистая оболочка сухая, атрофированная. В ряде случаев выявляются очаги гиперкератоза. Слабая травма сама по себе способствует появлению язв и эрозий на такой поверхности измененной слизистой оболочки.

Хроническая язвенная болезнь полости рта. Причины язвенной болезни неизвестны, но, тем не менее, это заболевание часто встречается у многих людей. Стоматит возникает под воздействием наследственных факторов или воспаления, несовместимых стоматологических инструментов, травм полости рта. В зависимости от размеров подразделяют на следующие категории: малые- в 80% случаев имеют диаметр от 1 мм до 10 мм, обычно такие раны заживают 1 неделю; большие-более 10 мм в диаметре и могут длиться месяцами, нередко после лечения во рту остается рубец; герпес-группа мелких ран диаметром до 3 мм, лечение составляет 10 суток

Как уже упоминалось, рана появляется в подвижной части рта, например, вокруг языка, внутренней части губ, десен. Первоначально они могут иметь овальную или округлую форму, красного цвета, солнечного цвета. В дальнейшем они становятся красными округлыми [67]. В большинстве случаев рана исчезает через 2 недели и не оставляет шрамов. Рана может со временем проявляться как одиночная, так и множественная. Иногда при язве наблюдается лихорадка. Афтозный стоматит впервые возникает у пациентов в возрасте до 20 лет. При появлении язвы необходимо бросить курить. Нужно держаться подальше от стрессовых ситуаций. Желательно просто жевать. Обязательно частое пребывание на приеме у стоматолога, соблюдение гигиены полости рта. Нужно пить много воды. Следует избегать очень горячих блюд и напитков.

Медицинская тактика при диагностике предраковых заболеваний органов полости рта.

Стоматологическое обследование пациента.

1. Сбор жалоб и истории. Использование специальных методов исследования и проверки рта и внешних частей;

2. Жалобы пациентов связаны с эстетическими расстройствами, боль во время жевания, эксплуатации, движения зубов, неприятный запах изо рта. История сбора определяет наиболее вредные привычки, наследственные, продолжительность боли, различные факторы.

Стоматологическое обследование проводится в стоматологическом кресле с помощью специального оборудования (стоматологические зеркала, зонтики, зажимы).

Устный осмотр позволяет определить:

- внешний просмотр, конфигурация лица, дефекты и асимметрия;
- определение кожи;
- определение степени поверхности носа и губ;
- исследование красного края губы; лимфатических узлов (размер, боль, подвижность); боль в верхних и нижних суставах. Устное обследование позволяет определить:

- цвет, влажность, целостность слизистой оболочки, следы зуба;
Обширное устное вскрытие во время устного осмотра позволяет определить:

- осмотреть всю поверхность языка;

- слизистую оболочку рта; твердый и мягкий вкус; поверхность красного слоя и края; альвеолярные культуры. Некоторые изменения слизистой оболочки рта (язвы, эрозия, гиперкератоз и т.д.) вызывают травматические факторы. Например, повреждение зубов, плохой протез. Затем проверьте зону метастазирования. Для этого используется метод указания пальцем. Определяется количество, расположение, консистенция, боль в лимфатических узлах. Нормальные лимфатические узлы мягкие, размером 1,0-1,5 см, имеют овальную форму, не болезненные. Метастазные узлы увеличиваются в форме 6,0 см и более и факторы выявляются в ходе онкологического обследования пациента. Проверяются случаи злокачественных новообразований. Лечение проводят онкологи. После лечения предраковых и злокачественных новообразований пациент должен быть в онкологическом диспансере. В зависимости от разного расположения опухолей необходимо обратиться в хирургическую стоматологию.

Основными факторами воздействия являются: 1. потребление табака и алкоголя.

2. Пациенты с недостаточным витамином "А" относятся к группам высокого риска.

3. Поврежденный зубной череп, уплотнение, хронические механические повреждения от острых краев протезов.

4. Несоблюдение гигиены полости рта способствует развитию предраковых заболеваний.

5. Систематическое потребление горячей и горькой пищи также имеет вредное воздействие.

Вирус i-impreginto типа Симпсон и вирус папилломы человека являются фактором, влияющим на развитие опухолей полости рта.

Профилактика. Индивидуальная профилактика должна проводиться при приеме пациента в амбулаторные центры и стоматологические кабинеты. Предотвращение механического повреждения органов полости рта – это обработка краев удаленных зубов, неправильно запечатанных уплотнений, устранение вредных привычек, коррекция новых и старых протезов, лечение воспалительных зубов. Такого рода пациентов с предраковым заболеванием необходимо внимательно обследовать и направлять к узкоспециализированным специалистам, тем самым предупреждая, возможность развития злокачественных новообразований.

Диспансеризация. Если вышеуказанный диагноз ставится на диспансерный учет, пациент подлежит оценке на общих основаниях. Показаны названия предраковых заболеваний органов полости рта, основные клинические признаки, первичные диагностические методы, основные факторы действия

3.1.3. Предраковые заболевания гортани и глотки

Не злокачественная патология гортани (горла) похожа на факультативные заболевания, обнаруженные в органах полости рта. 1. Дискератоз гортани (лейкоплакия, лейкокератоз). Пахидермия, 2. Папиллома включает в себя папилломатоз и предопухолевые заболевания: 1) фибромы, 2) хронические процессы после инфекции гортани (туберкулез, сифилис, склерофин) (в таблице 5).

Таблица 5 - Классификация предраковых заболеваний горла

Поврежденный орган	Облигатные предраковые заболевания	Факультативные предраковые заболевания
Гортань (глотка)	1. Дискератоз глотки (лейкоплакия, лейкокератоз) 2. Пахидермия 3. Папиллома гортани	1. Фиброма 2. Хронические процессы после инфекции гортани и состояния гортани (туберкулез, сифилис, склерома)

Дискератоз гортани. Лейкоплакия ограниченные белые пятна от 2 мм до 10 мм. Они не возвышаются над поверхностью слизистой оболочки. Это состояние часто описывается в единственном, а иногда и во множественном числе. Лейкокератоз-это шелушение эпителия слизистой оболочки. При поражении лейкокератозом образуются узелки серо-белого цвета. Поверхность имеет неровный, ворсистый характер. Это заболевание возникает на фоне ранее развившегося хронического гиперпластического ларингита. Основным фактором риска является курение. Если в процессе курения наблюдаются признаки заболевания, необходимо обратиться за помощью к врачу.

Пахидермия-эпидермоидные шарики, расположенные вблизи голосовых отростков. Внешний вид-узловатая или слоистая форма. Цвета бывают разные - от желтого до розового. Пахидермии могут быть одно- или множественными, в зависимости от размера и плотности. Пахидермия слизистой оболочки развивается в результате воспалительного процесса. Жалобы пациентов при пахидермии, в основном, на хрипы.

Папилломы гортани. Папилломы гортани появляются на разных уровнях шелушения. Появление папиллом зависит от их расположения. Во время аккомодации у пациента могут наблюдаться судороги, изменение голоса, иногда случаи потери голоса. В процессе развития папиллом пациент чувствует, что находится в другом теле. Легкое покалывание, чихание и кашель в голосовых складках, и при длительном повреждении вызывают затруднения дыхания. Папилломы можно лечить многими методами. В настоящее время эффективным является эндоларингеальное удаление опухоли.

Врачебная тактика. К группе повышенного риска относятся лица старше 40 лет, употребляющие табак, алкоголь, а также работающие с нефтью, фенольной смолой и длительными нагрузками (педагоги, юристы, диспетчеры и др.). Больных предраковыми заболеваниями лечит врач-оториноларинголог консервативным и хирургическим методом.

Профилактика предраковой болезни гортани. Профилактика предраковых заболеваний гортани основывается на общей гигиене. Отказ от курения, ведение нормального образа жизни - две основные причины, не вызывающие онкологических заболеваний гортани. Профилактический осмотр проводится в связи с несколькими профессиональными вредными факторами и увеличением работы.

Факторы риска. У злоупотребляющих спиртными напитками высокий риск развития рака гортани. Высока вероятность возникновения предраковых заболеваний гортани у потребителей табака и алкоголя. Кроме того, профессиональные повреждения, краска и несколько химических веществ усиливают риск рака гортани.

Диагностика: Ларингоскопия-этот метод помогает исследовать гортань, в которой используется, специальное зеркало или ларингоскоп. Несмотря на то, что видеокамера позволяет исследовать гормоны, ткани принимаются одновременно, а затем для гистологического исследования - для биопсии. Другие используемые методы-компьютерная томография, ультразвуковая, позитронно-эмиссионная томография, магнитно-резонансная томография (МРТ). Это методы, которые позволяют получить важные данные о размерах клеток, определить ткани, близкие к опухолям, и оценить размер лимфатических узлов.

Диспансеризация. В зависимости от принципов диспансеризации подразделяются на следующие группы: 1. Здоровые – лица, не имеющие жалоб на хронические заболевания и анамнез; не имеющие изменений в нормальном образе жизни; не имеющие нарушений функций организма (Д-Я). 2. Практически здоровые - лица с острым анамнезом или хроническими заболеваниями, но без изменений в течение нескольких лет (Д-II). 3. Больные, нуждающиеся в лечении: а) компенсированный ряд заболеваний, больные с редкими осложнениями, нетрудоспособность которых не отмечена. б) частые и длительные нетрудоспособные лица с рядом субкомпенсированных заболеваний; 2) декомпенсированный ряд заболеваний, имеющих патологические изменения, полностью нетрудоспособные заболевания (Д-III). Заболевание лиц из указанных групп вызывает определенную опасность. Больные должны находиться под наблюдением врачей-специалистов. Всем больным необходимо иметь диспансерное наблюдение, заполнить «карту диспансерного наблюдения» (форма №030/у), предоставить справку врача о нетрудоспособности, профилактике и лечении. План наблюдения до определенного времени напрямую зависит от формы, характера заболевания, общего состояния больного [68]. Названия предраковых заболеваний гортани, основные клинические признаки, методы первичной диагностики, основные действующие факторы дополнительно приведены в приложении (приложение 5).

3.1.4. Предраковые заболевания носоглотки

Подростковая ангиофиброма-доброкачественная опухоль, сопровождающаяся локально-деструктивным ростом. Более 50%

доброкачественных опухолей возникают в глотке. Опухоль имеет гладкую или светлую, красную или розовую окраску с плотной консистенцией. На микроскопическом снимке опухоль характеризуется слиянием нескольких тканей. Боли возникают в суставах и эластических волокнах в глотке и ротовой полости. Опухоль часто возникает в основных костях тела, может быть в одиночку или во множественном числе в основной кости, и в вертикальных пластинах небной кости.

Клиника. На начальной стадии могут наблюдаться нарушения в дыхательной части носа, кровотечения, анемизация больного. Впоследствии из-за разрастания опухоли появляются головные боли, потеря слуха, экзофтальм, снижение и угасание зрения, деформация лица. Диагностика не вызывает никаких проблем. С помощью риноскопии можно определить, является ли опухоль Красной, область, где находится кровотечение. Диагноз ставится по результатам анамнеза и рентгенологических исследований. Лечение ангиофибромы достаточно сложное и лечится хирургическим путем.

Папиллома-вид заболевания, возникающая после ангиофибромы, в 8-14% случаев. Опухоль характеризуется мягкой консистенцией, широкими конечностями на поверхности. Поражение полости носа встречается довольно часто. Заболевание часто возникает в любом возрасте, особенно у людей старшего возраста. Лечится хирургическим путем, то есть удалением аденомы через глотку. Папилломы, которые не были такими большими, можно удалить через нос.

Аденома-очень редкая форма заболевания. В области слуховых труб появляются мелкие слюнные железы. При увеличении опухоли ухудшается слух в пораженной части. Поверхность имеет гладкую сферическую форму, слизистая оболочка не изменяется. Лечится хирургическим методом. Риски: одностороннее снижение слуха, длительные дефекты в органах носового дыхания, увеличение лимфоузлов под челюстью.

Профилактика. Первая профилактика-ограничение или отказ от употребления соленого мяса и рыбы в детском и подростковом возрасте. Эти продукты вызывают образование нитрозаминов и нитритов и вызывают проблемы с пищеварением. Необходимо увеличить использование растений. При работе с пестицидами и гербицидами следует использовать маски. Вторая профилактика - онкологическая настороженность группы врачей, особенно оториноларингологов, офтальмологов и нефропатологов. Выявление путем анкетирования лиц с опасным заболеванием, длящимся более 10 лет. Проведение профилактических осмотров [69,70]. Названия предраковых заболеваний носоглотки, основные клинические признаки, методы первичной диагностики, основные действующие факторы дополнительно приведены в таблице (Приложение 6)

3.2. Предраковые заболевания пищеварительной системы

3.2.1. Предраковые заболевания пищевода. В 1978 году Всесоюзный комитет экспертов предложил разделить предраковые заболевания желудка и пищевода следующим образом:

Синдром Пламмера— Винсона.	Хронический рефлюкс-эзофагит
Рубцы, вызванные ожогами	Лейкоплакия пищевода
Ахалазия пищевода	Папилломавирусная инфекция
Пищевод Барретта	Тилоз Аденоматозные кнопки
Боковой карман пищевода	

Синдром Пламмера—Винсона. Синдром Пламмера-Винсона характеризуется атрофиями слизистой оболочки полости рта, глотки и пищевода. Симптомы: боль в глотке, дисфагия, ощущение жжения в языке, функциональные спазмы в кардии и пищеводе, желудок, пищевод, глотка, атрофии слизистой оболочки полости рта, трещины в деснах, дистрофия пальцев, блефарит, конъюнктивит, хронический гастрит, порфиноурия. Изменения в крови: гипохромная анемия, пойкило, АНО, микро - и планоцитоз. Гиперхромная анемия встречается редко. Больше всего наблюдается у женщин.

Патогенез. Причины синдрома Пламмера-Винсона неизвестны. Патогенез связан с недостаточностью катализаторов, недостатком железа и рибофлавина в организме. **Диагностика.** Диагностируется исходя из вышеуказанных причин. При эзофагоскопии показана область гиперкератоза на слизистой оболочке. Прогноз считается подозрительным. **Лечение.** На начальном этапе заболевание ограничивается временным улучшением общего состояния больного. В процессе лечения назначаются препараты, содержащие рибофлавин, лактофлавин, витамин В2, железо. Продукты, богатые витамином В2 и питательными веществами (молоко и молочные продукты, печень, яйца, мясо, фрукты, черный хлеб).

Ожог пищевода. Этиология и определение. Ожог пищевода-случайно принятые через рот термические (горячая вода и т.п.) или химически агрессивные вещества (кислота, примеси) вызывают рубцовое сужение пищевода. Через 1 месяц и более после ожога пищевод может быть Рубцово сужен.

Классификация. Сужение пищевода подразделяется на полное или неполное, краткосрочное или долгосрочное. Сужение глотки и желудка происходит из-за повреждения пищевода. Симптомы. Рубцовое сужение связано с повреждением пищевода. Дисфагия, диаметр области сужения пищевода и степень боли являются основными симптомами. Пищеводная рвота, тошнота, срыгивание характеризуют нарушение работы пищевода.

Диагностика. Рентгенография пищевода выявляет сужение пищевода, нарушения в слизистой оболочке, изменения в сужении пищевода. Кроме того, при исследовании определяется граница повреждения ожога. Рентгенография рубцевания желудка и глотки [71].

Ахалазия пищевода - рубцовая деформация стенок пищевода и дистрофическая стенка, возникающая из-за сужения пищеводных путей и необратимого восстановления. Ахалазия пищевода является наиболее распространенной формой заболевания у мужчин и женщин в возрасте от 30 до 50 лет. Частота встречаемости заболевания 0,001-0,002%.

Пищевод Барретта (синдром Барретта) - злокачественное осложнение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, при которой в слизистой оболочке пищевода в нормальных условиях происходит изменение эпителия. Барретт встречается у 10% больных, обратившихся за медицинской помощью с жалобами на изжогу пищевода и гастроэзофагеальный рефлюкс и у 1% от общей популяции. Он рассматривает аденокарциномы в третьей нижней части пищевода, раковые и предраковые заболевания, развивающиеся в кардиоэзофагеальной области.

Боковые карманы - встречаются на стенках пищевода в виде "карманов". Заболевание, вызванное расслаблением крупных суставов в стенках пищевода, скелета ребер. Такие боковые карманы связаны с названием "Зенкель-пищеводный боковой карман". Развивается у людей старшего возраста в верхней части пищевода, которая ограничена глоткой. Клиническое появление типа связано с нарушением функции глотки, неприятным запахом во рту, появлением опухолевидного узла в подбородке, болями в груди или эпигастрии. Окончательный диагноз ставят по результатам рентгенограммы или дуоденоскопии в боковые карманы пищевода.

Хронический рефлюкс-эзофагит пищевода

Рефлюкс - эзофагит пищевода - это форма заболевания, возникающая вследствие перехода слизистой оболочки пищевода в кишечник. Хронический рефлюкс-эзофагит-усиление и постоянное появление симптомов заболевания. Рефлюкс-эзофагит основан на изжоге, колющих болях, а также нарушениях работы пищеварительной системы. Недостаток кардии в диафрагме является основной причиной возникновения рефлюкс-эзофагита. Профилактика хронического рефлюкс-эзофагита основана на эффективном лечении заболевания, возникновении поражений слизистой оболочки пищевода, предупреждении желудочно-пищеводного рефлюкса. Важной профилактикой является соблюдение режима питания.

Лейкоплакия пищевода -ороговение пищевода. То есть воспаление эпителиального слоя языка и подбородка. Если болезнь не лечить, через некоторое время она может перерасти в злокачественную опухоль. Симптомы лейкоплакии пищевода. Лейкоплакия развивается медленно. Вначале заболевание наблюдается на слизистой оболочке подбородка, неба. Со временем пораженный участок переходит в пищевод и остальную слизистую оболочку рта. При онкологической форме заболевания ощущаются следующие симптомы: выделение достаточного количества сока, нарушение глотательного рефлекса, застой пищи во время еды, затрудненное дыхание, сильная боль при глотании, потеря веса больного, повышенная тревожность, появление изжоги и заикания, запах изо рта, сужение пищевода.

Диагностика. В случае появления признаков патологии пациента направляют на диагностику. Чем быстрее он пойдет, тем раньше начнется лечение. Если кнопки увеличиваются в размерах, то неприятные ощущения в пищеводе усиливаются. Больной чувствует, что находится в чужом теле.

Общие симптомы: постоянная тошнота, рвоты, ощущение дискомфорта и боли в грудной клетке, снижение аппетита, потеря веса.

Диагностика. Точный диагноз ставится двумя способами: рентгенологическим, эндоскопическим.

Тилоз - редкое врожденное генетическое заболевание. Основная причина его появления-изменения в коже стоп и ладоней. Однако у таких людей наблюдается нормальное развитие плоских клеток эпителия, риск развития рака пищевода увеличивается в 5-10 раз. Пациентам необходимо регулярно проходить эндоскопическое обследование пищевода.

Лейкоплакия пищевода - редкая форма заболевания, связанная с пищеварительной системой. Патология развивается неопределенно, последовательно, путем диагностики последних стадий. Одной из основных причин является увеличение болей, возникающих в грудной клетке, дисфункция органов дыхания под влиянием трахеи, наличие затруднений в глотании пищи.

Профилактика. Основными мероприятиями являются прохождение осмотра по профилактике предракового заболевания пищевода, посещение врача в момент обнаружения первых нарушений здоровья, возникновение затруднений при глотании пищи. Дефицит витаминов А и С, а также алкоголизм и курение, внешние факторы ускоряют развитие предраковых заболеваний. Следует отказаться от вредных привычек.

Диспансеризация. С целью улучшения образа жизни и лечения пациенты с предраковым заболеванием пищевода должны проходить профилактические осмотры 2 раза в год. Больные с риском развития онкологических заболеваний (аутоиммунный, атрофический гастрит, дисплазия и метаплазия слизистой оболочки) должны регулярно проходить эндоскопическое исследование [72].

Названия предраковых заболеваний пищевода, основные клинические признаки, методы первичной диагностики, основные действующие факторы дополнительно приведены в таблице (Приложение 7).

3.2.2. Предраковые заболевания желудка

В 1978 году Всесоюзный комитет экспертов при исследовании предраковых заболеваний желудка предложил разделить их на предраковые состояния (факультативные предраковые) и предраковые изменения – дисплазию (облигатную предраковую) (табл.6).

Таблица 6 - Классификация предраковых заболеваний желудка

Поврежденный организм	Облигатные заболевания (абсолютные предраковые заболевания 70-90% представляют риск развития рака)	Факультативные предраковые заболевания (безусловные предраковые заболевания вызывают развитие рака на 20-70%).	Предраковые заболевания на 10-20% перерождаются в злокачественные	Вероятность предраковых заболеваний (5-10% представляют риск развития рака)	Рак может развиваться в 5% случаев
Желудок	1. Внутриэпителиальное поражение желудка неоплазия (дисплазия). 2. Семейный аденоматозный полипоз	1. Наследственный не полипозный колоректальный рак, (синдром Линча II).	1. Поражение желудка после резекции по Бильроту 2.	1. Синдромы. Пейтц-Егерса. 2. Болезнь Менетри. 3. ПолипГамартонда	1. Гиперплазия -пот. 2. Язвенная болезнь желудка
Желудок	Синдром Гарднера). 3. аденоматоз желудка 4. пищевод Барретта	2. Н. Инфекция Pylori. 3. Хронический атрофический пангастрит. 4. Метаплазия желудка.	2. Аутоиммунный атрофический гастрит.		Не злокачественный тип.

Согласно новой международной классификации, принятой в Вене в 2000 году, клон клеток, такой как «дисплазия» - «неоплазия», был определен тем, что он отличается от соматической изменчивости и автономно растущей ткани. Неоплазия, в свою очередь, в низкой степени – 10% в течение 5 лет, в высокой степени – 96%, может перерасти в рак желудка, каждые 3 месяца такая неоплазия может привести к первичному раку.

Дисплазия эпителия желудка. Желудочные оболочки характеризуются внешним нарушением их функции. Заболевание возникает из-за мутации эпителиального слоя клеток и их поврежденных клеток. *Симптомы.* На ранней стадии заболевания симптомы не проявляются как предраковые заболевания. Поэтому при подозрении на такое заболевание стоит обратиться за помощью к специалистам. В момент начала онкологического процесса заболевание часто прогрессирует, не проявляя симптомов заболевания. Если во время диагностики возникло максимальное подозрение на дисплазию, то лучше направить пациента на более глубокое обследование.

Синдром Гарднера-характеризуется аденоматозными опухолями кожи (атеромами, дермоидными слезами или фимбромами) и остеомами черепа. В 1951 году американский врач выявил синдром Э. Гарднера.

Этиология и патогенез. Заболевание относится к семейству и аутосомно-доминантному типу. При синдроме Гарднера полипоз встречается в толстой кишке. Но некоторые данные указывают на то, что кнопки располагаются в тонком кишечнике и вызывают заболевание. *Клиника.* Клинические

характеристики определяются по количеству и объему кнопок. При ограниченном объеме и не большом объеме нет никаких жалоб при повреждении кишечника, и заболевание возникает внезапно. Это заболевание в основном встречается у молодых людей, которые обращаются за помощью к врачу в случае остеом, атеромы, фибромы, липомы и других бесплодных опухолей. В таком случае в кишечнике могут появиться кровотечения открытого и закрытого типа, анемия.

Диагностика. Обнаружение синдрома Гарднера и других гаматрий облегчает другие внешние проявления. Для этого требуется обязательное проведение эндоскопических исследований, чтобы узнать о наличии данного синдрома.

Дифференциальная диагностика. Дифференциальная диагностика проводится при диффузных семейных полипозах, ювенильных полипозах, единичных и множественных аденоматозных и гиперплазиальных полипозах, псевдочелюстных и Кроновых заболеваниях. Важно отметить, что остеомы, липомы и атеромы встречаются не только при синдроме Гарднера, но и у пациентов с гиперплазией и другими морфологическими стадиями.

Лечение. При синдроме Гарднера кнопки располагаются рассеянно и проводится эндоскопическая полипэктомия. Динамическое наблюдение при диффузных кнопках обязательно. При выявлении доброкачественной опухоли гамартийного типа, необходимости проведения операции под всесторонним контролем, проводится хирургическое лечение. Они вызывают кишечные кровотечения и симптомы малигнизации пуговиц в процессе развития в кишечнике.

Прогноз. Прогноз синдрома Гарднера благоприятный, но увеличение количества кнопок предполагает наличие осложнений. Профилактика. Пациенты с синдромом Гарднера обязаны находиться под наблюдением гастроэнтеролога. Повторные эндоскопические исследования должны проводиться еще через 1 год [73].

Аденоматозные полипы. Аденоматозные кнопки часто растут в воротной части желудка. У 3,4% от общего числа заболевших они становятся злокачественными. Особенно крупные аденоматозные опухоли (свыше 2 см), в 40% превращаются в канцероматозные опухоли. Миндалины располагаются в железистой клетке, в теле желудка. Полипы, не связанные с неоплазией, подразделяются на не связанные с полипозами (гиперплазии, воспалительные фиброзы, ксантомы), объединенные с полипозами (группа полипов).

Симптоматика. К сожалению, клинические признаки многих полипов в желудке не ясны. Желудочные заболевания у больных встречаются редко. Болевые ощущения при заболевании объясняются эрозией и воспалением пуговиц. Усиление болей происходит из-за сдавливания полипов. Кроме того, крупные или многочисленные наборы кнопок нарушают пропускную способность воротной части желудка. Проявляется тошнотой и рвотой, появлением неприятных запахов изо рта.

Симптомы, которые появляются со временем: боли в животе и неприятные ощущения; обильное выделение слюны; изменение аппетита и отмена; заикание; тошнота и рвота; боль во время еды; запор и понос; вздутие живота; неприятный вкус и запах изо рта; общая усталость и потеря веса в организме. Можно наблюдать следующие состояния: клинические признаки, наблюдаемые при язвенной болезни желудка и гастрите, сходны с жалобами на желудочные язвы. Поэтому обследование на ранней стадии выявляется в случаях случайного медицинского осмотра.

Рост полипов вызывает серьезные жалобы:

- желудочные кровотечения; - рвота с кровью; - боли в животе, боли в животе также могут передаваться в поясницу. - сильные схваткообразные боли в области верхней части желудка начинаются в эпигастральной области и распространяются по всему животу до поясницы. Наличие этих симптомов свидетельствует, прежде всего, о нарушении проходимости желудка, увеличивающемся в больших количествах.

Осложнения вызывают много трудностей:

- образование язвы;
- внутреннее кровотечение;
- трудности с прохождением;
- сдавливание органов;
- появление злокачественной формы аденоматозных кнопок.

Пищевод Барретта. Симптомы изменения клеток пищевода от нормального к предраковому заболеванию при болезни пищевода Барретта: - частые и длительные изжоги; - трудности при глотании (дисфагия); - кровавая рвота; - боль в пищеводе при контакте с желудком; - потеря веса из-за боли во время еды. Риск развития заболевания пищевода Барретта характеризуется подавлением Центрального (жирового пресса вокруг живота) жира. Риск заболевания пищевода Барретта преобладает у мужчин.

Диагностика. Проведение контроля желудочных пуговиц традиционным медицинским методом дает мало данных. При описании синдрома Пейтца-Егерса, при котором встречаются пигментации ладоней, слизистой оболочки рта и губ, врач должен быть внимательным, так как при этом синдроме чаще встречаются желудочные, кишечные боли. Лабораторные обследования могут не давать необходимых справок, хотя у таких больных наблюдаются повышенные признаки опухолей в кале. Верификация кнопок, полученная с помощью фиброгастроскопии в ходе гистологических и цитологических исследований, дает важное заключение. При эндоскопическом осмотре можно увидеть кнопки всесторонне, оценить их размеры, тип, расположение, определить потребности в лечении. А за набором биопсий нужно следить непрерывно. Если размер кнопки меньше, то при биопсии кнопки реzeцируются. Только тогда диагностическая фиброгастроскопия совпадает с лечением. Далее получают гистологические и

цитологические данные биоптатов. Эти методы используются при раке, при изменении предраковых заболеваний (дисплазии), при определении типа пуговиц.

Профилактика. При желудочных болях не показана особая современная медицинская профилактика. Только при возникновении хронического гастрита и гастрита определяется развитие желудочных пуговиц. Предупреждения, связанные с профилактикой заболевания: ограничение или полное прекращение курения, а также употребления алкоголя, соблюдение режима здорового питания, контроль за употреблением лекарственных средств.

Пищевод Барретта(синдром Барретта) - злокачественное осложнение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, при этом изменение на гистологическом уровне характеризуется превращением плоских эпителий в цилиндрические эпителии в нормальном состоянии слизистой оболочки пищевода. В нижней части пищевода часто наблюдается хроническое заболевание, метаплазия клеток из-за ненормального содержания желудочной кислоты в большинстве случаев. Барретт встречается у 10% тех, кто обращался за врачебной помощью с жалобами на изжогу пищевода и гастроэзофагеальный рефлюкс, и у 1% от общей популяции. Это заболевание часто является основной причиной аденокарцином в третьей нижней части пищевода, раковых и предраковых заболеваний, которые развиваются в кардиоэзофагеальной области [74].

Синдром Линча - злокачественная опухоль, развивающаяся в толстой кишке, является наследственным заболеванием. Клиническое появление характеризуется колоректальным раком. Различают поражение правой части толстой кишки и наличие одного или нескольких опухолей. Колоректальный рак при синдроме Линча II совпадает со злокачественной неоплазией в паху. Диагноз ставится в результате изучения семейного анамнеза, иммуногистохимических тестов, колоноскопии, биопсий и др. Лечится операцией или химиотерапией.

Хронический гастрит является наиболее распространенной формой желудочно-кишечной патологии, которая встречается у 35% органов при заболеваниях пищеварения и у 85% при заболеваниях желудка. Хронический гастрит-это полиэтиологическое заболевание. Причин для его возникновения множество, и они делятся на три основные группы: I группа - инфекционные (экзогенные) причины, связанные с хеликобактериями в желудке (гастрит В); II группа - эндогенный аутоиммунный, в железах желудка – атрофический гастрит; III группа - экзоэнтотгенные, связанные с воспалениями гастродуоденальные рефлюксы (гастрит С). 0-13% хронического атрофического гастрита могут вызывать рак желудка.

Клиника. Клиническая картина хронического гастрита, типичные симптомы, основные жалобы следующие: потеря аппетита, неприятные ощущения в эпигастральной области, изжога, связанная с приемом пищи, тошнота, иногда рвота. Синдром желудочной и кишечной диспепсии может быть различным. **Диагностика.** Рентгенологический метод исследования играет относительную роль в диагностике хронического гастрита. Это обследование

часто полезно при полипозном и опухолевом воспалении желудка, выявлении язвы. При выявлении различных форм хронического гастрита из результатов гастрофиброскопии и гастробиопсии получают заключительные данные. Диагноз: кишечная метаплазия, дисплазия различной степени тяжести, гастрит, вызванный инфекцией *Helicobacter pylori* (НР), относится к основным предраковым заболеваниям

Методы лечения. К неинфекционной этиологии при хроническом гастрите относятся: устранение основных факторов, диетотерапия, препараты, улучшающие микроциркуляцию, витаминотерапия, санаторно-курортное лечение. Особое внимание уделяется инфекционному гастриту, вызываемому микроорганизмами *Helicobacter pylori*. На сегодняшний день ученые всего мира доказали, что носителями НР-инфекции являются 30-50% населения. Обычно НР-бактерии размножаются в нижней части желудка (воротной части) на слизистой оболочке, в апикальной части клеточного эпителия. Воспалительный и атрофический процесс характеризует специфические инфекционно-иммунные состояния. Последние 10 лет ученые проявляют интерес к проблеме рака желудка и хеликобактерий. В настоящее время *Helicobacter pylori* выделяет много патогенных ферментов и токсинов. Взаимосвязь между НР-инфекцией и кишечной метаплазией является предраковым заболеванием.

Язвенная болезнь желудка. Язвенная болезнь желудка встречается у 2-10% больных. Клиническая картина. Дело в том, что желудочная хроническая язва в отличие от хронического гастрита имеет специфический клинический характер. Основными симптомами язвы являются боли при приеме пищи. Боль возникает раньше или через 0,5-1 час после еды. Иногда после еды может появиться боль около полуночи. Язва желудка может периодически болеть, то есть в осенне-зимние или весенние месяцы заболевание встречается чаще. Изжога, тошнота, рвота считаются важными симптомами заболевания. В жидкости, отделенной от пищи при рвоте, кислотность выше средней. Нарушения функции кишечника встречаются редко.

Диагностика. При изучении язвенной болезни желудка важным является исследование желудочного сока. У большинства больных отмечается наличие кислотообразной жидкости и увеличение мест секреции. Каллезная язва снижает выделение желудочного сока в течение длительного времени. При рентгенологическом исследовании основным признаком является образование желудочной полости. Отличия злокачественной язвы от стерильной язвы желудка показывают эндоскопические, цитологические исследования.

Метаплазия кишечника-заболевание, при котором происходит смешение эпителия желудка с эпителием кишечника. При этом происходит смешение желудочных желез, железистых групп, пазух. Если бороздки заполнены кишечными клетками, то они похожи на кишечные блохи, а если бугорки, то на кишечные блохи. Это заболевание было описано Купфером 100 лет назад. Но до настоящего времени полностью не изучено. Кишечная метаплазия является достаточно сложной формой заболевания. Особенно часто заболевание

встречается у людей старшего возраста. 100% результат патологической диагностики показывают люди, страдающие атрофическим гастритом и раком желудка. 80-100% случаев язвенной болезни желудка, 47-54% случаев дуоденальной язвы выявляются при обследованиях. У здоровых людей кишечная метаплазия встречается редко

Профилактика. При выявлении предраковых заболеваний необходимо проводить профилактическое обследование для выявления баретного пищевода, семейных аденоматозных полипозов, неоплазии желудка. Постоянное наблюдение (при выявлении низкой степени дисплазии – гастроскопия и биопсия проводятся 2 раза, каждые 6 месяцев). Далее достаточно проводить исследования 1 раз в год. При высокой степени дисплазии из 4-х точек биоптатов удаляют и проверяют материал на повторное обнаружение.

Диспансеризация. Больные предраковыми заболеваниями желудка должны проходить профилактические осмотры 2 раза в год с целью улучшения лечения. Пациенты с риском развития рака (аутоиммунный, атрофический гастрит, дисплазия слизистой оболочки и метаплазия) должны своевременно пройти эндоскопическое исследование [75]. Названия, основные клинические признаки, методы первичной диагностики, основные действующие факторы предраковых заболеваний желудка дополнительно приведены в таблице (Приложение 8)

3.2.3. Предраковые заболевания толстой и тонкой кишки

Предраковые состояния - это так называемые изменения тканей, которые способствуют возникновению рака. В первую очередь речь идет о так называемых предраковых заболеваниях (или предраковых). Онкологи выделяют облигатные и факультативные предраковые заболевания.

Облигатный рак рано или поздно превращается в рак (малигнизируется). Это происходит из-за врожденных заболеваний и аномалий. Для толстой кишки такие заболевания включают, например, аденоматозный полипоз (FAP), который мы упоминали ранее, и наследственный полипозный синдром рака (HNPCC) (Таблица 7). Факультативные предраковые заболевания не все время подвергаются малигнизации. Чем длительнее факультативные предраковые заболевания, тем выше вероятность развития рака. Из предраковых заболеваний к факультативным относятся:

1. Неспецифический язвенный колит (СОК)
2. Болезнь Крона
3. Полипы и фиброзные опухоли толстой кишки

Семейный полипоз-аутосомный, передается доминантным путем. Геном семейного полипоза (FAP-ген) располагается в хромосоме «5q» в зоне 21-22. Доказано, что супрессор представляет собой ген опухоли. Этот ген неизбежно подвергается малигнизации в течение 10 лет после появления, развитие многих полипов приводит к неконтролируемому неоплазионному росту в слизистой

оболочке толстой кишки. Все полипозы классифицируются как семейные и несемейные. Семейные полипозы передаются аутосомно-доминантным путем (кроме синдрома Турко Turcot) и подразделяются на аденоматозные и гамартомы (опухоли, не связанные с усиленной пролиферацией эпителия кишечника). Неспецифические полипозы, как правило, состоят из различных групп синдромов формирования полипов на слизистой оболочке желудочно-кишечного тракта. Около 50% пациентов с семейным аденоматозным полипозом имеют детей, страдающих этим заболеванием, и у 50% из них полипы появляются в возрасте до 16 лет.

Таблица 7- Предраковые заболевания толстой и тонкой кишки

Поврежденный орган	Облигатные предраковые заболевания	Факультативные предраковые заболевания
Толстый и тонкий кишечник	1. Семейный аденоматозный полипоз (ФАП). 2. Синдром наследственного полипозного рака (HNPCC).	1. Неспецифический язвенный колит (ХОБЛ). 2. Болезнь Крона. 3. Полипы. 4. Фиброзные опухоли толстой кишки. 5. Дивертикулез толстой кишки. 6. Инфекционный язвенный колит.

Патология и гистопатология семейного полипоза кишечника.

Семейный аденоматозный полипоз (семейный аденоматозный полипоз, FAP) характеризуется появлением сотен и тысяч неопластических полипов всех трех типов (аденома, аденопапиллома и папиллома) на слизистой оболочке толстой кишки. Во время ФАП полипы обнаруживаются у всех пациентов и во всех отделах желудка и кишечника. В частности, часто повреждается нижняя часть желудка, а также аденоматозные поражения соска, вызывающие закупорку трубки, что может привести к развитию панкреатита. Эти пациенты имеют значительно более высокий риск злокачественных новообразований (12%). У многих пациентов аденома обнаруживается в антральном отделе желудка, двенадцатиперстной кишки, и тонком кишечнике, но отсутствует риск злокачественного образования, гиперплазия кистозного типа характеризуется полипозом дна желудка и развитием лимфоидного макроагрегата тонкого кишечника.

Клиника семейного полипоза кишечника. До полового созревания полипоз развивается редко и протекает бессимптомно. Заболевание обычно диагностируется в возрасте 25-30 лет. Обследование членов семьи пациента позволяет рано выявить полипоз. 20% новорожденных не имеют семейного анамнеза. Клиническая картина - это изменение характера стула, скрытое или

явное кровотечение со стулом, боли в животе, чем больше полипов, тем боль более выражена. Развитие полипов неизбежно, молодых и среднего возраста, наблюдается через 10-15 лет после появления полипов. При обнаружении клинически наблюдаемого семейного аденоматозного полипоза частота злокачественных новообразований достигает 80%. У большинства пациентов с ФАП при тщательном осмотре выявляются остеомные поражения челюсти и частая установка дополнительных зубов и десен, что является одним из наиболее важных ранних признаков ФАП. Нет типичной клиники полипоза, в том числе изменений сетчатки пораженных членов семьи.

Диагностика семейного полипоза кишечника. Семейный анамнез и обнаружение более 100 аденоматозных полипов играют ключевую роль в диагностике ректороманоскопии. Дифференциальный диагноз ставится с неаденоматозным полипозом, несемейными типами полипоза и множественными аденоматозными полипами (дискретными полипами).

Исследование. Ригмоидоскопия - это выбранный метод диагностики и скрининга семейного полипоза кишечника. Обнаружение более 100 полипов доказанной аденоматозной природы подтверждает диагноз семейного аденоматозного полипоза. Гастродуоденоскопия обязательна. Двустороннее контрастирование и ирригоскопия позволяют диагностировать полипоз и определить его распространение по толстой кишке. Томография показана для диагностики остеомы и используется как простой неинвазивный метод скрининга у детей. Необходимо дифференцировать остеомы челюсти от неспецифических склеротических очагов. Первый имеет тенденцию быть множественным, в то время как последний - единственным и, как правило, расположен рядом с больным зубом. Осмотр глазного дна проводится для выявления пигментных поражений сетчатки.

Диагностическая тактика семейного полипоза кишечника.

Обязательная ректороманоскопия показана всем родственникам пациентов с семейным полипозом кишечника в возрасте от 18 лет. В случае выявления семейного аденоматозного полипоза: гастродуоденоскопия для выявления полипов желудка и двенадцатиперстной кишки, поражения периапулярной зоны и сосков Фатерова; Для определения патологии тонкой кишки проводится рентгенография с помощью штанги [116, 117].

Наследственный полипоз толстой и тонкой кишки (HNPCC)

РОПК занимает первое место в списке онкологических заболеваний желудочно-кишечного тракта. По разным оценкам, 15-35% случаев связаны с мутациями в одном гене и характеризуются доминантным или рецессивным проявлением наследственности. Среди наследственных видов 70-80% являются злокачественными, т.е. активируется ген арс (аденоматозный полипоз кишечной палочки), который вызывает образование ФАР. Причем 1-3% гетеродуплексных репараций проявляются в виде наследственных неполипозных РОПК, вызванных мутациями в генах системы. В 2002 году было сообщение о семье, в которой не было наследственных мутаций в гене льва, а также о множественных аденомах и

карциномах кишечника. Среди инактивированных соматических мутаций этого гена в опухоли обнаружено большое количество мутации G-T, что позволило прогнозировать нарушение репарации 8-охоGua.

Болезнь Крона. Риск развития колоректального рака составляет около 5% для пациентов с заболеванием продолжительностью до 5 лет и до 50% - более 20 лет. На эти цифры существенно влияет активность воспалительного процесса и целесообразность лечения. На сегодняшний день установлено, что значительная часть случаев колоректального рака вызвана злокачественными новообразованиями доброкачественного рака толстой кишки - полипами (аденомами) и фиброзными опухолями. Риск рака увеличивается пропорционально размеру и количеству полипов. Полипы размером менее 5 мм являются злокачественными очень редко, до 1 см - примерно в 2% случаев, до 2 см - в 25% случаев и более 3 см - в 94% случаев. Риск злокачественного новообразования фиброзных опухолей составляет более 40%.

Рак груди увеличивает риск развития колоректального рака примерно на 8-10%.

Чтобы разбавить тревожную статистику, еще не доказано, что связь между хроническим геморроем, царапинами и другими «небольшими» проктологическими заболеваниями с колоректальным раком. Однако такие патологии относятся к числу фоновых заболеваний.

Колоректальные полипы увеличивают риск развития рака. Существует множество доказательств этого на эпидемиологическом, клиническом и морфологическом уровнях, и, хотя не каждый полип, особенно полип размером менее 1 см, трансформировался в рак, многие из этих образований сопряжены с риском. Таким образом, риск возникновения колоректальных полипов высок и составляет: размером менее 1 см - 1,1%; 1-2 см - 7,7%; Более 2 см - 42%. В среднем - 8,7%.

Более 90% случаев колоректального рака - это аденокарциномы различных типов. Обнаружение полипов играет важную роль в профилактике рака. Удаление полипов толстой кишки является эффективным способом предотвращения рака прямой кишки и предотвращает рак толстой кишки у 99,55% пациентов. Если у пациента диагностирован аденоматозный полип, лечащий врач должен обратить особое внимание на близких родственников пациента, так как у них вдвое выше вероятность развития колоректального рака, чем у населения в целом.

Заболеваемость колоректальным раком: в общей популяции, чем у пациентов с хроническим воспалительным заболеванием кишечника, особенно у пациентов с язвенным колитом. На уровень риска развития рака влияет продолжительность и клиническое течение заболевания. По данным литературы, риск развития рака толстой кишки составляет 0-5% на сроке до 5 лет, до 15 лет - 1,4-12%, до 20 лет - 5,2-30%. Особенно у больных язвенным колитом длительность заболевания более 30 лет - 8,7-50%.

Болезнь Крона. Болезнь Крона увеличивает риск развития рака, но ниже, чем при язвенном колите, и колеблется от 0,4–2,4 до 4–26,6%. В то же время дифференцировать злокачественную трансформацию при этом заболевании сложнее.

Наследственность играет роль в патогенезе колоректального рака. Люди, которые являются близкими родственниками пациентов с колоректальным раком, имеют более высокий риск развития рака. Семейный диффузный полипоз, синдром Гарднера, синдром Пейтца-Эггера, синдром Турко и др. Наследственные заболевания сопровождаются высоким риском развития колоректального рака.

Фиброзные опухоли толстой кишки. К его основным симптомам относятся общая слабость и бледность больного, смесь слизи и крови, медленно растущая анемия. Иногда прозрачная слизь, напоминающая яичный белок, собирается на поверхности опухоли в кишечной трубке и сразу же разделяется на большие порции.

Дивертикулез толстой кишки. Дивертикулит (воспаление дивертикула), кровотечение, перфорация (перфорации), образование инфильтратов, внутреннего и внешнего пищевода (редко), острая или хроническая кишечная непроходимость.

Профилактика. Общие профилактические меры, направленные на предупреждение колоректального рака: - Правильное питание. Ограничьте в рационе мясную и жирную пищу, добавьте в рацион продукты, богатые клетчаткой: овощи, фрукты, ржаной и кукурузный хлеб. - Достаточная физическая активность, похудание. - Своевременное лечение заболеваний прямой кишки. - Воздержание от вредных привычек: алкоголь, курение. Людям с отрицательным наследственным происхождением и старше 50 лет рекомендуется пройти обследование на наличие колоректального рака. Согласно инструкции, пациенту необходимо пройти следующие обследования: обнаружение и анализ скрытой крови в кале, ректороманоскопию, УЗИ [76].

Названия предракового рака кишечника, основные клинические признаки, методы первичной диагностики, основные факторы приведены в таблице (Приложение 9).

3.2.4. Предраковые заболевания печени

Постепенное развитие любого заболевания печени и желчного пузыря и углубление воспалительных изменений в нем называют патологическим состоянием. Рак может длиться месяцами, годами или даже десятилетиями, в зависимости от патологического состояния. В какой-то момент этот процесс все же будет обратимым. По мере углубления патологии рецидивы уменьшаются, что приводит к хроническому заболеванию, которое со временем становится неизлечимым. Продвинутое (внутриклеточные) стадии патологии характеризуются риском предракового и метастатического рака. На основе гомотоксикологической теории выделяют несколько фаз последовательного

развития болезни (фазы осложнения), которые характеризуют глубину патологического процесса и тяжесть заболевания (таблица 8).

Гепатит А (также известный как болезнь Боткина) - острое инфекционное заболевание печени, вызываемое вирусом гепатита А (ВГА). Вирус хорошо передается через пищу, зараженную пищу и воду, и каждый год число людей, инфицированных вирусом, достигает около десяти миллионов. Вирус гепатита А имеет прямое цитопатическое действие, то есть может напрямую повреждать гепатоциты. Гепатит А характеризуется воспалительными и некротическими изменениями ткани печени, интоксикационным синдромом, увеличением печени и селезенки, нарушением клинических и лабораторных признаков функции печени, в некоторых случаях желтухой и темной мочой, изменением цвета стула.

Таблица 8 - Классификация предраковых заболеваний печени и желчного пузыря

Гуморальные фазы → (Прогноз положительный)		Матричная фаза → (процесс перехода в хронический)		Клеточные фазы (ненадежный прогноз)	
Чрезмерное производство желчных кислот.	1. Гепатит А. 2. Холецистит.	1. Жирный гепатоз 2. кисты 3. хронический холецистит •	Хроническая В гепатит Полипы желчного пузыря.	1. Цирроз печени	2. Рак печени желчного пу зыря.
Напряжение регулируемого от усталости компенсации		Саморегулирующееся напряжение		Утомление компенсаций	

Холецистит - заболевание характеризующееся образованием камней в желчном пузыре, желчных протоках и воспалением желчного пузыря, печеночной коликой, холестазом и поражением печени. Острое воспаление желчного пузыря - рецидивирующее заболевание в хронической форме из-за наличия желчных камней в 85-90%.

В начале заболевания возникают сильные боли в виде судорог в правом нижнем квадранте. Боль направлена вверх, то есть в правое плечо, область плеча, больного многократно рвет и рвет.

Жировой гепатоз или неалкогольная жировая болезнь печени - НАЖБП (неалкогольная жировая болезнь печени) - это состояние, при котором более 5% массы печени состоит из жира, в основном триглицеридов. Если количество жира превышает 10% массы тела, то 50% клеток печени накапливают жир и жировые слои и распространяются на ткани печени.

Симптомы жирового гепатоза: На начальном этапе жировой гепатоз может протекать бессимптомно, что создает дополнительную опасность для пациента: диагноз ставится тогда, когда начинаются серьезные изменения в

тканях печени. Пациенты могут испытывать симптомы тяжести, боли и дискомфорта, такие симптомы, как горький вкус во рту, вздутие живота, тошнота. Но эти явления также являются симптомами, характерными для других заболеваний печени и желудочно-кишечного тракта.

Хронический гепатит. К предраковым заболеваниям печени относится хронический гепатит В. Установлена устойчивая связь между длительным носителем вируса гепатита В и первичным раком печени.

Симптомы. Клиническая картина гепатитов зависит от степени нарушения функции печени. На начальном этапе могут изменяться только лабораторные показатели (увеличение ферментов печени, АЛТ, АСТ). На поздних стадиях при печеночной недостаточности наблюдается общая слабость, тошнота, тяжесть под правым ребром, желтуха и кожный зуд, увеличение печени.

Диагностика. При подозрении на хроническое поражение врач проводит тщательное обследование, включающее пальпацию желудка, печени и селезенки, собирает подробный анамнез (перед обращением к врачу необходимо составить список принятых или недавно принятых лекарств). Дальнейший биохимический анализ крови на вирусные гепатиты и показатели функции печени (АЛТ, АСТ, билирубин, гамма-ГТТ, щелочная фосфатаза, белок, альбумин и др.), Анализ аутоантител. Выполняет УЗИ кишечной полости, компьютерную томографию и биопсию печени.

Лечение. Тактика лечения зависит от типа хронического гепатита. При лечении вирусных гепатитов используют альфа-интерфероны, глюкокортикостероиды, цитостатики, симптоматическую терапию. Аутоиммунный гепатит требует гормональной и цитостатической терапии. В тяжелых случаях выполняют трансплантацию печени. Лечение токсического гепатита основано на купировании действия токсических факторов. Печень - уникальный организм. Он способен восстанавливать свою функцию даже после относительно тяжелых травм. Поэтому прекращение действия отравляющих веществ и прием гепатопротекторов во многих случаях позволяет лечить пациента. Гепатит может повториться, если вы снова примете токсичные препараты или продолжите употреблять алкоголь.

Профилактика. Профилактика лекарственного гепатита - один из важнейших вопросов. Если врач длительно прописывает какие-либо препараты (противосудорожные, нейролептики, гормональные контрацептивы и др.), Необходимо определить побочные эффекты этих препаратов. Если обнаружены токсические эффекты в печени, необходимо проконсультироваться с врачом по поводу периодичности контроля биохимических показателей печени (и почек, если токсичность для почек).

Цирроз печени - заболевание неспецифическое. Это завершающая стадия заболевания, которая приводит к хроническому повреждению клеток печени. Цирроз печени - нерегрессивное состояние, наблюдаются нарушения архитектуры печени в виде фиброза и узловой регенерации. Резко увеличивается количество

соединительных тканей, клетки печени не образуют ацинусов и частиц, регенерируют в виде узелков с неправильной структурой частицы.

Классификация: Цирроз печени классифицируют по морфологическим и этиологическим принципам. По морфологическим признакам цирроз печени классифицируется следующим образом:

1. Узелок - узелок диаметром до 3 мм.
2. Крупный узел - узел диаметром более 3 мм.
3. Наиболее частой причиной цирроза печени является алкоголизм.

Большой узел

При циррозе риск развития рака печени увеличивается независимо от причины.

По этиологическим принципам цирроз печени классифицируется следующим образом:

- вирусные (вирусные гепатиты В и С);
- алкогольный; при гемохроматозе; аутоиммунный (волчаночный гепатит и первичный билиарный цирроз); в результате непроходимости желчевыводящих путей; При болезни Вильсона упоминается «криптогенный» цирроз печени, если причина неизвестна, но благодаря быстрому развитию науки количество случаев, относящихся к этой группе, уменьшается.

Клинические проявления цирроза печени определяются стадией заболевания. Вначале симптомы заболевания отсутствуют, а со временем симптомы начинают проявляться.

Общие симптомы заболевания: боли в животе, запоры, боли вокруг печени, диспептические расстройства (диарея, тошнота, рвота), нарушения сна, слабость, снижение трудоспособности, астения, зубная боль, отек ног, боли в суставах, лихорадка, желтуха (пожелтение кожи и глаз), темная моча, изменение цвета кала, кровотечения (геморроидальное кровотечение из носа, покраснение желудочно-кишечного тракта и др.).

Лечение. В первую очередь необходимо устранить причину заболевания - в случае алкогольного цирроза печени необходимо прекратить употребление алкоголя или провести противовирусное лечение при вирусном циррозе. Следующие этапы лечения назначает врач индивидуально, в зависимости от многих факторов. Традиционное лечение предполагает использование препаратов, регулирующих метаболизм печени и стимулирующих секрецию желчи для защиты клеток печени. Если медикаментозное лечение неэффективно, пациенту назначают пересадку печени.

Профилактика цирроза печени. Профилактические меры включают любую процедуру профилактики гепатита, вызывающего цирроз печени. Важно вести здоровый образ жизни, воздерживаться от алкоголя, соблюдать сбалансированную диету и есть меньше жареной и жирной пищи. Следует соблюдать осторожность при передозировке лекарств, токсичных для печени. Также важно подумать об улучшении окружающей среды, которая отрицательно сказывается на клетках печени - чтобы дышать свежим воздухом. Один из

наиболее эффективных способов профилактики цирроза печени - прием гепатопротекторных препаратов при заболевании печени. Они защищают клетки печени, восстанавливают их структуру, уменьшают воспаление, подавляют развитие фиброза и восстанавливают метаболизм белков и липидов. Таким образом, глицирризиновая кислота обладает антиоксидантной и мембраностабилизирующей активностью, потенцирует действие эндогенных глюкокортикостероидов и оказывает противовоспалительное действие при неинфекционном поражении печени. Положительный результат этого соединения был подтвержден 54 клиническими испытаниями, 31 из которых были рандомизированными. Тесты проводились у разных категорий пациентов, включая пациентов с гепатитом и пациентов с алкогольной болезнью печени. Положительный профиль безопасности глицирризиновой кислоты во всех исследованиях был включен в рекомендации Азиатско-Тихоокеанской ассоциации по изучению печени (APASL) и в Европейское медицинское агентство (EMA) для людей.

Камни в желчном пузыре. Длительное наличие камней в желчном пузыре, вызывающих хронический воспалительный процесс, является предраковым заболеванием желчного пузыря. Камневой холецистит всегда сопровождается онкологическими заболеваниями, но по статистике рак развивается только у 1-2% камненосцев. Но в любом случае наличие такого фактора не должно оставаться без лечения.

Полипы желчного пузыря. Полипы желчного пузыря и желчных протоков, как и все полипы, являются предраковыми заболеваниями печени и желчного пузыря, так как они предрасположены к определенной степени рака. Для заболевания характерен холецистит. Основным фактором развития полипов является стойкий воспалительный процесс в организме [77]. Названия предраковых заболеваний, основные клинические признаки, методы первичной диагностики, основные факторы приведены в таблице (Приложение 10).

3.3. Предраковые заболевания трахеи, бронхов и легких

Не во всех случаях можно четко определить фоновые и предраковые заболевания в клинических условиях (Харченко В.П., Кузьмин И.В., 1994). Понятие «изменение фона» часто расширяется и может до некоторой степени соответствовать этому термину.

Факультативные предраковые заболевания - хронический бронхит и дисплазия I-III степени и метаплазия бронхиального эпителия. Пациенты с такой патологией распределяются и входят в группу риска. Они будут находиться под наблюдением терапевтов.

Облигатные предраковые образования - ранняя стадия онкологической патологии, которая рано или поздно переходит в рак. Согласно последней классификации ВОЗ (Всемирной организации здравоохранения), метаплазия бронхиального эпителия с карциномой бронхов *in situ*, дисплазия I-III степени является обязательным предраковым заболеванием. Эти изменения требуют

радикального лечения. Затяжное (15-20 лет) предраковое заболевание легких приводит к морфологическим изменениям слизистой оболочки бронхиального дерева (таблица 9). Таким образом, люди старше 45 лет с хроническими заболеваниями легких, особенно те, кто курит более 20 лет и подвергаются воздействию канцерогенов на рабочем месте, имеют высокий риск рака легких и требуют особого внимания во время скрининга.

Таблица 9 - Классификация предраковых заболеваний бронхов и легких

Поврежденный организм	Необязательные предраковые поражения	Обязательные предраковые заболевания
Бронхит, бронхи, легкие	<ol style="list-style-type: none"> 1. Карцинома бронхов (Carcinoma in situ). 2. Метаплазия бронхиального эпителия с дисплазией I-II-III степени. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Хронический бронхит. 2. Пневмосклероз. 3. Хронические гнойные процессы в легких. 4. Некоторые виды хронического туберкулеза. 5. Бронхиальная аденома. 6. Кисты. 7. Синдром поликистозных яичников. 8. Доброкачественные опухоли легких.

Бронхиальная карцинома бронха (in situ carcinoma - внутриматочная карцинома, неинвазивная карцинома): отверстие расширенных протоков железы заполнено полиморфными опухолевыми клетками с множеством митозов, ядро большое, гиперхромное, ядерно-цитоплазматический индекс. Иногда в лунке появляются некротические участки. Опухолевые клетки не выходят за пределы базальной мембраны, карцинома in situ не дает метастазов.

Если опухолевые клетки расположены на поверхности бронхов, бронхиол и альвеол и не проникают во внутренние слои, опухоль называется карциномой in situ. Это злокачественное заболевание. **Карцинома in situ** становится инвазивной или инфильтративной, если клетки проникают во внутреннюю оболочку бронхов, бронхиол и альвеол. Инвазивная карцинома - это рак, при котором клетки могут распространяться (метастазировать) во внелегочные лимфатические узлы и другие части тела.

Плоскоклеточная карцинома - это предраковое заболевание, которое прогрессирует до инвазивной плоскоклеточной карциномы.

Атипичная аденоматозная гиперплазия - это предраковое заболевание, которое трансформируется в аденокарциному.

Метаплазия бронхиального эпителия с дисплазией I-III степени.

Она характеризуется хроническим заболеванием, тахипноэ, одышкой, гипоксемией, стойкими обструктивными нарушениями и специфическими радиологическими изменениями у недоношенных новорожденных из-за давления,

высокой концентрации и кислородного поражения недоразвитых бронхов из-за искусственной вентиляции легких.

Клиническое определение. Потребность в кислороде на сроке 36 недель гестации, скорректированная по критериям диагноза БЛД. Было показано, что потребность в кислороде на 36 неделе постменструального возраста является предиктором долговременной дисфункции легких. Недостатком этого определения является субъективность определения потребности в кислороде в нем, что допускает значительную вариативность частоты диагностики БЛД в разных учреждениях.

Физиологическое определение BLD. Некоторые авторы (Michele C. Walsh et al.) показали, что пробу воздуха в помещении можно использовать для классификации и точной диагностики BLD. Диагноз BLD ставится после 30 минут дыхания комнатным воздухом с насыщением менее 90%. Таким образом, можно говорить о зависимости от реального кислорода, а не о субъективном определении потребности в кислороде [118].

Лечение BLD. Оно состоит из симптоматической и кислородной терапии, диетотерапии, режима и фармакотерапии: прием бронходилататоров, диуретиков, глюкокортикостероидов, антиоксидантов.

Лечение БЛД часто требует оксигенации в течение недель или месяцев. Необходимо минимизировать давление в аппарате и концентрацию кислорода в подаваемом воздухе.

Необходимо предотвратить развитие тромбоэмболии легочной артерии, так как низкий уровень PaO_2 может привести к сужению легочных сосудов, что приведет к легочной гипертензии, развитию легочно-сердечной недостаточности и развитию правожелудочковой недостаточности. При pH 7,25 критическое значение $PaCO_2$ составляет 45-60 мм. сад может поддерживаться на уровне насыщения кислородом 90-95%, критическое PO_2 -55-70 мм. сад В случае торпидной гипоксемии, требующей высокого давления при выдохе, используется курс высокочастотной колебательной вентиляции, позволяющий сократить продолжительность вентиляции, частоту ушибов и БЛД.

Первичная профилактика. Профилактика преждевременной эякуляции, уменьшение белизны ВПЧ и снижение концентрации кислорода в респираторной смеси в HVAC. Вторичная профилактика. BLD является фактором риска тяжелой респираторно-синцитиальной инфекции (RS). Для профилактики тяжелой ПК-инфекции в США, Евросоюзе и других странах (более 60) используют моноклональные гуманизированные антитела против RS вируса паливизумаб, а в России - препарат Синагис. В связи с дороговизной препарата дети с диагнозом БЛД имеют право делать уколы по квоте.

Хронический бронхит. Хронический бронхит - длительно хронический или обострившийся воспалительный процесс в бронхах. Центральный симптом заболевания - кашель, который можно отнести к хроническому бронхиту, если у пациента кашель не менее 2 лет подряд в течение трех месяцев (всего год или

одновременно). Все остальные случаи продолжительного кашля из-за доказанного воспаления бронхов называются острым или рецидивирующим бронхитом.

Симптомы хронического бронхита. Кашель - один из основных симптомов неосложненного хронического бронхита. Одышка. Типичные типы хронического бронхита без бронхообструкции - одышка. К ним относятся мокрота, хрипы, кашель с кровью, астматический синдром, цианоз, аускультативные данные.

Профилактика. Профилактика хронического бронхита, прежде всего, предполагает здоровый образ жизни (отказ от курения, физические упражнения, физические нагрузки), устранение хронических инфекций. Если у вас хронический бронхит, необходимо избегать простудных заболеваний, своевременно лечить инфекции верхних дыхательных путей.

Пневмосклероз - это заболевание легких, характеризующееся замещением нормальной легочной ткани соединительной тканью. В результате воспалительного процесса и дистрофии тканей организма возникает нарушение эластичности и газотранспорта в зоне поражения. *Причины.* Пневмосклероз часто возникает или формируется в результате следующих заболеваний: хронический бронхит, хроническая обструктивная болезнь легких, воспаление тканей, окружающих бронхи, заболевания, вызванные инородными веществами в легких, инфекционные заболевания, вирусная пневмония, микозы, аллергические и фиброзные газовые альвеолы, альвеоловый пневмокониоз, вызванный длительным вдыханием пыли, промышленный и радиационный пневмокониоз, генетические заболевания легких, травмы легких, последствия травм, болезнь Бека легких.

Основные симптомы пневмосклероза: хроническая пневмония, хронический бронхит. Бронхоэктатическая болезнь. Одышка, которая обнаруживается только при наличии нагрузки на начальной стадии диффузного пневмосклероза, также обнаруживается в состоянии покоя на поздней стадии. Кашель характеризуется выделением слизисто-гнойной мокроты. Характерен выраженный диффузный цианоз.

Аускультативные и перкуSSIONные симптомы: снижение перкуторного звука. Ограничение подвижности легких. Мелкие пузырьчатые царапины. Ослабление везикулярного дыхания. Сухая одышка. Симптомы пневмосклероза часто сопровождаются клиническими проявлениями эмфиземы легких и хронического бронхита. Диффузные формы пневмосклероза сопровождаются прекапиллярной гипертензией нижних отделов кровеносной системы и легочно-сердечными заболеваниями.

Для диагностики и оценки поражения проводят рентгенографию и компьютерную томографию легких, спирографию, биопсию легких с морфологической верификацией диагноза [78].

Хронические гнойные процессы в легких. Понятие «гнойное заболевание легких» или «абсцесс легкого» объединяет этиологию, патогенез и клинические проявления гнойно-воспалительных процессов в легких, включая основные

нозологические типы: абсцесс легкого, легочная гангрена и бронхоэктазы [79]. Названия предраковых заболеваний легких, основные клинические признаки, методы первичной диагностики, основные факторы приведены в таблице (Приложение 11).

3.4. Предраковые заболевания костной и хрящевой ткани

Предраковые заболевания костей - это заболевания, которые приводят к раку костей или предшествуют раку костей, что является результатом ряда постоянных изменений количества изменений в кости.

Постепенное развитие любого заболевания костей и постепенное углубление в нем патологических изменений называется прогрессирующим заболеванием. На основе гомотоксикологической теории выделяют несколько фаз последовательного развития болезни (фазы прогрессирования), которые характеризуют глубину патологического процесса и тяжесть заболевания (таблица 10).

Таблица 10 - Классификация предраковых заболеваний костей и хрящей

Гуморальная фаза → (Прогноз положительный)		Матричная фаза → (процесс перехода в хронический)		Клеточная фаза (ненадежный прогноз)	
1.Повышенная 2.Переработка синовиальной жидкости.	1. Артрит 2. Синовиты	1.Ревматизм 2.Полиартрит	1.Артроз 2. Кость	1. Анкилозы 2.Остеопороз 3.Остеомаляция	1.Саркомы Кондросарком
Напряжение саморегуляции		Компенсация напряжения		Усталость компенсации	

Фиброзная дисплазия костей. Предраковая болезнь костей включает фиброзную дисплазию. Чаще всего поражаются длинные трубчатые кости, ребра, кости таза, черепа. Иногда больные ощущают постоянную слабую боль, особенно при ходьбе. Заболевание случайно выявляется в результате рентгенологического обследования при последующей травме или патологическом переломе. Течение болезни медленное, далее происходит деформация костей и асимметрия лица. Злокачественные опухоли в таких костях появляются после травм, физиотерапии и воздействия солнечного излучения.

Болезнь Педжета. При этом предраковом заболевании кости, в результате обмена костной ткани на соединительную, развиваются единичные или многочисленные очаги перестройки костной ткани. Патологический процесс сопровождается болевыми ощущениями в ногах и их деформацией. Перерождение в рак происходит после травмы, физиотерапии и воздействия солнечного излучения.

Экзостозы. Костные образования вокруг длинных трубчатых костей выглядят как плотные костные наросты вокруг этих костей, которые классифицируются как предраковые заболевания костей. Рак возникает после травм, после физиотерапии и после воздействия солнечных лучей.

Костная хондрома. Предраковые поражения кости с высоким риском, включают доброкачественные костные опухоли хряща. Заболевание часто протекает бессимптомно. Боль возникает редко. Обычно этот процесс переходит в рак. **Профилактика.** При появлении подозрительных симптомов важно проводить регулярные профилактические осмотры и обращаться за профессиональной и специализированной медицинской помощью. Необходимо находиться под наблюдением врача и лечить предраковые состояния [80].

3.5. Меланома и другие предраковые заболевания кожи

3.5.1. Предмеланомные кожные заболевания

Невус. Медицинская наука определяет несколько названий невусов: пигментный невус, меланоцитарный невус или пигментное пятно. Все это означает одинаковые и врожденные доброкачественные образования. Нейкоциты - это клетки, содержащие меланин и подверженные патологическим изменениям. Обычно они синтезируют пигмент и окрашивают кожу. В случае изменений количество меланина увеличивается и появляются специфические образования.

Виды и симптомы болезни

Современная медицинская наука различает доброкачественную меланому от злокачественной меланомы невуса:

Меланома - заболевание неопасное: монгольская пятнистость; папилломатозный невус; фиброэпителиальный невус; галоневус; внутрикожный пигментный невус.

Меланома - опасный невус, кайма и гигантский пигментный невус, небо голубой (или голубой) невус, хирургический невус и диспластический невус.

Меланоз. определяется как коричневое пятно. Как правило, имеет стройную форму. Его форма неправильная, но его границы весьма ограничены. Цвет пятен неоднородный: от коричневого до черного. В некоторых случаях появляются новообразования в виде пятен от коричневого до черного. Область, где находится пятно, - это открытые участки кожи, в основном лицо. Размер новообразования от 2 мм до 20 мм (рис. 15). Рост пятна радиально невелик, может длиться от года до нескольких десятилетий. Однако риск вертикального роста достаточно высок [81].

Голубой невус. Относится к доброкачественным опухолям в предраковой версии. Цвет этого невуса означает его название. На самом деле останки не только синие, но и темно-синие, серые, темно-фиолетовые или черные (рис. 16).

Он состоит из большого набора меланоцитов, активно вырабатывающих меланин. Чаще всего голубой невус имеет форму единого элемента, но встречаются и формы множественного числа. Голубой невус выступает из

поверхности кожи, при пальпации чувствуется плотный внутрикожный узелок, четкой локализации этого невуса нет, он появляется на любом участке кожи.

Границы четкие, не более одного сантиметра в диаметре, на поверхности волос не растет. Чаще всего злокачественное новообразование голубого невуса возникает после его полного удаления или в результате стойкой травмы. Однако процесс трансформации в рак происходит редко [82].

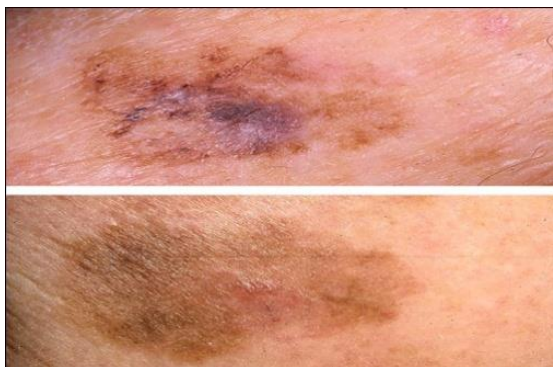


Рисунок 15 - Меланоз кожи по Дюбри.



Рисунок 16 - Пигментированная кожа синего цвета невус (внешняя поверхность предплечья)

Пограничный пигментный невус. В большинстве случаев врожденное образование, в некоторых случаях, возникает на первом году жизни. Обычно пограничный пигментный невус увеличивается пропорционально росту организма. При быстром росте тела размер невуса резко увеличивается. Пигментированный невус выступает за поверхность кожи и содержит большое количество меланина (рис. 17). Это придает банке черный цвет, а банка может быть темно-фиолетового, темно-фиолетового или черного цвета. Четкой локализации пигментного невуса нет, он может появиться где угодно, но только на ладонях и подошвах появляется осадок только такого типа. Плотная консистенция невуса подтверждает его злокачественность [83].

Гигантский пигментный невус - врожденное образование и, в отличие от других невусов, наблюдается с первого дня жизни. Невус развивается по мере роста детского тела и достигает больших размеров. Часто невус располагается не только на большой части кожи, но и во всей анатомической области (рис. 18, 19).



Рисунок 18 - Пигментный невус в области лопатки.

Рис.19. Гигантский пигментный невус в области груди

Например, половина лица, шея, тело и многое другое. Встречались и случаи, когда объем гигантского пигментного невуса достигал 35-40 см. В этом случае можно говорить о серьезном косметическом дефекте, так как гигантский невус рассматривается как крупная опухоль, выступающая с поверхности кожи и разрушающая лицо человека. В большинстве случаев цвет этого невуса варьируется от серого до темно-коричневого. Гигантский невус характеризуется неравномерностью строения. Например, на его поверхности наблюдаются глубокие царапины, рост волос, полосы и мелкие бородавки. Все эти характеристики отличают гигантский пигментный невус от других невусов. Лечение данного невуса проводится с эстетической целью. Гигантский невус редко становится злокачественным. Злокачественность иногда наблюдается после ее удаления, но, по заключению специалистов, частая травматизация образований такого большого размера способствует ее малигнизации. Удаление невуса производится путем хирургического иссечения опухоли и пересадки кожи (в случае крупногабаритного образования) [84].



Рисунок 20 – Голубой невус

Голубой невус -характеризуется высоким содержанием меланина.

Чаще всего это единичный элемент, но встречается и множественное число, склонное к объединению. Этот тип невусов относится к группе невусов, где неврологические факторы играют определенную роль в образовании каловых масс (рис.20).

Голубой невус локализуется только на поверхности: на краю лицевой дуги и глазной впадины. Он характеризуется изменением цвета слизистой оболочки глаза, локализуясь в глазном потоке или прозрачной роговице, как темно-синее пятно. Особенно, если невус имеет большие размеры.

Указанный невус имеет генетическую этиологию и относится к врожденному явлению. Встречается у представителей Азии и их потомства. В основном у японцев и монголов, у китайцев и азиатов [125].

Дисплазионный невус бывает врожденным или приобретенным. У большинства пациентов этот тип заболевания диагностируется у одного или двух человек в семье. Чаще всего дисплазионный невус локализуется в верхней части спины, на ногах, бедрах, крупных складках (лодыжках, подмышках). Обычно в организме пациента имеется несколько дисплазионных невусов, но встречаются и единичные. Окраска этих пород разнообразна: они могут быть светло-коричневыми, темно-коричневыми или черными. Дисплазионные невусы имеют ту же форму, что и поверхность кожи, поверхность плоская и гладкая. Для точной диагностики этого состояния проводят биопсию, которая показывает скопление клеток, характерных для данного типа невусов. К сожалению, дисплазионный невус в 90% случаев превращается в злокачественную опухоль меланому. Поэтому дисплазионный невус требует радикального удаления и адекватного лечения.

Встречается у других представителей. Перерождение в рак происходит не часто. Ультрафиолетовые лучи играют важную роль в ригидности операционного невуса [85].

Диагностика. Главной задачей диагностики невусов является проведение дифференциальной диагностики со злокачественными новообразованиями кожи, особенно меланомой. Поэтому дерматолог-онколог должен, в первую очередь, выделить злокачественную форму заболевания, а затем приступить к выявлению и лечению невуса. С этой целью используются следующие виды диагностики: дерматоскопия; диагностика изотопом фосфора; термометрия; биопсия; гистологическое исследование; эхография.

Лечения Невуса. Лечение невуса проводится хирургическим путем. Удаление невуса проводится по медицинским или эстетическим показаниям. Медицинские показания-это случаи превращения невуса в злокачественное новообразование. Эстетические показатели случаи серьезного косметического дефекта. Существуют следующие методы удаления отложений: лазерная хирургия; криодеструкция; электрокоагуляция; хирургическое иссечение.

Прогноз и профилактика. Прогноз заболевания благоприятный, но меланома опасна, при наличии невусов необходимо вести самоконтроль и периодически обращаться к врачу-онкологу. Меры профилактики невусов отсутствуют, но существуют меры профилактики рака кожи.

Он состоит из следующих мероприятий: защита от воздействия прямых солнечных лучей (воздействие прямых солнечных лучей); выход под солнце в безопасное время: до 11.00 и после 17.00 часов; защита кожи солнцезащитным кремом с фактором защиты от солнца не ниже SPF 30; использование естественной защиты от солнца: тени от дерева, покрывающий большую часть кожи, ношение летней одежды светлого цвета; необходимо носить головной убор, шляпу и солнцезащитные очки; использование продуктов, содержащих бета-керотин, помогающих выработке меланина в организме; поскольку солнечный свет способствует обезвоживанию кожи, то есть старению кожи, необходимо использовать кремы, которые увлажняют кожу. Защита кожи от механических

травм, защита от ферментативной травмы невуса, приводящей к раку кожи; защита кожи от воздействия канцерогенов. Контакт с бытовой химией приводит к мутации клеток.

Факторы опасности. Лица, которые в силу особенностей своей профессии большую часть времени проводят в УФ – излучении и периодически проводят время в географических пунктах с низким уровнем дыхания - лица, контактирующие с различными химическими канцерогенами, ионизирующей радиацией и электромагнитным излучением в силу своих профессиональных особенностей. Лица с нарушенной пигментацией организма (так называемый беловатый фенотип). Постаменты с генетически детерминированным или приобретенным иммунодефицитом. Родственники людей, страдающих меланомой кожи. Больные, длительное время принимавшие гормональные препараты. Лица, пигментные невусы которых постоянно подвергаются механическим травмам. Люди с синдромом династического невуса. Кожный невус размером 1,5 см крупнее визуально у людей с черными или темно-коричневыми невусами. Люди с более чем 50 пигментными невусами на коже любого размера. Женщины в период беременности и лактации входят в группы риска.

Клинические признаки невусной активности: быстрый рост невуса, ранее претерпевший изменения или медленно нарастающий, уплотнение или асимметрия какой-либо части невуса, появление ощущения невуса (покалывание, зуд, жжение, напряжение), любые изменения уровня пигментации (увеличение или уменьшение), появление гиперемированной коронки в районе невуса, выпадение волос с поверхности невуса, появление царапин, папилломатозных наростов, эксплуатация невуса относятся к клиническим признакам.

Профилактика. Сегодня риск заболеть меланомой есть у всех людей. Поэтому необходимо принимать профилактические меры. В первую очередь необходимо периодически проверять изменение количества и вида кожных покровов и планировать свой распорядок дня в летний период, не находиться под солнцем с 12 до 16 часов. Необходимо использовать вещества, защищающие кожу от УФ – А и УФ – И лучей (именно эти лучи считаются опасными в развитии онкопатологии).

Специальные кремы наносятся таким образом, чтобы равномерно защитить кожу, особенно на уши, шею и лицо. При регулярном нахождении под солнцем крем наносят раз в два часа. С защитой 30 SPF можно получить более высокую защиту. Необходимо использовать бальзамы с фактором защиты не ниже 30. Солнцезащитные очки должны обеспечивать поглощение 99% ультрафиолетового излучения, а также защищать кожу вокруг глаз. Подобные меры помогут избежать развития такого заболевания, как меланома сетчатки глаза, лечение которой считается сложным. В целях проведения профилактических осмотров необходимо периодически проходить осмотр дерматолога [86].

Названия предмеланомных заболеваний кожи, Основные клинические признаки, методы первичной диагностики, основные действующие факторы дополнительно приведены в таблице (Приложение 12).

3.5.2. Предраковые заболевания кожи

Доброкачественная опухоль в гистологической классификации опухолей кожи ВОЗ.

Мы сочли целесообразным дать характеристику наиболее важных видов доброкачественных предраковых заболеваний кожи, которые не были выделены в отдельную группу, но для удобства изложения материала. Гистологическая классификация опухолей кожных покровов ВОЗ и соавт. А. П. Шанина, А. К. Апатенко, Ф. И. Вихерта и соавт. Pinkus, W. Fever и G. На основе работ Schaumburgreger мы использовали классификацию предраковых заболеваний и кожных состояний Б. А. Беренбейна (табл.11).

Различают две группы предраковых поражений кожи: облигатную (с высокой вероятностью трансформации в злокачественную) и факультативную (с относительно низкой вероятностью малигнизации). Необходимо отметить, что данное деление достаточно условно. Некоторые специалисты относят облигат к предраковым заболеваниям, другие-к факультативным.

Таблица 11- Классификация предраковых заболеваний кожи

Поврежденный член	Заболевания с высокой вероятностью перерождения в злокачественные (облигатные)	Низкая вероятность перерождения в злокачественную пухоль (факультативная)
Поверхность кожи	1. болезнь Боуэна 2. синонимы пигментной ксеродермы: ретикулярный прогрессирующий меланоз, прогрессирующий ретикулярный Пик меланоз)	1. Кожный рог 2. Старческий мышьяковидный гиперкератоз. 3. Хронические лучевые дерматиты. 4. Сифилисные и туберкулезные поражения кожи 5. Свищи при остеомиелите, трофические язвы длительного пребывания, рубцы после обширных ожогов. 6. Кожные поражения при системной красной волчанке подвергаются малигнизации в 2-4% случаев.

Облигатные предраковые заболевания кожи

Болезнь Боуэна-редкая патология, впервые описанная в 1912 году. Появляется в возрасте 20-80 лет, одинаково диагностируется у мужчин и женщин. Предрасполагающие факторы включают заражение вирусом папилломы человека, контакт с некоторыми токсическими веществами (смола, мышьяк) и ультрафиолетовые лучи. Злокачественное новообразование кожи развивается в любой части тела, чаще всего поражается кожа тела и половых органов. На

начальном этапе граница становится неровной, как пятно. Далее пятно становится узлом с влажной бархатистой поверхностью.

На поверхности узла определяются гипер - и гипопигментированные участки. Иногда поверхность покрыта сухой неровной чешуей, из-за чего образования становятся похожими на псориазный узел. Границы нечеткие, определяется склонность к периферическому росту (рис.21). Связки могут быть единичными или взаимно объединенными во множественном числе. Как правило, течение длительное, сохраняется в течение нескольких лет. При отсутствии лечения предраковое заболевание кожи трансформируется в плоскоклеточный рак. Диагноз устанавливается на основании гистологического исследования. Оперативное удаление, включая здоровые ткани вокруг лечения. В ряде случаев применяют электрокоагуляцию, криодеструкцию или лазерную коагуляцию [87].

Болезнь Педжета-предраковое заболевание кожи, локализующееся в области уретры (грудного отдела). В 20% случаев опухоль локализуется в других областях: на спине, бедрах, промежности или наружных половых органах. В некоторых классификациях рассматривается как вид рака молочной железы (рис.22). У представителей обоих полов диагностируется в возрасте 50-60 лет. У мужчин встречается редко, но протекает в злокачественной форме. На начальном этапе предраковой болезни кожи наблюдается зуд, покалывание, жжение и боль в виде экземоподобного поражения [88].



Рисунок 21- Болезнь Боуэна кожи



Рисунок 22 - Болезнь Педжета

Далее область поражения постепенно увеличивается, на поверхности опухоли появляются чешуйки, язвы. Выявляются выделения, проникающие внутрь уретры. Предраковое заболевание кожи прогрессирует в течение многих лет, постепенно распространяясь на окружающие ткани. Отмечается локальный инфильтративный рост и метастазирование.

Лечение : радикальная резекция молочной железы или методы лечения, такие как мастэктомия с химиотерапией, радиотерапией и гормонотерапией.

Эритроплазия Кейра является формой болезни Боуэна, которая поражает кожу полового члена. Чаще болеют мужчины в возрасте 40-70 лет. Предраковое заболевание кожи имеет форму узелка гладкого красного цвета с влажной бархатистой поверхностью. В течение нескольких лет или десятилетий

наблюдается медленный рост по периферии и, как следствие, перерождение в злокачественную опухоль. Лечение - такие же процедуры, как и при болезни Боуэна [89].

Пигментная ксеродерма-редкое предраковое заболевание кожи, обусловленное наследственностью. Определяется гиперчувствительностью к ультрафиолетовому излучению. Заболевание проходит в три этапа. Первый этап наступает в 2-3 года, обычно в летний период, на фоне инсоляции. На открытых участках кожи ребенка появляются пятна с признаками воспаления, сопровождающиеся предраковыми заболеваниями. Далее вместо этих пятен появляются очаги с неравномерной гиперпигментацией. Каждый эпизод, находящийся под солнцем, характеризуется появлением нового очага воспаления и увеличением гиперпигментации. Симптомы второй стадии выявляются через несколько лет после первых симптомов предракового заболевания кожи. На пораженных участках образуются очаги телеангиэктазий и атрофий. От неравномерных участков пигментации, сосудистых звездочек и очагов атрофии кожи цвет кожи становится пестрым и на поверхности появляются царапины, язвы, чешуйки и бородавчатые наросты. Выявляются патологические изменения хрящевой ткани в виде деформации носа. Обнаруживаются повреждения глаз: кератоконъюнктивиты, потемнение прозрачного слоя, вывих и воспаление век, признаки светобоязни и слезотечения (рис.23).



Рисунок 23 - Ксеродерма пигментная

Третья стадия предраковой болезни возникает в пубертатном или постпубертатном возрасте. На пораженных участках кожи появляются злокачественные и доброкачественные новообразования: ангиомы, кератомы, фибромы, базалиомы, плоскоклеточные злокачественные опухоли, меланомы. Опухоли, особенно образующиеся в области бородавок, протекают в злокачественной форме. Более 60% пациентов не доживают до 15 лет. Причиной смерти является рост местной инфильтративной опухоли и позднеразвитое метастазирование.

Больные с данным предраковым заболеванием должны находиться на 1-2 стадии под диспансерным наблюдением дерматолога. В процессе лечения применяют пероральные препараты, витамины, мази с кортикостероидами и

фотозащитные средства, снижающие чувствительность кожи к ультрафиолетовому излучению. При патологии глаз пациентов направляют к офтальмологу, при появлении новообразований – к онкологу. Тактика лечения опухоли зависит от типа и распространенности онкологического процесса [90].

Факультативные предраковые заболевания кожи:

Кожный рог - предраковое заболевание, вызываемое клетками в верхнем слое эпидермиса. Предрасполагающим фактором являются травмы и длительное воздействие солнечных лучей. Это предраковое заболевание кожи можно диагностировать в любом возрасте. На неизменной поверхности кожи на фоне бородавок развиваются солнечный кератоз, эпидермальный невус, кератоакантомы, СОЗ и туберкулез кожи. Иногда на фоне рака возникают следующие заболевания: саркома Капоши, базалиомы, реже-гранулированные клеточные новообразования и метастазы рака почки (рис.24).

Предраковое заболевание кожи имеет форму рогового образования животного. Длина рога достигает нескольких сантиметров. Со временем длина рога увеличивается, а диаметр не меняется. Малигнизация предраковых заболеваний наблюдается редко. Дифференциальную диагностику проводят при плоскоклеточном раке, кератоакантоме и старческой кератоме. Окончательный диагноз ставится на основании гистологического исследования. Лечение хирургическое, криодеструкция или лазерная деструкция [91].

Старческий кератоз (старческая кератома) – злокачественное новообразование кожи, возникающее у пациентов старше 50 лет (рис.25).

Причина развития неизвестна. Предрасполагающими факторами являются чрезмерная инсоляция, атмосферные воздействия и тонкая сухая кожа. Имеет форму плоских узелков желто-коричневого цвета, размером до 1-2 см, расположенных в области лица, рук, шеи и груди. По внешнему виду напоминает бородавки. Течение этого предракового заболевания длится долго, обычно бессимптомно, пациенты редко могут жаловаться на ощущение зуда. Перерождение в рак встречается редко. Появление воспалений, кровотечений, язв подтверждает начало малигнизации. На начальном этапе применяют кератолитические и фотозащитные средства.



Рисунок 24 - Рога кожи



Рисунок 25 - Старческий кератоз

Лечение: Хирургическое иссечение, лазерная деструкция, криодеструкция [92].

Лучевой кератоз: (актинический кератоз) – предраковое заболевание кожи с низкой способностью превращаться в злокачественную опухоль. Обуславливается чрезмерной инсоляцией. Часто поражаются люди среднего и пожилого возраста с бледной кожей, голубоглазые блондинки. У женщин заболевание диагностируется чаще, чем у мужчин. Поражаются открытые участки кожи. Первоначально на коже появляется желтовато-красное пятно. Через некоторое время покрывается плотно прилегающими хлопьями.

*Лечение-*лазерная резка, криодеструкция, цитостатические мази.

Профессиональные дерматозы- группа факультативных предраковых заболеваний, возникающих в результате длительного контакта с ионизирующими излучениями и некоторыми химическими веществами. Радиационные дерматиты могут развиваться при нахождении в зоне ядерного взрыва и зонах аварии на атомных электростанциях. Благодаря появлению защитных веществ рентгеновские дерматиты сегодня встречаются редко. Хронические химические поражения кожи возникают при контакте кожи с жаром, керосином, анилином, креозотом и другими веществами, образующимися в результате бурения угля и перегонки каменного угля. Лечение профессиональных предраковых заболеваний кожи-общая восстановительная терапия, витамины, средства для улучшения микроциркуляции, гели и мази. После устранения контакта с агрессивным средством все проявления химических дерматитов необходимо устранить. При позднеразвитых лучевых дерматитах с проявлением гиперкератоза показана криодеструкция или хирургическое иссечение поврежденных участков и кожная пластика. Пациентам с химическими и радиационными предраковыми заболеваниями необходимо защититься от травм и сократить время пребывания под солнцем. При лучевых дерматитах тяжелого течения назначается длительное пребывание под наблюдением дерматолога [93].

Профилактика предраковых заболеваний кожи. Снижение воздействия на кожу физических и химических канцерогенов (отказ от чрезмерного солнечного ультрафиолета, курения, ограничение контакта с канцерогенными веществами, попадающими на поверхность кожи). Необходимо периодически применять питательные и солнцезащитные кремы, своевременно лечить предраковые состояния, незаживающие рубцы, соблюдать меры личной гигиены при работе с канцерогенсодержащими веществами. Лица с наследственной предрасположенностью к раку кожи в обязательном порядке должны пройти обследование у онколога [94].

Названия, основные клинические признаки, методы первичной диагностики, основные действующие факторы предраковых заболеваний кожи дополнительно приведены в таблице (Приложение 13).

3.6. Мезотелиома и предраковые заболевания мягких тканей

Согласно определению научного комитета ВОЗ, к опухолям мягких тканей относятся все неэпителиальные опухоли, кроме новообразований ретикуло-эндотелиальной системы и опухолей тканей органов. К ним не относятся мезенхимальные или нейроэктодермальные образования, возникающие в паренхиматозных органах, брюшной полости, грудной клетке и костях. Другими словами, одним из важных критериев, определяющих принадлежность опухоли к мягкой ткани, является ее локализация. К мягким тканям конечностей и тела относятся все анатомические образования, расположенные между кожей и костями скелета-подкожная жировая ткань, рыхлый жировой межмышечный слой, сухожилия, синовиальная ткань, поперечно – продольные и гладкие мышцы, периферические нервные слои.

Кроме того, при развитии опухолей мягких тканей возникает дефект тканей плода:

эктодерма (кожа и ее производные, клетки Шванна);

мезодерма (фиброзная, жировая, мышечная ткань, сосуды, суставы, суставные карманы, слизистые оболочки);

энтодерма, знание эмбриогенеза тканей позволяет определить гистологическую природу опухоли, т. е. в ее структуре, на разных стадиях развития, могут быть выявлены первичные клетки и типы тканей в виде сходного с эмбрионом дефекта [132].

Клинико-морфологическая классификация опухолей мягких тканей, принятая ВОЗ в 1974 году

Мягкие ткани составляют 2/3 массы тела, но частота опухолевых заболеваний не превышает 1-2% от показателя всех злокачественных новообразований. Образования мягких тканей бывают доброкачественными и злокачественными, из них злокачественные опухоли составляют 5-10%. В большинстве случаев встречаются доброкачественные опухоли и опухолевидные процессы. К опухолевидным образованиям мягких тканей относятся: оссиофицирующий миозит, узловатый фасцит, фиброматоз поверхностной ладони (болезнь Леддерхоза с контрактурой Дюпюитрена), экстраабдоминальная десмоидальная ксантома, фиброзная гистоцитома, болезнь Риклилгаузена.

Доброкачественные опухоли включают опухоли из жировой ткани: липома, липобластоматоз, гебернома; из мышечной ткани: рабдомиома, лейомиома; из кровеносных и лимфатических сосудов: капиллярная ангиома, гемангиома (капиллярная, кавернозная), гломангиома (опухоль Барре-Массона), лимфангиома; из соединительной ткани: плотная и мягкая фиброма; из синовиальной ткани (сустава): синовиома; из периферического нерва: невринома, шваннома, нейрофибромы [95].

3.7. Предраковые заболевания молочных желез

Гистологическая классификация доброкачественных опухолей молочной железы(ДОО, 1978-1981): согласно концепции МКБ-10 ДОО данный комплекс

представляет собой комплекс «доброкачественная дисплазия молочной железы» (N.60) и имеет множество синонимов: кистозная мастопатия, фиброзно-кистозная болезнь, фиброаденоматоз, болезнь Реклю, болезнь Шиммельбуша и другие, многие из которых имеют исключительно историческое значение. В нашей стране термины «фиброзно-кистозная мастопатия» и «фиброзно-кистозная болезнь» получили широкое распространение, а «дисплазия молочных желез», будучи сходными с понятием «эпителиальная дисплазия», не получили широкого распространения. Доброкачественная дисплазия предраковых заболеваний ХПН как потенциальный источник занимает одно из центральных мест в маммологии. Спорным является и вопрос о периодичности течения дисгормональной гиперплазии при переходе в СПКН. По мнению многих исследователей, мастопатия развивается в следующей последовательности: масталгия, диффузная мастопатия, узловатая мастопатия, СПКН (В. Ф. Семиглазов, 2001, А. Е. Есенкулов, 1999, О.Г. Горюшина, 2001). Клиническая классификация мастопатии :

1. диффузные типы: с преобладанием железистого компонента (аденоз); с преобладанием фиброзного компонента; с преобладанием кистозного компонента; смешанная форма .

2. узловатые виды выделяют 3 клинические фазы мастопатии:

Масталгия-начальная стадия диффузной мастопатии. Возраст 20-30 лет, менструальный цикл регулярный, но часто сокращается на 21-24 дня, за неделю до наступления менструации молочные железы болят, ткани становятся более чувствительными при пальпации, при этом очаг плотности невозможно пальпировать в молочной железе, после прихода менструации все симптомы исчезают.

Диффузные фиброзно-кистозные мастопатии. Возраст чаще встречается у женщин в возрасте 30-40 лет, клинические признаки: боль в молочных железах, стрессовые факторы, охлаждение, нарушение менструального цикла, половое сношение, рождение ребенка, нарушение лактационной функции, анабес, заболевания щитовидной железы, боль постоянного характера, в течение 2-3 недель до наступления менструации, боль уменьшается или исчезает после наступления менструации, в железах пальпируются многочисленные округлые (кисты) или тянущие (рис. 26) болезненные, плотные очаги. Очаг эластичный, подвижный, не прилипает к коже и окружающим тканям. В дальнейшем из уретры могут выделяться выделения различного характера: выделения молока указывают на нарушения синтеза пролактина, вызванные воспалительным процессом, включающим гуморальные (желтые, коричневые, зеленые) терминальные молочные протоки, серозные или кровянистые выделения обнаруживаются при внутриутробной папилломе или злокачественных новообразованиях [96,97].

Диффузная мастопатия. При выявлении отдельных специфических узлов у больного на общем фоне говорят о узловатой форме мастопатии. Взяв такой узел двумя пальцами, можно четко определить его границы.

Узловатая форма мастопатии. встречается у женщин всех возрастов, но чаще встречается в возрасте 30-40 лет. При обследовании больного в лежачем

положении теряется четкая граница (отрицательный симптом Кенига). При пальпации выявляется железа овальной или округлой формы, плоская, чувствительная, мягкоэластичной консистенции, не прилипающая к коже и окружающим тканям. Киста округлой формы, плотной эластичной консистенции, подвижная. Региональные лимфатические узлы не увеличиваются. Доброкачественные опухоли молочной железы-аденома, внутрикишечная папиллома, фиброаденома, липома.

Аденома-редкая доброкачественная опухоль, выявляется у женщин в возрасте 18-25 лет, с четким пограничным узлом, не связанным с кожей, легко смещается при пальпации. Внутритрубная папиллома (цистаденопапиллома) - доброкачественное новообразование молочной железы, выявляемое в период менопаузы.

К основным клиническим проявлениям заболевания относятся: пальпируемые, болезненные узелки и надрывные выделения кровянистого характера. Располагаются чаще всего в центральной части молочной железы, не имеют связи с ушком, мягкой консистенции, подвижные, не превышают 3 см в диаметре. Фиброаденома - четко пограничный, подвижный, не связанный с окружающими тканями, опухолевый узел. Образование округлой формы, эластичной или плотной эластичной консистенции, симптом Кенига (ладони) положительный. Размер фиброаденомы широкополосный, но часто не превышает 3 см. В большинстве случаев фиброаденомы выявляются в репродуктивном возрасте (16-40 лет). Иногда они могут быстро расти, особенно в период полового созревания или прерывания беременности. Листовидная опухоль (филлоидная фиброаденома) - доброкачественная эпителиальная опухоль соединительной ткани, средний возраст женщин на момент выявления составляет 45 лет. Клинические образования характеризуются длительным течением и внезапным быстрым ростом. При пальпации выявляется узелок с четкой границей, гладкой полициклической поверхностью, консистенция неравномерная-плотные эластичные участки чередуются с участками размягчения и флюктуации. Может малигнизировать в саркому.

Внутрипротоковая папиллома молочной железы

Внутрипротоковая папиллома (папиллярные цистаденомы, цистаденопапилломы) доброкачественные сосочковидные наросты, образованные эпителием протоков молочной железы. Они могут развиваться в любом возрасте-от пубертатного периода до постменопаузы. Частота выявления цистаденопапиллом в маммологии составляет около 10% от общего числа опухолевидных заболеваний молочных желез (рис.27).

Внутримышечная папиллома макроскопической молочной железы имеет форму кистозного образования с сосцевидными отростками. Папилломы легко травмируются и выделяющаяся кровянистая жидкость попадает в выходную трубку и выходит наружу через отверстие. В районе опухоли могут быть кровоизлияния и некрозы, чаще всего множественная форма внутрикишечной папилломы молочной железы перерастает в злокачественную.

Формирование групп опасности и тактика их проведения

К факторам риска по возникновению рака молочной железы относятся: раннее начало менструации (до 12 лет); позднее прекращение менструации (свыше 50 лет); нарушения менструальной функции (нерегулярные, сильные кровотечения, болезненные менструации, отсутствие овуляции); нарушения полового развития-отсутствие, позднее начало, фригидность, нефизиологическое предохранение от беременности (использование презервативов, выведение спермы за пределы полового органа, опрыскивание).

А также нарушения детородной деятельности (бесплодие, частые аборты, отсутствие родов, поздние первые роды (старше 30 лет) или поздние роды(старше 40 лет)); воспалительные или гиперплазионные процессы придатков матки (хронические аднекситы, киста анабеца, фибромиома матки, эндометриоз); нарушения детоксикационной деятельности и заболевания печени; онкологическая наследственность со стороны матери; наличие мастопатии; применение заместительной гормонотерапии в период менопаузы более 5 лет; гипертоническая болезнь, ожирение, атеросклероз, сочетание сахарного диабета; полученные травмы, маститы; заболевания щитовидной железы (гипотиреоз)-вышеперечисленные факторы составляют группы риска.



Рисунок 26 - Диффузный фиброз Рисунок 27- Внутрипротоковая кистозная мастопатия
мастопатия папилома молочной железы

К «группе риска» возникновения рака молочной железы относятся женщины с 5 и более симптомами. Женщинам группы риска необходимо провести клиническое обследование, УЗИ, маммографию, цитологическое и гистологическое обследование по необходимости. Выявление предраковых заболеваний молочных желез (в узловой форме – хирургическое лечение, в диффузной – консервативное) и дальнейшее наблюдение 2 раза в год. При обнаружении рака женщину направляют к онкологу. Если патология не выявлена, необходимо 2 раза в год находиться под диспансерным наблюдением у

маммолога, женщинам до 40 лет – проводить УЗИ 1 раз в год, старше 40 лет – маммографию 1 раз в год.

Диспансеризация. Оптимальная частота обследования пациентов группы риска при диффузной форме дисгормонных заболеваний - 6 месяцев; при узловой форме (в случае отказа от оперативного лечения) – 3 месяца; при наличии фактора опасности, но отсутствии клинических признаков заболевания: до 40 лет – 24 месяца, после 40 лет – 12 месяцев. Периодичность обследования здоровых женщин-1 раз в год.

Профилактика. Профилактика предраковых заболеваний молочных желез заключается в том, что при изучении этиологических факторов и факторов риска необходимо предотвратить заболевание, охрана окружающей среды, снижение воздействия канцерогенов на организм человека, формирование семейной жизни, регулярная половая жизнь, своевременное осуществление детородной деятельности, грудное вскармливание ребенка [98,99].

Названия предраковых заболеваний молочной железы, основные клинические признаки, методы первичной диагностики, основные действующие факторы дополнительно приведены в таблице (Приложение 14).

3.8. Предраковые заболевания женских половых органов

3.8.1. Предраковые заболевания наружных половых органов у женщин.

Заболевание чаще всего встречается в период менопаузы и характеризуется атрофией подкожной клетчатки кожи, слизистых оболочек и большого, малого полового члена, которая развивается постепенно. В основе крауроза и лейкоплакии лежат обмен веществ и нейроэндокринные процессы.

Крауроз. Наблюдаются выраженные атрофические процессы. Постепенно кожа половых губ сокращается, начинается атрофия слизистой оболочки, сужаются влагалищные ходы (рис.28). Процесс характеризуется сильным зудом, затрудненным мочеиспусканием, невозможностью половой жизни [100].

Лейкоплакии. При этом заболевании дистрофические изменения слизистой оболочки характеризуются отслоением эпителия и образованием на наружных половых органах сухих белых бугорков различного размера.

Кроме вульвы, лейкоплакия также локализуется в слизистой оболочке влагалища и шейки матки (рис.29). Совместная встреча крауроза и лейкоплакии требует повышенного внимания и своевременного комплексного лечения, так как велик риск малигнизации. Обследование больных обязательно предусматривает проведение кольпоскопии и биопсии [101].



Рисунок 28 - Крауроз больших и малых половых губ

Остроконечная кандилома. Это небольшие наросты, такие как телесные узелки или соски на коже и слизистых оболочках. Чаще встречается на наружных половых органах, вблизи заднего отверстия (перианальная область), реже - в ротовой полости и гортани. Кандиломы могут быть единичными и встречаться на поверхности кожи или слизистых оболочках, а также во множественном числе (кондиломатоз), похожие на цветную капусту.

Заражение вирусом папилломы человека (ВПЧ) приводит к образованию остроконечных кандилом (рис.30). Вирус папилломы человека в настоящее время относится к одной из наиболее распространенных инфекций, распространяющихся половым путем. В большинстве случаев перенос вируса (присутствие вируса в организме человека) протекает бессимптомно, т. е. не дает никакой клинической картины. *Симптомы острой остроконечной кандиломы.* Кандиломы (папилломы) - образование мелких наростов в виде сосков или узелков на наружных половых органах, внутренней поверхности бедра, поверхности кожи вокруг заднего отверстия. *Осложнения и последствия.* При определенных условиях (снижение местного и общего иммунитета, поражение инфекциями, передающимися через половые пути) остроконечные кандиломы разрастаются и увеличиваются в объеме, вследствие чего снижаются качество жизни человека за счет усложнения полового акта.

При этом вследствие длительной механической травмы кандиломы могут воспаляться (гноиться), язвиться (на их месте образуются язвы). Редко приводит к раку [137].

К предраковым заболеваниям вульвы относятся :лейко- и эритроплакия. *Лейкоплакия влагалища*-бледная роговица или узелок, иногда в виде папилломы, вызывается отслоением многослойного плоского эпителия. Для эритроплакии характерно явление отшелушивания и истончения поверхностных слоев эпителия.



Рисунок 29 - Лейкоплакия большой и малой губы



Рисунок 30 - Остроконечная кандилома женских половых губ

Эритроплакия имеет четкую границу, поверхность блестящая, проявляется в виде беловато-красных пятен, при поражении быстро кровоточит. Для диагностики необходимо провести биопсию. Среди методов лечения наиболее эффективными считаются криотерапия или хирургические вмешательства. Женщинам с предраковыми заболеваниями наружных половых органов и влагалища необходимо находиться под диспансерным наблюдением и посещать женский консультационный центр 1 раз в 3-6 месяцев.

Лечение больных: должно быть комплексным, включать общеукрепляющую терапию, диету, седативные препараты, местное применение эстрогенсодержащих мазей, новокаиновые блокады, гелий – неоновый лазер, симптоматическую терапию и другие. В случае неэффективности проведенного лечения проводится хирургическое лечение.

Профилактика: лучший способ снизить вероятность возникновения предраковых заболеваний влагалища-это устранить факторы риска. Как уже упоминалось ранее, снижение вероятности заражения вирусом папилломы человека, отказ от половых контактов с различными партнерами в раннем возрасте, отказ от курения способствуют снижению появления рака влагалища.

Рекомендации: все женщины должны участвовать в скрининге через 3 года после начала половой жизни (но не позже 21 года). Скрининг (забор мазка из влагалища с микроскопическим исследованием) проводится ежегодно. Начиная с 30 лет, при наличии нормальных показателей вагинальной мази 3 и выше скрининг проводится 1 раз в 2-3 года. Женщинам в возрасте 70 лет и старше можно отказаться от дальнейшего скрининга (кроме женщин, перенесших рак шейки матки, инфекцию, вызванную вирусом папилломы человека и имеющих сниженную иммунную систему). Женщины, которым удалили шейку матки и матку, не участвуют в скрининге. В случае сохранения шейки матки после операции необходимо строго соблюдать вышеуказанные инструкции [102]. Названия, основные клинические признаки, методы первичной диагностики, основные влияющие факторы предраковых заболеваний малого и старшего возраста женщины дополнительно представлены в таблице (Приложение 15).

3.8.2. Предраковые заболевания шейки матки

По клинико-морфологической классификации И.А.Яковлевой и Б.Г.Кукутэ (1977) заболевания шейки матки условно классифицируются на фоновые процессы и предраковые состояния.

К фоновым процессам относятся: эрозия шейки матки (эктопия, псевдоэрозия); лейкоплакия; полипы шейки матки, плоские кандиломы.

Предраковые процессы-дисплазия (слабая, средняя, тяжелая).

Таблица 12 - Классификация предраковых заболеваний шейки матки

Поврежденный организм	Предраковые заболевания	Фоновые заболевания
Шейка матки.	1. Дисплазия: (CIN1)- слабая, (CIN 2)- средняя (CIN 3)- тяжелая. 2. Преинвазивный рак (Ca in situ, внутриэпителиальный рак). 3. Микроинвазивный рак.	1. Сильная эрозия 2. Псевдоэрозия. 3. Папиллома. 4. Полип цервикального стержня 5. Эритроплакия. 6. Цервикоз. 7. Лейкоплакия. 8. хронический эндоцервицит. 9. Эндометриоз. 10. Эктропион Эрозированный.

Факторы риска развития патологии шейки матки:

1. поражение шейки матки при родах и абортах, приводящее к нарушению трофики и иннервации тканей; 2. хронические воспалительные процессы, приводящие к дегенеративным изменениям тканей; 3. гормональные нарушения, приводящие к гиперэстрогении; 4. раннее начало половой жизни; 5. инфекционные заболевания половых органов, вызванные вирусом герпеса второго серотипа и вирусом папилломы человека; 6. трихомонадная инфекция (трихомонады относятся к вирусоносителям); 7. хламидиоз; 8. наследственный фактор (по сравнению с общей популяцией женщин частота развития предраковых заболеваний и злокачественных новообразований в 1,6 раза выше).

Фоновые заболевания шейки матки:

Истинная эрозия-дефект многослойного эпителия в влажной части шейки матки. Считается, что в результате механической травмы в результате воспалительного процесса образуются истинные эрозии, которые распадаются вместе с нижележащей мембраной, что приводит к некробиозу многослойного плоского эпителия влагалища в кислой среде (рис.31), но из-за частичного сохранения базального слоя клеток процесс заживления происходит быстрее.

Истинная эрозия не имеет специальной клиники, поэтому пациенты часто не обращаются к врачу. Белые менструальные или другие патологические выделения, зуд, дифференциальная диагностика при экзоцервиците, кольпите. Истинная эрозия

бывает от 2-3 дней до 1-2 недель и выявляется в виде эктоцервикса ярко-красного цвета, неправильной формы, не покрытого эпителием, диагностируется при кольпоскопии. Дно имеет форму опухшей соединительной ткани с субэпителиальными сосудами [103].

Эктопия шейки матки (Псевдоэрозия) – смещение цилиндрического эпителия в влагалищную часть шейки матки. Отечественные клиницисты долгое время использовали термин «псевдоэрозия» для обозначения эктопии. Различают врожденную и приобретенную эктопию (псевдоэрозию).

Эктопия развивается двумя способами:

1. В случае дефекта плоского эпителия (истинная эрозия) происходит его обмен из цервикального канала шейки матки с однослойным цилиндрическим эпителием.

2. Эктопия может возникнуть вследствие превращения плоского эпителия из резервных клеток в цилиндрический эпителий (основной путь развития эктопии).

- Резервные клетки обладают бипотентным действием, то есть могут способствовать формированию цилиндрического и многослойного плоского эпителия.

- Процесс превращения резервных клеток в плоский эпителий называется метаплазией.

- Плоскоклеточная метаплазия обусловлена пролиферацией резервных клеток, последняя относится к фактору развития нормального эпителия и трансформации в злокачественную опухоль.

- При пролиферации клеток нарушается их дифференцировка, что приводит к формированию дисплазии – предракового состояния.

Макроскопическая характеристика псевдоэрозии: расположение вне шейки матки; ярко-красного цвета; поверхность бархатистая или зернистая; различной формы и объема, что обусловлено длительным течением и выраженностью патологического процесса (рис.32). Тактика ведения больных с эктопией должна быть индивидуальной, при неосложненной псевдоэрозии возможно своевременное кольпоскопическое и цитологическое наблюдение. При лечении эктопии применяют криодеструкцию, лазерокоагуляцию, радиохирургическое воздействие (сургитрон), диатермоэлектрокоагуляцию. Применение химической коагуляции ограничено (солкогин).

При псевдоэрозии применяют после биопсии-диатермокоагуляцию или диатермоэксцизию шейки матки, лазертерапию. Для выжигания псевдоэрозии можно использовать ватный тампон, смоченный ваготилом, 2-3 раза в неделю накладывать на шейку матки на 1-3 минуты (всего 5-10 снимков); остатки препарата удаляют из влагалища сухим ватным тампоном. Пациентам с выраженными анатомическими изменениями шейки матки (старые рубцы, эктропион и другие) проводится хирургическое лечение (клиновидная или высокая ампутация шейки матки) [104].

Полип шейки матки-это эпителиальные, соединительнотканые наросты, выступающие в отверстие цервикального канала или за его пределы, очаговая пролиферация соединительной ткани эндоцервикса.



Рисунок 31- Псевдоэрозия шейки матки Рисунок 32 – Эрозия шейки матки

Различают железистые (покрытые однорядным цилиндрическим эпителием) и эпидермисные (метапластический многослойный эпителий) полипы (рис.33).

Полипы ярко-красного цвета, овальной или листовидной формы, выражены в виде свисающих снаружи от шейки матки образований. Появление полипа обусловлено гормональными нарушениями и воспалительными процессами.



Рисунок 33- Полип шейки матки

Форма полипов округлая, частичное строение встречается редко, а поверхность гладкая. Цвет полипа зависит от окаймленного эпителия. Если на поверхности расположен цилиндрический эпителий, то из-за проявления системы сосудов под ним цвет полипа становится беловато-красным. Если полип покрыт плоским многослойным эпителием, он имеет серый цвет.

Полипы встречаются у 5-11% больных, в возрасте 40 лет и старше. Чаще всего встречаются единичные виды. Множественное число, называемое полипозом, встречается редко. Они имеют разный объем и форму, поверхность гладкая, мягкой консистенции, цвет темно-красный, при нарушении кровообращения- темно-фиолетовый. Основание (ножка) полипа тонкое или широкое, располагается в центре цервикального канала или в верхней трети.

Полип, окаймленный цилиндрическим эпителием, называется железистым, окаймленным многослойным эпителием-эпидермизированным (последний часто подвергается малигнизации).

При полипах нижней трети полости матки и полипах эндометрия больших размеров необходимо проводить дифференциальную диагностику, поэтому полипэктомия проводится под контролем гистероцервикоскопии. Современная ультразвуковая аппаратура, позволяет диагностировать мелкие полипы, не выходя из наружной матки наружу. Они присутствуют в цервикальном канале в виде высоко или умеренно экзогенных соединений.

Макроскопическая характеристика полипа:

1. Образование беловато-красного или красного цвета от 2 мм до 40 мм;
2. Форма овальная или круглая;
3. Поверхность гладкая;
4. Может провисать во влагалище на тонкой ножке.

По гистологическому строению полипы могут быть:

Железистый; Фиброзный; Аденоматозный.

После установления диагноза, независимо от возраста пациента, на слизистой оболочке цервикального канала проводится тщательное удаление и полипэктомия или коагуляция под эндоскопическим контролем [105].

Папиллома шейки матки. Папиллома-относительно редкая форма поражения шейки матки, характеризующаяся очаговыми разрастаниями стромы и отслаиванием многослойного эпителия. Важную роль в их возникновении играют вирусные инфекции и хламидиоз.

Во влагалищной части обнаруживаются папилломатозные наросты в виде розеток, внешний вид которых напоминает экзофитный тип рака. Папиллома беловато-красная или белая, четко ограниченная окружающими тканями.

При кольпоскопическом исследовании на его поверхности выявляется большой объем сосудов, похожих на ветви деревьев; при нанесении раствора Люголя на поверхность папилломы вокруг нее определяется ободок, дающий положительный результат на йод.

Папилломы относительно часто становятся злокачественными. Морфологические исследования позволяют поставить правильный диагноз. Патанатомическая цитологическая картина фоновых процессов отсутствует. При истинной эрозии на цитограмме наблюдаются воспалительные элементы или при исследовании копий поверхности псевдоэрозии выявляются нормально и реактивно измененные фрагменты железистого эпителия, метаплазированные клетки зрелого многослойного плоского эпителия на разных уровнях. У больных с простой лейкоплакией (без атипии) в цитологических препаратах обнаруживаются многослойные плоские эпителиальные, часто безъядерные, слоистые клетки. Макроскопически имеет форму бородавчатых наростов беловато-красного или бледного цвета.

Лейкоплакии. Поскольку вопросы о принадлежности к доброкачественной или злокачественной опухоли по течению лейкоплакии до сих

пор не выяснены, патогенез занимает особое место в структуре заболеваний шейки матки (рис.34).

С современной точки зрения лейкоплакия шейки матки относится к полиэтиологическому заболеванию и на ее образование влияет множество предрасполагающих факторов, таких как перенесенные ранее инфекционные заболевания, нарушение иммунного статуса, гормонального гомеостаза, травматическое повреждение шейки матки в результате родов, абортов, неправильное и неадекватное лечение патологии шейки матки и др.

Термин Лейкоплакия, в переводе с греческого означает «белый узелок», был впервые предложен Швиммером в 1887 году и используется до настоящего времени. При изучении этиологии лейкоплакии шейки матки принято различать следующие группы факторов:

Эндогенные (нарушения гормонального гомеостаза, изменение иммунного статуса);

Экзогенные (инфекционные, химические травмы).

В 60-70-е годы нашего столетия начала развиваться теория гормонального генеза заболеваний шейного фона и лейкоплакии. В результате функциональных нарушений в системе гипоталамус – гипофиз-анабез-матка нарушается процесс овуляции. В результате ановуляции развивается относительная или абсолютная гиперэстрогения и прогестероновая недостаточность, приводящая к развитию гиперплазимальных процессов в органах-мишенях [106].



Рисунок 34 - Лейкоплакия шейки матки

К развитию лейкоплакии шейки матки, по типу олигоменореи, в 35,5% приводит воспалительный процесс ранее заболевшей матки и ее производных у женщин репродуктивного возраста на фоне нарушения менструальной функции, а 64,5%-по неполной лютеиновой фазе цикла. По данным Новиковой М. Ю. (1996), у пациентов с лейкоплакией шейки матки нарушена функция системы гипофиз-анабеза. Интенсивная менструация характеризуется повышением среднего показателя ФСГ, снижением соотношения ЛГ\ФСГ, снижением секреции эстрадиола и прогестерона. У пациентов с олигоменореей-увеличение показателя

среды в соотношении ЛГ, ФСГ, ПРЛ, ЛГ\ФСГ, снижение уровня эстрадиола и прогестерона.

Клинические нарушения секреции гормона определяются развитием олигоменореи или лютеиновой фазы неполного цикла. Большое значение в развитии лейкоплакии шейки матки имеет химическое и травматическое воздействие. Более 1\3 пациентов с лейкоплакией шейки матки, получавших интенсивное и неадекватное медикаментозное лечение с псевдоэрозией шейки матки, 33% пациентов ранее проводили диатермокоагуляцию в анамнезе при клинически выраженной лейкоплакии.

В связи с этим к группам риска по возникновению лейкоплакии шейки матки необходимо отнести больных с нарушением менструального цикла, воспалительными процессами половых органов, с рецидивирующей псевдоэрозией шейки матки в анамнезе.

Клиника и диагностика лейкоплакии шейки матки. Большое значение имеют данные клинического обследования. При анализе данных из анамнеза особое внимание уделяется менструальной функции (возраст начала менархе, продолжительность периода формирования менструальной функции, интенсивность менструации и т.д.), наличию и исходу беременности, наличию в анамнезе псевдоэрозии шейки матки, характеру и эффективности проводимой терапии, длительности заболевания лейкоплакией шейки матки.

Обращает на себя внимание и симптоматика течения болезни, и отсутствие специфических жалоб. Женщины жалуются на незначительные или обильные белые менструации и непрямые кровянистые выделения (28,6%), что должно вызвать подозрение у клинициста на малигнизацию.

Комплексное обследование при лейкоплакии шейки матки должно состоять из клинических, кольпоскопических, цитологических, морфологических и бактериоскопических, бактериологических методов. Кольпоскопические и морфологические методы считаются информативными.

В настоящее время одним из основных методов исследования шейки матки является расширенная кольпоскопия.

Профилактика лейкоплакии шейки матки. Принципы профилактики лейкоплакии шейки матки включают рациональное лечение процессов шейного фона, устранение эктоцервиксотравматического действия диатермокоагуляции и химических коагулянтов и современное лечение воспалительных процессов половых путей и нарушений менструального цикла. Пациенты с диатермокоагуляцией и химическими коагулянтами на шейку матки нуждаются в динамическом ежемесячном кольпоскопическом наблюдении, особенно через год после локального воздействия на шейку матки [107].

Эритроплакия-в переводе с греческого «красное пятно». Поражение слизистой оболочки влагалищной части шейки матки характеризуется атрофией поверхностных слоев эпителия и сопровождается сохранением нормального эпителиального покрытия прилегающих частей эктоцервикса, резким истончением до нескольких слоев (без промежуточных клеток), процессом

дискератоза и локальной атрофии многослойного плоского эпителия. Очаги эритроплакии определяются красным пятном на эктоцервиксе, что обусловлено проявлением сосудов стромы через истонченный эпителий. До настоящего времени этиология, патогенез и прогноз этой редкой патологии точно не изучены (рис.35).

Симптоматика. Может отсутствовать, иногда наблюдается белая менструация или кровотечение при прикосновении. Эритроплакия часто сопровождается кольпитом и цервицитом. При осмотре шейки матки с помощью вагинального зеркала эритроплакия располагается в виде небольших очагов ярко-красного или темного цвета, имеющих одиночную, неправильную или округлую форму, выступающих с поверхности слизистой оболочки. При кольпоскопии вблизи очагов эритроплакии выявляется истончение плоского эпителия, при котором видны расположенные под ним ткани; при обработке 3% раствором уксусной кислоты очаги осветляются, не окрашиваются раствором Люголя. Эритроплакия, сопровождающаяся атипичной гиперплазией клеток базального слоя, относится к опухолевидным заболеваниям.

Лечение. Необходимо обязательно устранить воспалительный процесс. При атипичной гиперплазии клеток базального слоя назначается лазерная терапия, диатермокоагуляция или диатермоэксцизия (иссечение пораженного очага с помощью электровспышек) и применяется криохирургическое лечение. [108].



Рисунок 35 - Шейная эритроплакия

Эктропион шейки матки. Заболевание шейки матки, такое как эктропион шейки матки, часто диагностируется у женщин разного возраста. Это аномальный выворот внутренней слизистой оболочки шейки матки наружу. При макроскопическом осмотре на деформированной шейке матки снаружи полости видны красные очаги (цилиндрический эпителий цервикального канала) иногда с зоной трансформации цилиндрического эпителия ярко-красного или красного цвета эндоцервикса (рис.36). *Диагностика заболевания.* Диагностика эктропиона шейки матки проводится на основании расширенной кольпоскопии шейки матки.

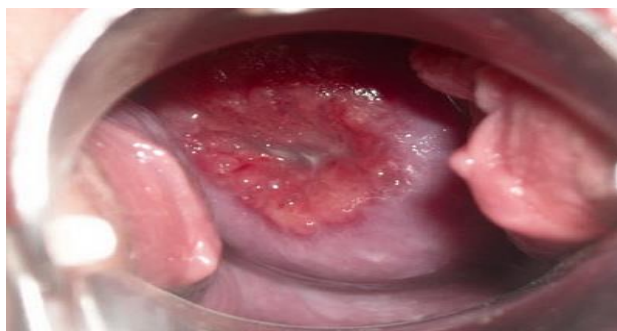


Рисунок 36 - Эктропион шейки матки

Методы лечения эктропиона шейки матки. Поскольку для лечения эктропиона требуется восстановление трофики шейки матки, основной способ устранения патологии-удаление деформированных тканей. Оперативное лечение снижает риск возникновения предраковых состояний эндоцервикса. Профилактические меры. Своевременное выявление изменений в структуре ткани позволяет наблюдать ранние признаки предраковых заболеваний и, соответственно, своевременно принимать меры и предотвращать сложную диагностику, что обеспечивается периодическими гинекологическими осмотрами женщин [109].

Эндометриоз шейки матки. В последнее время наблюдается учащение шейного эндометриоза. Шейный эндометриоз встречается в любом возрасте, но чаще встречается у молодых женщин. До настоящего времени точно не известна причина возникновения (рис.37).

Чаще всего эндометриоз шейки матки наблюдается после диатермокоагуляции (выполненной без учета менструального цикла), после пластических операций на шейке матки, ампутации матки над влагалищем (проведенной по причине миомы матки без учета соединения с аденомиозом) и родов. Образование голубоватого или темно-синего цвета. Иногда в предменструальный период содержимое этих кист выходит наружу как отделяемое шоколадного цвета.



Рисунок 37 - Эндометриоз шейки матки

В некоторых случаях женщины не предъявляют никаких жалоб, но диагноз эндометриоз устанавливается на осмотре гинеколога во время кольпоскопии. А в некоторых случаях первая жалоба пациента характеризуется наличием таких выделений, как «мазь» до или после менструации.

Если эндометриоз локализуется только во влагалищной части шейки матки, то болевого синдрома нет.

Диагноз. При визуальном осмотре ставят на основании кольпоскопии и гистологического обследования удаленного препарата. При шейном эндометриозе необходимо проведение дополнительных методов обследования: УЗИ органов малого таза, гистероскопия – для выявления дополнительных очагов другой локализации [110].

Дисплазия шейки матки. Предраковые состояния включают эпителиальную дисплазию (CIN или плоскоклеточные интраэпителиальные поражения (ВМС), предшествующие инвазивной ВМС (рак шейки матки). Синонимы дисплазии шейки матки-цервикальная интраэпителиальная неоплазия (ЦИН), плоскоклеточные интраэпителиальные поражения (ЖИЗ). Код по МКБ-10 N87 дисплазия шейки матки. По данным ВОЗ, Распространенность CIN I степени в мире составляет 30 млн. случаев, а CIN II – III степени-10 млн. средний возраст больных CIN-34,5-34,7 лет. Чаще всего диагностируется CIN II степени. Частота обмена CIS (carcinoma in situ - внутриклеточный рак) CIN колеблется от 40 до 64% (рис.38).

Профилактика. Вакцинация женщин из группы риска по ВМП против высоконкогенной формы ВПЧ (вируса папилломы человека).

Применение защитных методов контрацепции. Ранняя диагностика и рациональное лечение фоновых заболеваний шейки матки, обязательная консультация половых органов женщин из группы риска, своевременная диагностика и лечение инфекционных и вирусных заболеваний половых органов ИППП (инфекции, передаваемые половым путем). Отказ от курения. Скрининг авторитетных организаций по борьбе с ВСМД (ВОЗ, ACOG, AGS), может дать конкретные рекомендации относительно начала скрининга ВСМД.Начиная с 18 лет или первого года первого полового акта, женщины должны ежегодно проходить гинекологическое обследование, включая Паптест.



Рисунок 38 - Дисплазия шейки матки

В дальнейшем, при трех и более отрицательных результатах паптеста, цитологический скрининг можно проводить редко (1 раз в 2-3 года), эффективность включения идентификации ВПЧ в программу скрининга ВСМП до сих пор не установлена. Массовое проведение ПЦР-диагностики ВПЧ 16-го и 18-го типов будет более экономичным, чем цитологический скрининг. С возрастом прогнозируемость ВПЧ-тестирования увеличивается, а ценность цитологического метода снижается. Наличие онкогенного типа ВПЧ у женщин старше 35 лет свидетельствует о высокой опасности возникновения стойкой инфекции и CIN III.

Тактика ведения пациентов. ЦИН I-II: при выявлении ЦИН III необходимо проводить лечебные мероприятия без опоздания, больному необходима консультация онкогинеколога. ЦИН I :необходимо проводить дальнейшее наблюдение за пациентами (обследования, состоящие из кольпоскопии и цитологического обследования) каждые 6 месяцев в течение 2 лет. После деструктивных методов и хирургического лечения осмотр шейки матки и кольпоскопию проводят каждые 6-8 недель. Дальнейшее наблюдение за больными, пролеченными по причине ЦИН II –III (обследования, состоящие из кольпоскопии и цитологического обследования), целесообразно проводить 1 раз в 3 месяца в первый год и 2 раза в последующий год; в случае пролеченных по причине ЦИН I - каждые 6 месяцев в течение 2 лет. При эффективных методах лечения, удовлетворительном результате кольпоскопии и цитологического исследования, отрицательном результате ВПЧ-теста пациента можно перевести в более простой порядок скрининга.

Профилактика. Диспансерное наблюдение после лечения фоновых заболеваний проводится в течение года в женском консультативном центре. У опытного врача, исходя из достижений доказательной медицины, возникает необходимость совершенствовать свои знания в рамках современных технологий и индивидуальных способов ведения больного.

Профилактика ИППП и других инфекций, передающихся половым путем, должна состоять из следующего комплекса мер:

1. Выявление и устранение фактора опасности распространения инфекции;
2. Отказ от курения и других вредных привычек, пропаганда защитной контрацепции;
3. Раннее выявление ИБС и предраковых заболеваний с помощью цитологических и других методов исследования;
4. Своевременное лечение и дальнейшее наблюдение;
5. Широкое внедрение лицензированных профилактических вакцин .

Диспансерное наблюдение. После проведения лечения заболевания шейки матки женщины должны находиться на диспансерном учете в течение года. Срок проверки 1 -месяц, 3 - месяц, 6 - месяц и 1 год. В случае замены необходимо снять с учета.

После лечения предраковых процессов (дисплазия плоского эпителия различной степени выраженности) диспансерное наблюдение может проводиться в течение 2 лет. Для оценки эффективности проведенного лечения, онкологического обследования необходимо не только получить мазок из шейки матки, но и провести гистологическое исследование биопсийного материала через 1 и 2 года после кольпоскопии и лечения в динамике. При подозрении на прогрессирование дисплазионного процесса или его переходе в интраэпителиальный рак биопсия должна быть проведена в другие необходимые сроки.

Выписанные больные, как и другие женщины, должны ежегодно проходить зеркальное исследование шейки матки и гинекологическое обследование, взятие мазков, простую и расширенную кольпоскопию или пробу Шиллера.

Профилактика. Правильная организация санитарно-просветительной работы, разъясняющая цель и значение обследования, повышение заинтересованности каждой женщины и необходимость своевременного обращения к врачу при появлении симптомов, вызывающих рак, не менее важны, чем проведение обследования [111,112].

Наименования, основные клинические признаки, методы первичной диагностики, основные действующие факторы предраковых заболеваний РШМ дополнительно приведены в таблице (Приложение 16).

3.8.3. Предраковые заболевания тела матки

Классификация патологии эндометрия (Я. Б. Бохман, 1989):

I. фоновые процессы: а) железистая гиперплазия эндометрия - выраженная пролиферация желез и стромы эндометрия с кистой (при железисто-кистозной гиперплазии) или их отсутствие (при железистой гиперплазии).

б) эндометриальные полипы.

Предраковые заболевания: атипичная гиперплазия - развивается в базальном, функциональном или обоих слоях эндометрии, характеризуется выраженной активностью пролиферативных процессов эпителия; встречается не только в утолщенном (гиперплазированном) эндометрии, но и в истонченном (атрофированном) эндометрии (Приложение 17). В этиопатогенезе фоновых и предраковых процессов эндометрия-нейроэндокринная патология у женщин (табл. 13).

Таблица 13 - Классификация патологии эндометрия (Я. Б. Бохман, 1989).

Пораженный организм	Фоновые заболевания	Предраковые заболевания
1. Тело матки.	1. Железистая гиперплазия эндометрия. 2. Эндометриальные полипы. 3. Пузырчатка. 4. Доброкачественные опухоли Анабеца.	1. Атипичная гиперплазия эндометрия (аденоматоз).

Риск гиперплазии эндометрия. Гиперплазионные процессы эндометрия различают по возрасту, наличию сопутствующего заболевания и особенностям этиологии и патогенеза: симптомы нарушения менструальной функции (по типу ВКП) и метаболических процессов; частое сочетание миомы матки, мастопатии, анабеца с склерополикистозом и другими заболеваниями; наблюдается у женщин, получавших эстроген в постменопаузе с целью замещения.

Диагностика. На основе результатов клинических определений и вспомогательных методов исследования: гистологическое исследование соскоба эндометрия перед ожидаемой менструацией; цитологическое исследование эндометрия, полученного с помощью аспирации; ультразвуковое исследование; гистероскопия матки; радиоизотопное исследование - оценка уровня всасывания ткани радиоактивного препарата в зависимости от активности пролиферационного процесса.

Основные этапы лечения: 1. удаление эндометрия, помимо диагностической цели, имеет терапевтическую эффективность, так как в ряде случаев после него наблюдается выздоровление от патологического процесса; проводится с помощью гистероскопии, позволяющей провести эту манипуляцию тщательно, а при необходимости - взятие порций эндометрия из различных частей внутренней стенки матки для гистологического исследования, проводится целевая биопсия [113].

2. регуляция метаболических, иммунных нарушений, устранение патологических симптомов (утечка крови из матки) и лечение сопутствующей патологии (воспалительные заболевания половых органов, соматические экстрагенитальные заболевания).

а) прекращение кровотока из матки путем соскабливания эндометрия, амплипульстерапия, магнитотерапия, при необходимости-гормональный гемостаз.

б) диетотерапия при ожирении, ЛФК, бальнеотерапия, прогулки на свежем воздухе, специальная диета для регуляции углеводного обмена, включая медикаменты, инсулин).

3. гормональная терапия считается основным этапом в лечении гиперплазимальных процессов эндометрия, предусматривает подавление и ингибирование пролиферации эндометрия и регуляцию эндокринных нарушений (торможение избыточного количества гонадотропина в гипофизе и повышение стероидогенеза в анабесе)

а) прием эстроген-гестагенных (двух-трехфазных) препаратов в течение 2-3 месяцев с 5-го по 25-й день цикла при лечении гиперплазимальных процессов эндометрия у девочек с Юк (Ювенильное маточное кровотечение) с заменой циклической терапией (эстрогены 1-й и гестагены 2-й фазы в течение 2-3 месяцев); для создания двухфазного цикла применяются методы стимуляции овуляции кломифеном .

б) при железисто-кистозной гиперплазии эндометрия у женщин репродуктивного возраста эстроген-гестагенные соединения принимают в течение 3-6 месяцев с 5-го по 25-й день цикла; гестагены принимают по 1 таблетке (норколут) от 14 дней во второй фазе цикла или 16-21 день цикла 17-ОПК; кломифен по традиционной схеме для формирования двухфазного цикла с овуляцией цитрата.

в) прием больших количеств гестагенов в непрерывном режиме при атипичной гиперплазии в течение длительного времени.

г) при гиперплазионных процессах эндометрия в предменопаузальный период могут быть назначены гестагены или андрогены. При гормональном лечении обязательно проводится контрольное обследование: УЗИ в динамике каждые 2-3 месяца, биопсия и гистероскопия эндометрия , биопсия эндометрия проводится 1 раз в 3 месяца; коагулограмма 1-2 раза в месяц.

4. хирургические методы лечения (криодеструкция, лазерная абляция, удаление матки). При наличии двойной патологии показано удаление матки (Миома матки, хронические воспалительные заболевания придатков матки, эндометриоз, склерополикистоз анабеса), особенно у женщин в пременопаузальный период. Предраковая (атипичная гиперплазия эндометрия) становится показанием к хирургическому лечению у женщин детородного возраста.

5. проведение мероприятий по профилактике и своевременной диагностике рецидивов патологии эндометрия [114].

Полипы эндометрия. Базальный слой эндометрия , состоящий из фиброзной и гладкомышечной ткани, развивается в результате пролиферации желез, проявляется в виде очаговой гиперплазии эндометрия. Они выявляются у 0,5-5,0% гинекологических больных в возрасте 35-50 лет, т. е. в репродуктивном периоде.

Классификация полипов эндометрия подразделяется на: железистые, железисто-фиброзные и фиброзные; железисто-кистозные и аденоматозные с аденоматозными очагами; малигнизированные и ангиоматозные.

Клиника характеризуется различными внутриматочными кровотечениями. У молодых женщин и перед менопаузальным периодом она проходит в виде мено-метрорагии. В отдельных случаях в результате прикосновения происходит утечка крови. У женщин старшего возраста в постменопаузе могут быть однократные или рецидивирующие малокровные выделения из матки. Полип эндометрия часто протекает бессимптомно. *Диагностика:* основывается на данных анамнеза, клиники, гистологического исследования полипа (выявляет их конкретный вид и возможные осложнения).

Лечение эндометриального полипа: показано гистероскопическое наблюдение и полное хирургическое удаление. Обязательным будет удаление слизистой оболочки со всех стенок матки и цервикального канала. Далее-наблюдение за больным с целью своевременной диагностики рецидива (в случае рецидива назначается целевая криоэкспертиза).

Гормональное лечение назначается по позициям при железисто-кистозной гиперплазии эндометрия. Профилактика полипов эндометрия. Патогенетическое лечение гиперплазии эндометрия и ограничение поражающего и травмирующего воздействия на матку [115,116].

Пузырный занос - это продукт оплодотворения, при котором эмбрион не развивается нормально, а волокна хориона наполняются жидкостью в виде пузырьков. Течение пузырчатой картины на ранней стадии аналогично беременности. Тошнота и рвота могут быть более выраженными. Увеличение размера матки наблюдается быстрее, чем при нормальной беременности. По мере прогрессирования пузырного заноса могут развиваться осложнения, сопровождающиеся повышением артериального давления, отеком, протеинурией и преэклампсией симптомов головного мозга. Внутриматочная кровоточивость может возникнуть на любой стадии развития пузырного заноса. Увеличение стенки матки может сопровождаться острой болью в животе. При метастазировании в легкие возникает кашель, кровопускание. При метастазировании в мозг развиваются головные боли и неврологические симптомы.

Лечение пузырчатки проводится путем ее удаления. Эта процедура проводится путем расширения шейки матки, вакуум-аспирации и кюретажа содержимого матки. После удаления пузырчатой куртины необходимо еженедельно контролировать снижение АХГ, примерно до 100 мМЕ/мл, после чего ежемесячно продолжать определение АХГ в течение 6 месяцев. Если ХГЧ не снижается или после снижения наблюдается повышение его уровня, болезнь оценивают как злокачественную опухоль и назначают химиотерапию. Показатель заживления пузырчатой куртины составляет 100% [117].

Атипичная гиперплазия эндометрия-патологическое разрастание внутреннего слоя матки с образованием атипичных клеток. Предрасполагающим фактором будет увеличение эстрогена и недостаточность прогестерона. Предраковый процесс может развиваться в любом возрасте, но чаще выявляется после 45 лет. Характеризуется нарушением менструального цикла и

внутриутробным кровотоком (меноррагия, метроррагия). Диагноз ставится на основании жалоб, анамнеза и данных дополнительного обследования. Лечение-гормонотерапия, соскоб или абляция слизистой оболочки.

Атипичная гиперплазия эндометрия- развитие данного заболевания обусловлено увеличением объема эстрогена, недостаточностью объема прогестерона и наличием или отсутствием овуляции. Эстроген и прогестерон участвуют в регуляции циклических изменений эндометрия. Во второй фазе менструации прогестерон ингибирует пролиферацию и стимулирует секрецию. При относительной или абсолютной гиперэстрогемии при отсутствии овуляции фаза секреции отсутствует или четко выражена. Клетки функционального слоя эндометрия растут дальше и возникает гиперплазия.

Симптомы гиперплазии эндометрия. Основным симптомом данного заболевания является внутриматочная эксплуатация. У большинства больных кровотечения возникают на фоне задержанной менструации сроком на 1-3 месяца. У четверти больных с атипичной гиперплазией эндометрия выявляется ановуляторная внутриматочная кровь. В 5-10% случаев диагностируется метроррагия. В середине менструального цикла или при отсутствии менструации могут наблюдаться незначительные кровянистые выделения [118].

3.8.4. Предраковые заболевания рака яичников.

В современной классификации Всемирной организации здравоохранения за 2002 год показано большое количество доброкачественных опухолей анабеа, разделенных на группы и подгруппы по различным позициям. Наиболее распространенными видами в практической гинекологии и абдоминальной хирургии являются: опухолевидные образования яичников. Поверхностные эпителиальные стромальные или эпителиальные опухоли яичников рассматривается как фоновые заболевания рака яичников. К ним относятся фолликулярная киста, развивающаяся в одном яичнике и часто встречающаяся у молодых женщин. Ее диаметр составляет 2,5-10 см. Она подвижная, эластичная, может располагаться над маткой, сзади, по краю, не склонна к затвердеванию. Киста характеризуется нарушением менструального цикла в виде задержки и сильного прихода менструаций, но самопроизвольно удаляется после нескольких менструальных циклов (3-6). Тем не менее, опухоль яичника может иметь вращение конечности, в связи с чем при выявлении по УЗИ УД должна находиться под постоянным наблюдением, до полного исчезновения, путем проведения биометрического измерения [119].

Киста желтого тела. При пальпации живота (мануальном поглаживании) определяется ее сходство с предшествующей. Ее объем составляет около 3-6,5 см в диаметре. При проведении УЗИ в зависимости от вида опухоли может быть обнаружена однородная структура, в кисте могут быть обнаружены единичные или множественные заграждения, могут быть выявлены ребристые сетчатые структуры различной плотности и сгустки крови.

Симптоматическая киста может характеризоваться задержкой менструации, наличием незначительных кровянистых выделений из половых путей, отеком молочных желез и другими признаками беременности. Поэтому необходимо провести дифференциальную диагностику между кистой желтого тела и внематочной беременностью. Разрыв кисты может произойти, особенно во время полового акта.

Цист или обыкновенная киста. До проведения гистологического исследования его воспринимают как фолликулярную кисту. Вероятность малигнизации кисты серозной прогнозируется, но не доказана. Киста развивается из остатков первичной плодной почки и представляет собой подвижное, плотное эластичное образование диаметром около 10 см. Опухоль часто выявляется в результате скручивания конечностей или по другим причинам при проведении УЗИ исследования. Кроме того, рядом с образованием хорошо видны ткани яичника.

Симптомы. Независимо от того, злокачественные или незлокачественные, ранние субъективные симптомы неспецифичны и могут быть одинаковыми для любых опухолей: основными жалобами пациентов являются болезненные ощущения, которые слабо «тянут» низ живота, часто одностороннего характера. Ощущение тяжести в нижней части брюшной полости. Постоянный или периодический характер говорит о наличии болезненных ощущений неопределенного характера в различных частях брюшной полости. Бесплодие, иногда нарушение менструального цикла (25%). Часто возникают дизурические расстройства в виде мочеиспускания, увеличение объема живота за счет метеоризма, большие испражнения в виде малоэффективной дефекации и расстройства работы кишечника, такие как запор. Когда опухоль увеличивается в размерах, острота этих симптомов также увеличивается. Последние два симптома встречаются редко, но являются ранним симптомом небольшой опухоли и, к сожалению, сами пациенты и врачи не придают этому значения. Они связаны с расположением опухоли перед или позади матки, раздражением соответствующего органа – мочевого пузыря или кишечника [120, 121].

Кроме того, некоторые виды кист, которые развиваются из фертильности половых и жировых клеток, способны вырабатывать гормон, что определяется следующими симптомами: отсутствие менструации в течение нескольких циклов, увеличение клитора, уменьшение груди и подкожной клетчатки, развитие акне, чрезмерный рост волос на теле, выпадение волос, низкий и грубый голос, развитие синдрома Иценко-Кушинга (при секреции опухолей глюкокортикоидного гормона анабеа, вызванных жировыми клетками). Эти симптомы обнаруживаются в любом возрасте и во время беременности. Симптом доброкачественных опухолей часто не отличается от симптомов метастазирования злокачественных новообразований анабеа [122,123].

Профилактика предраковых заболеваний рака яичников. Прием противозачаточных таблеток (оральных гормональных контрацептивов). Беременность и кормление грудью. Исключение случайного секса. Необходимо

своевременно лечить инфекционно-воспалительные заболевания органов малого таза и инфекции, передаваемые половым путем. Отказ от вредных привычек. Необходимо периодически посещать гинеколога (2 раза в год) [124,125].

Названия предраковых заболеваний рака яичников, основные клинические признаки, методы первичной диагностики, основные действующие факторы дополнительно приведены в таблице (Приложение 18).

3.9. Предраковые заболевания мужских половых органов.

Назовем некоторые факторы риска развития группы патологических процессов, локализующихся вблизи мужского полового органа, с высоким риском превращения предраковых заболеваний мужского полового органа в злокачественные (табл.14).

Таблица 14 - Предраковые заболевания и факторы риска предстательной железы

Предраковые заболевания предстательной железы	Факторы опасности
1. Лейкоплакия	1. Фимоз
2. Кожный рог	2. Рецидивирующий баланопостит
3. Склероатрофический лишай	3. Рецидивирующий генитальный герпес
4. Гигантская кандилома Буше-Левенштейна	4. Половые бородавки
5. Остроконечная кандилома	5. Хронические травмы поверхности кожи
6. Кейра эритроплазия	6. Наследственная предрасположенность
7. Болезнь Боуэна	7. Аутоиммунные процессы
	8. Сахарный диабет

Предраковые заболевания полового члена в большинстве случаев могут перерасти в злокачественные. 30-40% пациентов, перенесших плоскоклеточный рак, ранее перенесли предраковые заболевания мужского полового органа. Учитывая опасную природу предраковых заболеваний мужских половых путей, их лечение заканчивается оперативными хирургическими вмешательствами. В настоящее время распространены следующие виды предраковых заболеваний:

Лейкоплакия (лейкоплазия). Патологическое проявление, при котором головка мужского полового члена равномерно повреждается вследствие чрезмерного эпителиального отшелушивания. Происходит при хронической травме полового органа и относительно редко перерастает в злокачественную опухоль.

Облитерирующий ксеротический баланит (склерозирующий лишай). Возникает из-за нарушения процесса выделения спермы. Потомство определяется в виде белых пятен, обрамляющих головку соединяющего члена. Часто приводит к образованию стриктуры уретры.

Остроконечная кандилома (генитальные бородавки). Вирусные заболевания, вызванные вирусом папилломы человека. Мелкие наросты (кандиломы) телесного цвета поражают головку мужского полового органа, НМА и уретру. При пальпации не болит.

Кожный рог полового члена. Доброкачественные образования, образованные клетками эпидермиса, покрывающими мужской половой орган. По внешнему виду похож на рог животного (нарост длиной в несколько см, беловатого цвета), от этого и зависит название. В ряде случаев возникает из небольшого участка поражения, воспаления, бородавки, папилломы, кандиломы, атеромы. Обычно кожный рог один, множественное число встречается редко. Может быть первичным и вторичным.

Кейра эритроплазия (бархатистая эпителиома). Образование на головке мужского полового члена ярко-красного цвета с четкой каймой со здоровой кожей. Чаще всего возникает у детей без обрезания. Размер может быть разным.

Бовеноидный папулез полового члена (Bowenoid papulosis). Поражение полового члена вследствие воздействия вирусов 16,18,31 и 33 типов вируса папилломы человека, развитие заболевания происходит на фоне гормональных изменений и на фоне иммунных нарушений. По внешнему виду солитарные (множественные) папулы телесного цвета, длиной до 3 см, диаметром до 0,5 см, по плотности похожи на тесто. Бовеноидный папулез возникает у мужчин с большим количеством половых партнеров.

Опухоль Бушке — Левенштейна. Необычная гигантская кандилома. По сравнению с обычной кандиломой половых органов обладает способностью выходить за границы эпителия полового члена и проникать в слои кожи.

Саркома Капоши. Патологическое заболевание, имеющее форму кровотокающих папул темного цвета, поражающих кожу полового члена. Чаще всего встречается у ВИЧ активных людей.

Склероатрофический лишай. Причина и патогенез склероатрофического лишая до конца не установлены. В возникновении заболевания играют роль патологии нервной, эндокринной, иммунной систем и инфекционные агенты. Гистопатология *склероатрофический лишай* на ранней стадии заболевания в эпидермисе наблюдается утолщение, гиперкератоз, чешуйчатые пробки в мочеточниках волосистых фолликулов, а позже-атрофия. Дерма отекает, наблюдается лимфацитарная инфильтрация, капилляры расширены, коллагеновые волокна приобретают гомогенный вид.

Симптомы склероатрофического лишая. Склероатрофический лишай чаще встречается у женщин. Высыпания чаще всего располагаются на шее, верхней части груди, плечах, половых органах, иногда на спине, животе и бедрах. К первичному элементу относится небольшой нарост или папула диаметром 3-5 мм, цвет меловой, старой слоновой кости. В начале заболевания клиническая картина определяется в виде белых пятен. Иногда в районе папулы наблюдается

ярко-красная окантовка. Близлежащие папулы сливаются и выступают над поверхностью окружающей кожи.

Клиническая картина. Узловая склеродермия имеет миниатюризацию. Иногда на узловой поверхности имеются телеангиэктазии, петехии, пузырьки. При фолликулярном расположении определяется большой объем фолликулярных роговых пробок буро-нечистого цвета, похожих на комедон, при котором волосистые фолликулы расширены. Расположение склероатрофического лишая в области вульвы называется краурозом вульвы, а расположение в мужском половом органе – краурозом полового члена. Очаг поражения отличается сухостью, склерозируется. У женщин сужается вход во влагалище, наблюдается сильный зуд. У мужчин нет субъективных ощущений. Сужение мужского полового члена приводит к фимозу. Со временем происходит атрофия кожи, выявляется пигментация кожи в очаге поражения.

Лечение и профилактика предраковых заболеваний мужских половых органов. В настоящее время основным способом лечения предраковых заболеваний мужских половых органов является хирургическое лечение (удаление поврежденных тканей). С помощью этого метода можно предотвратить дальнейшее развитие заболевания полового члена. Существуют и другие виды ликвидации предраковых заболеваний, к которым относятся порезы, циркумизация, применение лазера, электрокоагуляция, применение возможностей химиотерапии и т.д., в конкретном случае врач консультируется с больным и подбирает вид лечения с учетом характера поражения.

Предраковые заболевания мужского полового органа, учитывая опасность перерождения в злокачественное, методы лечения носят хирургический характер и предусматривают полное иссечение. Для получения информации о конкретных образованиях необходимо пройти по соответствующей ссылке [126].

Названия предраковых заболеваний мужского полового органа, основные клинические признаки, методы первичной диагностики, основные действующие факторы дополнительно приведены в таблице (Приложение 19).

3.9.1 Предраковые заболевания мужского полового органа.

Рак яичников развивается у мужчин в возрасте 15-40 лет. Существует три пика частоты возникновения рака яичников: до 10 лет, 20-40 лет и после 60 лет. Злокачественное новообразование на яичке составляет около 2% всех образований мужского пола. Это одна из «молодых» опухолей.

Крипторхизм-состояние, при котором при внутриутробном развитии или в первые месяцы жизни яички не попадают в мошонку, а остаются в брюшной полости или паховом стержне.

При крипторхизме рак яичка встречается у пациентов в 10 раз чаще. Рак яичка развивается при одностороннем крипторхизме у больных в 20% случаев интраабдоминального расположения (внутри брюшной полости). Если оба яичка расположены внутри брюшной полости, показатель развития рака составляет 30%. Яички остаются внутри брюшной полости, где температура на 2-3 градуса

выше, чем в мошонке. Длительное воздействие температуры тела приводит к развитию мутации, которая, в свою очередь, приводит к развитию рака. Как отмечалось в различных научных исследованиях, крипторхизм увеличивает развитие рака яичников в 3-14 раз. Наследственность также играет определенную роль, но гены, которые определяют развитие рака яичников, все еще не определены. Некоторое время назад было мнение, что рак яичка вызван травмой. Но большинство специалистов считают, что из-за травмы пациенты обращаются к врачу и таким образом часто диагностируются разные опухоли.

Факторы риска рака яичников. Обычно мужчины и пожилые мужчины редко страдают от рака яичников. Риск развития рака яичка возрастает в следующих случаях: когда один или два яичка не попадают в мошонку, что называется врожденным состоянием крипторхизма. Опасность развития рака сохраняется и в том случае, если в детском возрасте по причине крипторхизма проводится операция и яички локализируются в мошонке. Даже если дедушка, отец или брат страдают от рака яичников (фактор наследственности), это также входит в фактор риска.

При бесплодии, при недоразвитии одного или двух яичек (меньших размеров, слишком мягкой или слишком плотной консистенции) или при наличии рубцов врожденного характера в ткани яичка. Либо случае исключения одного яичка из-за рака с одной стороны; если у пациента синдром Кляйнфельтера.

Все вышеперечисленные симптомы не означают, что будет рак. Это означает, что по данным наблюдений, у мужчин с этими симптомами чаще встречается рак яичников, чем у мужчин без этих симптомов. Соответственно, при наличии одного из предрасполагающих факторов к раку яичка необходимо ежегодно находиться под наблюдением уролога. Гистологическое строение опухоли является определяющим фактором в прогнозировании заболевания и выборе тактики лечения.

Профилактика рака яичников. Крипторхизм, белая раса, наличие рака яичников в семье становятся фактором риска развития этого заболевания. Ни один из факторов риска не может быть предотвращен, потому что они присутствуют при рождении. Кроме того, у многих мужчин с раком яичников нет ни одного из известных факторов. По этим причинам нет способов предотвращения рака яичников. В случае крипторхизма эффективно применение хирургических мер. Знание фактора опасности побуждает человека периодически наблюдаться и обследоваться с целью раннего выявления опухоли [127].

Названия, основные клинические признаки, методы первичной диагностики, основные действующие факторы предраковых заболеваний яичка дополнительно приведены в таблице (Приложение 19).

3.9.2. Предраковые заболевания предстательной железы

Этиология рака предстательной железы до конца не изучена. Предстательная железа имеет сложную нейроэндокринную регуляцию и находится под гормональным влиянием яичка, надпочечников и аденогипофиза и

, в свою очередь, синтез секрета этих органов осуществляется под контролем гипоталамуса, а также под контролем аутокринных, паракринных факторов, регулирующих рост, деление и дифференцировку клеток предстательной железы.

Факультативные предраковые заболевания-атипичная гиперплазия, хронический простатит, олигоспермия, бесплодие.

Облигатная предраковая болезнь-простато-интраэпителиальная неоплазия (ПИН).

Атипичная аденоматозная гиперплазия (ААГ, аденоз, атипичный аденоз, мелкая майдапарная гиперплазия простаты) характеризуется узловой пролиферацией средних или мелких циннусов, не имеющих структурных и цитологических признаков малигнизации. При ПИН отсутствуют какие-либо клинические симптомы и макроскопическая картина. В пункте и материале, полученном после трансуретральной резекции простаты, ААГ выявляется у 1,5-19,6% больных, после радикальной простатэктомии - в 28,9-33,0% случаев. У подавляющего большинства больных ААГ повреждает транзиторную область предстательной железы, а периферическая часть органа повреждается менее чем у 2%. Иногда при наличии ДГП развивается многоочаговый процесс, в котором задействованы обе зоны. При атипичной аденоматозной гиперплазии малигнизация развивается чаще, чем ДГП. Кроме внешнего морфологического поверхностного сходства очагов ААГ (возраст больных на 5-10 лет моложе злокачественных).

Под микроскопом очаги атипичной аденоматозной гиперплазии редко достигают 1-3 мм в диаметре, 1 см с четкой границей. При небольшом увеличении микроскопа видно, что он состоит в основном из мелких и средних циннусов, плотно прилегающих друг к другу. Иногда наблюдается специфическое перинодулярное расположение. Циннусы колеблются по форме, но также мономорфны. У некоторых больных встречается сильно развитая строма и по краю ААГ-ограниченная инфильтрация эпителиоцитов, не имеющая инвазивного характера роста. Оперение циннусов покрыто эпителиоцитами кубического или цилиндрического секреторно-люминального типа белого цвета. Отверстие циннуса пустое, в некоторых местах имеются амилоидные тела, кристаллоиды и базофильные муцины. В эпителиоцитах цитоплазма развита слабо, иногда со слабым эозинофильным, зернистым и округлым полиморфным ядром, с равномерно распределенными хроматином и базофильными ядрами, диаметром менее 2 мкм (как в нормальных условиях). Окрашивание этих клеток в кислую фосфатазу и положительный высокомолекулярный цитокреатин Leu-7 определяет элементы, распространенные в базальном типе 34ve12. Строма очагов ААГ не имеет воспалительного инфильтрата и может склерозироваться на разных уровнях. ААГ требует дифференцировки от акцинарной аденокарциномы.

Хронический простатит-это воспаление предстательной железы. Хроническим простатитом болеют около 30% мужчин в возрасте от 20 до 50 лет. Это одно из самых распространенных урологических заболеваний среди мужчин.

По воспалению предстательной железы делятся на две группы. Первая группа вызывается инфекционными простатитами, различными бактериями, вирусами и грибковыми заболеваниями.

Вторая группа называется застойными простатитами (конгестивными), причиной которых является застой жидкости в предстательной железе и крови в сосудах этого организма. Развитие этих симптомов происходит, например, во время беспорядочного секса. Сосудистый застой возникает при малоподвижной, долго сидячей продолжительной работе (например, у автомобилистов, офисных работников), ношении плотного нижнего белья, чрезмерном приеме алкоголя).

Фактор развития простатита. К факторам, способствующим развитию простатита, относятся: снижение защитных сил организма, гормональные нарушения, не вылеченные очаги инфекции, из которых микробы попадают в предстательную железу и способствуют развитию воспаления. В результате снижения иммунитета риск развития простатита выше у часто болеющих людей, на фоне нервных потрясений, хронического стресса, курения и алкоголя. Все эти факторы облегчают проникновение инфекции в предстательную железу или ухудшают кровоснабжение органов малого таза, приводя к застойным явлениям - благоприятным условиям для размножения микроорганизмов и развития воспалительного процесса.

Диагностика и лечение. При наличии одного из перечисленных симптомов необходимо обратиться к урологу или андрологу не теряя времени. Врач предлагает сдать анализ на половые инфекции, провести первичное обследование, состоящее из УЗИ органов малого таза, провести пальцевое ректальное исследование простаты. Это исследование будет более информативным. Он позволяет уточнить диагноз и определить остроту заболевания. При проведении пальпаций врач осматривает пациента, но и берет пробы с его выделений.

Современная медицина до сих пор не нашла полного излечения от простатита. Врач может довести заболевание до стадии ремиссии на 2-3 года. Позже лечение нужно будет повторить.

Профилактика. Болезнь легче предупредить, чем лечить. Поэтому необходимо соблюдать профилактические меры защиты от простатита.

Интраэпителиальная неоплазия предстательной железы (ПИН) – предраковое состояние простаты. Это доказанное предраковое заболевание предстательной железы. Распространенность этого состояния очень высока: ПИН встречается у трети мужчин в возрасте от 40 до 70 лет. Другие названия простатической интраэпителиальной неоплазии многочисленны. Встречается как ПИН (PIN), гиперплазия с малигнизацией, атипичная первичная гиперплазия, крупная циннарная атипичная гиперплазия, дуктально-анальная дисплазия. Все эти понятия предполагают одно обстоятельство-очаговый рост клеток, постепенно сопровождающийся их новым делением. Опасность заболевания в том, что оно проходит без каких-либо симптомов. ПИН делится на два типа:

простатическая интраэпителиальная неоплазия низкого уровня (первичная неоплазия) и простатическая интраэпителиальная неоплазия высокого уровня.

Повторную биопсию простаты проводят каждые один-три месяца при высоком уровне ПИН-кода. Исследование проводится с использованием расширенного метода, при котором ткани удаляются не менее чем из двенадцати точек. Низкоуровневый ПИН перерастает в рак простаты через пять лет, а определение высокого Пина означает возможность выявления рака при повторной биопсии (через 6 месяцев). При выявлении рака простаты пациента ставит на учет уролог в диспансерную группу повышенного риска по развитию рака простаты. Не существует общепринятой схемы лечения ПИН. Интраэпителиальная неоплазия предстательной железы выявляется там, где есть рак. Чаще всего в периферической области в задней или периферической части. Соседство Пина и рака является распространенным явлением. В Центральной и периуретральной области ПИН встречается только в пяти процентах случаев. Интраэпителиальная неоплазия предстательной железы постепенно сменяется раковыми клетками. Поэтому его объем в простате будет обратно пропорционален объему ближайшего рака. Простатическая интраэпителиальная неоплазия слабо продуцирует ПСА. Это отличает его от рака.

Профилактика предраковых заболеваний предстательной железы. В зависимости от профилактики рака простаты можно выделить несколько основных направлений. Здоровый образ жизни. Это, в первую очередь, отказ от вредных привычек, таких, как курение, прием алкоголя и повышение уровня физической активности. Питание. Особое внимание необходимо уделять потреблению фруктов и овощей во время еды (томаты, капуста, брокколи, соя, виноград и другие). Параллельно необходимо ограничить потребление продуктов, содержащих животные жиры и кальций [157].

Названия предраковых заболеваний предстательной железы, основные клинические признаки, методы первичной диагностики, основные действующие факторы дополнительно приведены в таблице (Приложение 20).

3.10. Предраковые заболевания мочевыводящих органов и путей.

3.10.1. Предраковые заболевания почек. Предраковые заболевания почек-это заболевания, которые переходят в рак почки или предраковые заболевания почек, которые являются результатом перехода к количественным изменениям в почках. С точки зрения гомотоксикологической теории различают несколько последовательных фаз развития заболевания (фазы прогрессирования), характеризующих глубину патологического процесса и тяжесть заболевания. Предраковые заболевания почек включают хронический аутоиммунный гломерулонефрит, хронические пиелонефриты и кисты почек. Эти заболевания почек часто бессимптомны. Иногда появляется боль в пояснице или под ребрами на пораженной стороне, склонность к почечной колике и повышению артериального давления.

Киста относится к злокачественным опухолевым заболеваниям почек, так как в известных случаях риск развития кисты выше, у некоторых кист возможно развитие злокачественных аденом. К основным канцерогенным факторам, воздействующим на почки, можно отнести длительное применение обезболивающих средств (ненаркотических анальгетиков), но особенно опасным будет курение.

Хронический аутоиммунный гломерулонефрит. Заболевания с различными клиническими проявлениями, развивающиеся вследствие выработки антител против здоровых тканей организма, называются аутоиммунными. Характеризуется поражением нормальных тканей и появлением воспаления аутоиммунного характера.

Причины: ранее существовавшая инфекция, чаще стрептококковая (ангина, скарлатина, тонзиллит). При первом проникновении возбудителя реакция может отсутствовать – при повторном - иммунитет дает интенсивную реакцию; вирусы; другие аутоиммунные заболевания; лекарственные препараты (некоторые вакцины и сыворотки); природные аллергены (пыльца, шерсть, пищевые продукты). Важным фактором будет общее состояние организма. Чрезмерное потребление алкоголя, переохлаждение, травма спины являются двойственными факторами поражения почечного аппарата. Механизм развития болезни:

1. возбудитель попадает в организм (это может быть грипп, ОРЗ, герпес), иммунитет человека поддерживает его, вырабатывается антитело и пациент выздоравливает.

2. возбудитель вторично попадает в организм. Вырабатывается антитело и образуется комплекс антиген-антитело. Происходит их соединение с плазмой крови и накапливается в почечных каналах [128].

3. эти комплексы воспринимаются почечной тканью как инородные. В результате почечная ткань высвобождает аутоантиген. Они защищают почки от любых агентов и стимулируют иммунный процесс.

Симптоматика (проявление) заболевания. Если на 1-3 неделе после инфекционного заболевания начинается головная боль, повышение температуры и артериального давления, то возможно возникновение острого гломерулонефрита. Выведение жидкости из организма ухудшается, что становится причиной снижения мочеиспускания и образования опухоли. В моче образуется смесь красных клеток крови-цвет мочи становится цветом «остатков мяса». Для этого состояния характерны боли в пояснице, животе и рвота.

При хронической форме основным симптомом является постоянное повышение артериального давления и опухоли в утренние часы. При анализе мочи может обнаруживаться белок. Суточная норма мочи может уменьшаться. Характерно также отсутствие болевых ощущений тягового характера. Оба типа могут протекать латентно, без явных симптомов.

Диагностика гломерулонефрита. Первые симптомы, такие как ухудшение общего состояния, заставляют пациента прийти к врачу. Заболеваниями почек занимается врач-нефролог. Необходимо сдать кровь, мочу,

сделать УЗИ почек. На основании данных анализа и данных клинической картины ставится диагноз и назначается лечение. Наиболее точным методом диагностики является биопсия почки, но она назначается в сложных или нечетких случаях.

Лечение аутоиммунного гломерулонефрита.

1. наблюдение лечащего врача .2. постельный режим, стационар в острой форме (при обострении хронической формы). 3. диета, снижающая нагрузку на почки (ограничение соли, жидкости, питательных веществ). 4. лекарственные препараты по назначению врача (в зависимости от вида и специфики течения заболевания) - противовоспалительные, снижающие давление, мочегонные, угнетающие иммунитет, улучшающие кровоток, антибактериальные. 5. общеукрепляющие процедуры. 6.при выраженной почечной недостаточности – гемодиализ (очищение крови). 7.в особо тяжелом состоянии – трансплантация почки.

Лечение направлено на сохранение почек, торможение развития патологии и осложнений. Углубление аутоиммунных процессов с помощью специальных вакцин становится обязательным. К сожалению, все эти препараты временно блокируют аутоиммунные процессы, что приводит к необходимости удаления поврежденного органа.

Профилактика заболеваний. Профилактика и своевременная диагностика и лечение инфекционных заболеваний; ограничение контакта с аллергенами; полноценное питание, богатое витаминами и антиоксидантами; избавление от стрессовых ситуаций, ослабляющих организм; здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек.

Необходимо помнить, что никто не застрахован от аутоиммунных заболеваний, против которых нет вакцины, и такие заболевания трудно поддаются лечению. Только осознанность и уход за собственным организмом позволяют уберечь человека от неприятностей и сохранить здоровье на долгие годы [129].

Киста почки. Киста почки-жидкостные соединительнотканнные образования, развивающиеся из эпителиальных клеток почечных каналов. Образования часто доброкачественные, но могут перерасти в злокачественные.

Причины возникновения кисты почки. Приобретенные кисты обычно возникают из-за травм или заболеваний. Инфекции половых путей, воспалительные процессы в организме, тяжелые состояния-все это способствует прогрессированию заболевания.

Солитарная (простая) киста почки. В большинстве случаев выявляется солитарная киста-это простое образование овальной или округлой формы, без плотин и камер. Его состав-жидкость, которая может быть с примесями крови или гноя. Солитарная киста не перерождается в злокачественную и прогноз благоприятный. В урологии такие образования относятся к I категории относительно безопасных. Простейшие образования встречаются и у детей, но критической стадией их появления считается у взрослых людей. Категория II-доброкачественные опухоли, но состоят из сложных образований. Сюда относятся кисты крупных размеров (свыше 3 см), многокамерные инфицированные (с

гноем), кальцифицированные (с кальциевыми накипями), кровавые кисты. К III категории относятся опасные, с точки зрения онкологии, образования. Это трудно визуализируемые по УЗИ образования с утолщенной стенкой, плотиной. Выявление кист, относящихся к этой категории, является причиной радикального лечения. IV категория- признаки онкологии, это злокачественные опухоли, а не киста.

Выраженность клинических признаков кисты правой и левой почки определяется ее размером и расположением. Мелких образований не бывает, появляются первые признаки заболевания из-за разрастания кисты. Чаще всего это дискомфорт, ощущение тяжести и боли в области поврежденной почки. Постепенно киста давит на почечную пластинку и протоки, затрудняя отток мочи. Накопление мочи будет хорошей питательной средой для болезнетворных микробов. Воспалительный процесс характеризуется повышением температуры тела, симптомами интоксикации и ощущением боли в пояснице. Миграция инфекции в полость кисты становится опасной, с развитием серьезных осложнений.

Основным методом диагностики кисты является ультразвуковое исследование. УЗИ является основным методом исследования. КТ и МРТ дополняют картину патологии структурой и точным расположением образования. С помощью рентгеновских методов, в том числе внутренней урографии, специалисты пытаются определить, является ли киста доброкачественным или онкологическим процессом [130].

Хронический пиелонефрит. Хронический пиелонефрит не имеет более выраженного проявления, чем острый, поэтому он более опасен. Заболевание бывает активным и латентным, протекает с чередованием фаз воспаления и ремиссии. Чаще всего заболевание возникает в результате неизлечимого до конца пиелонефрита, но иногда бывает, что хронический пиелонефрит протекает бессимптомно (а это очень опасно!). Он может постепенно нарушать функцию почек и длиться месяцами и даже годами. У пациента нет симптомов заболевания, иногда болит поясница и часто длительная головная боль. Все это больные отмечают с ухудшением погоды или из-за физической нагрузки. Не обращают внимания и на колебания артериального давления. Многие снимают его самостоятельно и не обращаются к врачу. Иногда картина становится нечеткой, поэтому хронический пиелонефрит выявляется случайно.

Симптомы и течение хронического пиелонефрита. Можно выделить следующие виды хронического пиелонефрита:

По происхождению: первичный (не связанный с каким-либо урологическим заболеванием) и вторичный (развивается на почве поражения мочевыводящих путей).

Клинические проявления по форме подразделяются на латентный, рецидивирующий, гипертонический, анемический, азотемический, гематурический характеры.

Для латентной формы хронического пиелонефрита характерна неспецифическая клиническая картина. Пациенты жалуются на общую слабость и быструю утомляемость. Температура верхней части тела редко бывает высокой. Нарушения мочеиспускания, боли в поясничной области, опухоли отсутствуют, но иногда наблюдается симптом Пастернака. Количество питательных веществ наблюдается в моче, а количество лейкоцитов и бактерий изменяется. Кроме того, латентная форма сопровождается нарушениями функции почек, в первую очередь нарушением их концентрационной способности, что проявляется усилением мочеобразования и отслкой мочи с низким относительным весом - гипостенурией.

Лечение хронического пиелонефрита. Время лечения пиелонефрита не менее 4 месяцев. Но если заболевание протекает бессимптомно, лечение можно сократить по инструкции врача. В конце каждого месяца больной сдает анализ мочи и антибиограмму. Если количество лейкоцитов выше нормального показателя, препарат заменяют. Иногда после месяца лечения показатели анализа соответствуют норме. Но это не значит, что вы выздоравливаете от болезни и почки находятся в безопасности. Лечение нельзя прекращать.

Профилактика хронического пиелонефрита. Профилактику хронического пиелонефрита необходимо начинать с детства, приучать детей к привычкам личной гигиены. Профилактика развития хронического пиелонефрита и его осложнений возможна при посещении пациентом уролога. Контрольный анализ и исследования необходимо проводить не реже трех раз в год. В этот период на работе больного не должно быть тяжелых физических нагрузок, похолодания, повышенной влажности, таким людям нельзя работать в ночную смену. При отсутствии признаков обострения хронического пиелонефрита в течение двух лет больные снимаются с учета [131,132].

Женщинам, страдающим хроническим пиелонефритом, нельзя рожать детей. Это связано с ухудшением здоровья. После родов у них развивается хроническая почечная недостаточность и продолжительность их жизни не превышает 5 лет. Поэтому перед планированием беременности необходимо провести лечение почек.

Нефроз почек. Нефроз-это дистрофические изменения почек, вызванные дегенерацией почечных каналов. Нефроз почек бывает острым и хроническим. К острым относятся лихорадочные и некротические нефрозы, а к хроническим - липоидные и липоидно-амилоидные нефрозы. К симптомам общей интоксикации добавляется симптом острой почечной недостаточности: определяется уменьшение количества мочи, появление в моче питательных веществ, цилиндров, эритроцитов и лейкоцитов. При тяжелых формах нефронекроза на 2-3 день после начала заболевания развивается анурия (отсутствие мочи), повышается артериальное давление, развивается азотемическая уремия.

Лечение нефроза почек - противодействие инфекционному процессу - то есть гнойному поражению. Для этого используются антибиотические препараты или проводятся операции и используются мочегонные препараты, необходимо

соблюдать диету с высоким содержанием питательных веществ и ограничить потребление жиров и поваренной соли [133,134].

Названия, основные клинические признаки, методы первичной диагностики, основные действующие факторы предраковых заболеваний почек приведены в таблице (Приложение 21).

3.10.2. Предраковые заболевания мочевого пузыря.

Предраковые заболевания мочевого пузыря-это состояния, при которых незлокачественные опухоли со временем переходят в злокачественные или на их фоне развиваются: доброкачественные эпителиальные опухоли-папилломы в виде волокнистых наростов, хронический цистит (папилломатоз) в виде единичных или множественных (воспалительные заболевания мочевого пузыря), некоторые паразиты провоцируют развитие рака: шистосомы, обитающие в водах африканских стран (например, Египта), проникают в уретру и откладывают яйца в стенку мочевого пузыря, вследствие чего развивается рак. Каменная болезнь почек также считается опасной, так как постоянное травмирование мочевыводящих путей камнями приводит к развитию рака. Предраковые заболевания мочевого пузыря приводят к раку или заболеванию мочевого пузыря. При предраковых заболеваниях мочевого пузыря происходит переход количественных изменений в мочевом пузыре в новое качество.

Полипы и папилломы мочевого пузыря. Полипы и папилломы мочевого пузыря- предраковые заболевания мочевого пузыря с повышенным риском перерождения в злокачественные. Полипы и папилломы. Хирургическое лечение не относится к радикальному, так как известно, что после хирургического лечения образуются образования на неизменной слизистой оболочке мочевого пузыря. Предраковым заболеваниям мочевого пузыря способствуют различные заболевания, вызывающие хронический застой мочи. Доброкачественные образования, находящиеся в просвете любого органа, выступающие из слизистой оболочки, называются полипами. Они бывают разных форм и размеров, в единственном или множественном числе. Заболевание часто выявляется при плановом УЗИ органов брюшной полости. Рост тканей может быть наложен на слизистую оболочку, но наличие тонкой ножки значительно облегчает процесс удаления при оперативных вставках. Предрасположенность к образованию опухоли обусловлена наследственностью, но может быть спровоцирована длительным воспалительным процессом на фоне хронического цистита.

Относится к группе риска, если: в семье ранее были диагностированы подобные образования; нарушен обмен веществ в мочеполовой системе; длительное время беспокоит цистит, а выбранное лечение не дает никаких результатов.

Симптомы полипа мочевого пузыря. Выраженные симптомы полипа мочевого пузыря отсутствуют. Иногда эти образования, склонные к гниению, слабо кровоточат, при этом моча окрашивается в ярко-красный цвет. Когда концентрация крови увеличивается, она четко обнаруживается в моче, но часто

для ее выявления требуются специальные лабораторные исследования. Крупные полипы в мочеточнике покрывают мочевой пузырь как у женщин, так и у мужчин, вызывая сильную боль при мочеиспускании. Основным симптомом такого расположения опухоли является задержка мочи. Полипы в мочевыводящих путях, прикрепленные к длинной ножке, также дают аналогичный симптом.

Полип мочеточника может давать осложнения в виде некроза, кровотечения, воспалительных процессов.

Некроз или разрушение опухоли приводит к сильной боли и кровотечению. УЗИ (Ультразвуковое исследование) позволяет быстро и без боли обнаружить полип мочевого пузыря. Отросшая ткань плотно прилегает к отверстию органа и хорошо просматривается. Затем врач проводит цистоскопию, которая определяет характер образования. В мочевой пузырь направляется небольшая видеокамера, она передает данные на компьютер врача, определяет тип и измеряет объем. Иногда при исследовании делают биопсию, исследуют превращение опухоли из полученного материала в злокачественную. Цистография или рентгеновское исследование-информативный метод диагностики. При его проведении хорошо видны полипы мочеточника или мочевого пузыря у женщин и мужчин с помощью красящих веществ. Папиллома мочевого пузыря-это образование доброкачественного характера, вызываемое сменно-клеточным эпителием слизистой оболочки органа. Этиология и патогенез папиллом до конца не выяснены. На начальной стадии папиллома располагается на слизистой оболочке мочевого пузыря, при распространении процесса клетки папилломы проходят через слизистую оболочку и перемещаются в глубокие ткани мочевого пузыря. Диагноз встречается редко, составляет 10% всех заболеваний мочевыделительной системы. В молодом возрасте встречается чаще, чем в возрасте 45-70 лет. Отмечается, что длительное соприкосновение организма с лакокрасочными веществами, анилиновыми красителями оказывает негативный эффект.

Папиллома мочевого пузыря: эти образования клинически не выражены. В анамнезе выявляются рецидивирующие эпизоды безболезненной тотальной гематурии (смесь крови в моче, моча окрашена равномерно), опухолевые образования в мочевом пузыре. Дизурические расстройства могут быть: 1. Боль, дискомфорт, 2. частое мочеиспускание 3. тяжесть в нижней части живота, 4. императивные формы мочеиспускания.

Дифференциальную диагностику проводят при геморрагическом цистите, гломерулонефрите геморрагической формы, злокачественных образованиях мочевого пузыря.

Лабораторная диагностика заключается в проведении следующих анализов:

1. Общий анализ крови, мочи. Данных о воспалении ВВ нет. ЗПТ обращает внимание на гемоглобин, его показатель может снижаться из-за выхода крови с мочой.
2. Проба Нечипоренко. Позволяет оценить выраженность латентной лейкоцитурии и гематурии.
3. Биохимия крови: мочевины, креатинин,

сахар. При папилломе мочевого пузыря на фоне гиперплазии простаты у мужчин из симптомов инфравезикальной обструкции может добавляться хроническая почечная недостаточность, при которой увеличивается содержание мочевого пузыря и креатинина. 4. Сдача крови на простатспецифический антиген для мужчин. Подтверждает наличие либо отсутствие злокачественного процесса в предстательной железе. 5. Забор мазка из мочевыводящих путей для выявления заболеваний, передающихся половым путем. Постоянное присутствие микробного агента (уреаплазма, микоплазма, хламидия, ВПЧ, трихомонада, гарднерелла) постоянно стимулирует воспалительный процесс. 6. Посадка мочи на флору и определение чувствительности к антибиотикам. Информация необходима в послеоперационный период, когда с профилактической целью назначается проведение антибактериальной терапии.

Профилактика. Для профилактики опухолевых патологий мочевого пузыря и других органов мочевого пузыря мужчинам и женщинам необходимо один раз в год проходить обследование, сдавать анализ мочи, в случае выявления изменений проходить диагностику УД. Использование презервативов для предотвращения инфекции, передаваемой через половые пути, особенно при случайном половом контакте. Мужчинам с диагнозом доброкачественная гиперплазия тазобедренного сустава необходимо применять лекарственные препараты по назначению врача, исключая хроническую задержку мочи. Отказ от алкоголя и курения.

Хронический цистит - воспалительный процесс, протекающий длительное время, приводящий к структурно-функциональным изменениям стенок мочевого пузыря. Хронический цистит может протекать в скрытой форме, с чередованием обострений и ремиссий или с постоянными симптомами. Диагностика хронического цистита проводится по результатам анализа мочи, анализа микрофлоры влагалища у женщин, анализа сдачи ИППП, УЗИ органов мочевого выделения, цистографии, цистоскопии, эндовезикальной биопсии. При хроническом цистите проводится антибактериальное лечение, коррекция гормонального и иммунного статуса, процессов микроциркуляции, местная терапия и профилактика осложнений, по показаниям – оперативные вмешательства.

Классификация хронического цистита. По течению цистит подразделяется на латентный, собственный хронический (персистирующий) и интерстициальный (синдром мочевого пузыря). Хронический цистит чаще всего носит инфекционный характер и вызывается действием бактериальных агентов (грамотрицательных энтеробактерий, стафилококков, гонореи, туберкулеза, хламидиоза, специальных возбудителей микоплазмоза), вирусов (герпеса, аденовирусов), грибов рода кандиды - просо и простейших. Обострение хронического цистита во многих случаях возникает при заражении другой инфекцией или персистирующей инфекцией того же вида или штамма.

В зависимости от морфологической картины хронический цистит бывает катаральным, язвенным, кистозным, полипозным, инкрустированным или

некротическим. При хроническом цистите морфологические изменения характеризуются метаплазией переходного эпителия-образованием очагов шелушения, слизистых кист, иногда-полипозных наростов и лейкоцитарных инфильтратов в подкожном эпителиальном слое. При интерстициальном цистите наблюдаются изъязвление слизистой оболочки, признаки гиалиноза, гломеруляция во множественном числе, при аллергическом цистите – эозинофильные инфильтраты под эпителием и в мышечном слое.

Причины хронического цистита. Хронический цистит развивается при сопутствующем заболевании мочеполовой системы или при сложной патологии, способствующей инфицированию мочевого пузыря и развитию воспалительного процесса. При длительных нарушениях мочеиспускания, редком выделении мочи с полным опорожнением мочевого пузыря, наличии очагов хронической инфекции (пиелонефрит, вульвовагинит, простатит, уретрит, ЗППП, туберкулез, тонзиллит, кариес) снижение защитных свойств положительно влияет на развитие хронического цистита. Воспалительный процесс в мочевом пузыре стимулирует опухолевые образования в полости, полипозные наросты, дивертикулы, камни.

Симптомы хронического цистита. Хронический цистит может протекать бессимптомно или редко (1 раз в год) или часто (2 и более раз в год) с обострением, в виде непрерывного медленно протекающего процесса или процесса с выраженными симптомами. При хроническом цистите с постоянным скрытым течением жалоб нет, а воспалительные изменения в мочевом пузыре выявляются только при эндоскопическом исследовании.

Обострение хронического цистита может развиваться в виде острого или ускоренного воспаления. При катаральном характере хронического цистита наблюдаются сильные боли, учащенное мочеиспускание и болезненные ощущения в нижней части живота. Наличие примеси крови в моче подтверждает геморрагическое или язвенное поражение слизистой оболочки мочевого пузыря. Для персистирующего хронического цистита характерно нарушение функции резервуара мочевого пузыря и выраженные симптомы.

Диагностика хронического цистита. Определить диагноз хронического цистита сложно из-за искаженных менее выраженных симптомов. Начальный этап диагностики хронического цистита заключается в тщательном сборе анамнеза (с учетом заболеваний мочеполовой сферы и связи цистита с половым актом), у женщин - проведении гинекологического обследования с зеркальным осмотром, у мужчин-ректального исследования простаты. Следующим этапом диагностики хронического цистита является выполнение лабораторных исследований: общий анализ мочи по Зимницкому, Нечипоренко, бактериологический посев мочи с антибиотикограммой, забор мазка из уретры на ЗППП, забор мазка из влагалища на ЗППП и микрофлору у женщин.

В каждом случае хронического цистита, адекватного причине и механизму воспалительного процесса, необходимо индивидуально подбирать метод лечения, в зависимости от специфики данного заболевания. В лечении

хронического цистита комплексно используются этиологические, патогенетические и профилактические средства.

Профилактика хронического цистита. Предотвратить обострение хронического цистита позволяют превентивные курсы терапии, назначенные урологом (антибиотикотерапия, в том числе посткитальная, растительные диуретики, в постменопаузе - ЗГТ с эстриолом).

Важную роль в профилактике хронического цистита играет соблюдение личной гигиены и гигиены половых отношений, своевременное лечение урогенитальной патологии, сопутствующих гнойных процессов и гормональных нарушений в организме [135].

3.11. Предраковые заболевания щитовидной железы и других эндокринных желез

3.11.1. Предраковые заболевания щитовидной железы. Предраковые заболевания включают третий уровень дисплазии щитовидной железы (атипия). Его трудно отличить от рака *in situ* и отличить его можно только после иммуногистологического анализа, который выявляет онкомаркеры. С этой целью проводят пункционную тонкоигольную биопсию щитовидной железы. Предраковые заболевания щитовидной железы: узловой и эндемический зоб, доброкачественные образования-аденома, киста (табл.15).

Киста щитовидной железы представляет собой полостное образование, образованное одной из важнейших желез человеческого организма, представляет собой очень небольшую опухоль (рис.39) без коллоидного риска по составу. При этом причины кисты щитовидной железы объясняются следующими факторами: дефицитом йода; воспалительный процесс в железе без изменений-тиреоидит; гормональные нарушения, дисбаланс; неблагоприятное состояние окружающей среды экологической направленности; интоксикация, отравление; травма железы; врожденная патология щитовидной железы, наследственный фактор.

Симптом кисты щитовидной железы может быть выявлен периодически, но даже один эпизод подозрительных симптомов становится причиной обращения к врачу. Диагностика детей будет похожа на план обследования взрослых.

Таблица 15- Предраковые заболевания щитовидной железы.

Киста менее 1 см	Кисты от 1 до 3 см	Кисты размером более 3 см
1. Никаких субъективных ощущений	1. Может обнаруживаться самостоятельно при пальпации.	Образование пальпируется, визуально становится видимым.

2. Клиническая картина отсутствует	2. видно деформацию шеи. 3. Периодически выявляется дискомфорт в горле, в области шеи	Шея деформирована Одышка расширение сосудов шеи Дисфагия (трудности с глотанием пищи) Охриплость голосов боль при пальпации увеличение лимфатических узлов повышение температуры тела редко
------------------------------------	--	--

Сбор анамнезной информации, в том числе сбор наследственной информации, осмотр и пальпация железы. УЗИ щитовидной железы.

При подозрении на рак-биопсия.

Лечение. Лечение кисты щитовидной железы зависит от результатов диагностики, оно может быть как консервативным, так и оперативным. При своевременном выявлении доброкачественных образований прогноз благоприятный.

Профилактика кисты щитовидной железы. Ежедневный периодический прием нормального количества необходимых солей йода. Потребление йодированной соли.

Сокращение времени пребывания на солнце, особенно в летний период. Необходимо предохранить шею от травм, охлаждения, перегрева. Йод не обладает способностью к накоплению, необходим периодический прием витаминов. Каждые полгода проводится осмотр – осмотр, пальпация [136].

Атипия щитовидной железы при эндемическом зобе. Эндемический зоб, вызываемый внешними факторами и требующий постоянного тщательного наблюдения, относится к предраковым заболеваниям щитовидной железы. Именно эта патология является достаточно опасным процессом по рискованности процесса. В регионах, относящихся к эндемичной зоне по зобу, регистрируется значительное количество случаев рака щитовидной железы. К внешним факторам перехода предраковых состояний в злокачественные относятся: радиационные воздействия, несбалансированное питание, бытовая химия и др. воздействие вещества (рис.40).

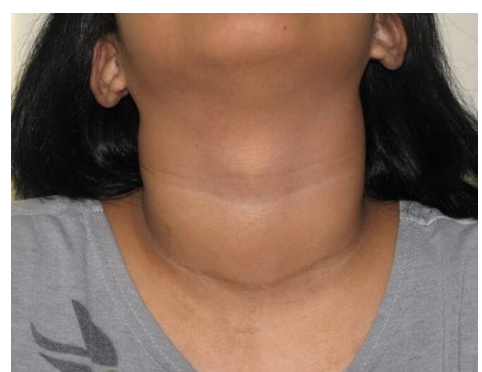


Рисунок 39 - Киста щитовидной железы

Рисунок 40 - Диффузный токсический зоб

Атипия щитовидной железы при узловом зобе. Рак щитовидной железы диагностируется у пациентов, ранее перенесших узловую форму зоба. Если узел начинает резко и сильно разрастаться, то этому вопросу необходимо уделить особое внимание, так как это подтверждает переход заболевания в злокачественную форму (рис.41).

Атипия щитовидной железы при кисте и аденоме. Киста-образование щитовидной железы размером более 15 мм. Сама киста не является причиной развития рака, к ней приводит причина образования кисты. По данным, злокачественность кисты происходит только в 10% случаев [137,138].

Аденома-это зрелая, доброкачественная опухоль щитовидной железы. Процесс перехода доброкачественного поражения в злокачественное очень трудно заметить, в связи с чем необходимо провести хирургическое иссечение аденомы до появления атипии клеток щитовидной железы.



Рисунок 41 - Узловой зоб

Атипия щитовидной железы симптомы: при переходе в злокачественную опухоль в начальной стадии атипии щитовидной железы никаких характерных симптомов не наблюдается, и врач может осмотреть границу с четкой плотностью. Как следствие, при наличии узелка в щитовидной железе врач должен, в первую очередь, избавиться от подозрения на злокачественный процесс и принять решение об эффективности удаления узелка.

Жалобы пациента, которые вызывают подозрение: общая слабость, отсутствие или ухудшение аппетита и снижение веса. В большинстве случаев, число которых достигает 90%, в передней части шеи, где расположена щитовидная железа, обнаруживается опухолевидное образование различной плотности и размера. Кроме того, может возникнуть симптом «тугого воротника» – ощущение компрессии на шее больного.

Профилактика предраковых заболеваний щитовидной железы. Необходимо исключить йодную недостаточность (показано употребление

йодированной соли, морской капусты), остерегаться частого рентгенологического облучения головы и шеи. Особенно важно своевременное лечение заболеваний щитовидной железы, регулярное профилактическое обследование лиц группы риска (лица, страдающие другими заболеваниями щитовидной железы, ранее подвергавшиеся облучению головы и шеи, проживающие на территории повышенной опасности).

Названия предраковых заболеваний щитовидной железы, основные клинические признаки, методы первичной диагностики, основные действующие факторы дополнительно приведены в таблице (Приложение 22).

3.11.2. Предраковые заболевания поджелудочной железы.

Предраковые заболевания поджелудочной железы-заболевания, приводящие к раку поджелудочной железы или заболевания, развившиеся до рака поджелудочной железы, что является результатом перехода количественных изменений поджелудочной железы со временем в новое качество (табл.16).

Таблица 16 - Прогрессирование предракового заболевания поджелудочной железы

Гуморальные фазы → (позитивное предположение)	Фаза Матрикс → (есть тенденция к переходу на растяжку)		Клеточные фазы (Подозрительное предположение)	
1. Увеличение секреции поджелудочной железы	1. Панкреатит	1. Хронический панкреатит. 2. Кисты.	1. Стеатоз, кальциноз поджелудочной железы	1. Фиброз поджелудочной железы 2. Железы различного качественного образования
Напряжение регуляции	Компенсация напряжения		Усталость компенсации	

Учет фазы прогрессирования, определение глубины патологического процесса, не только помогает выбрать перспективную тактику лечения, направленную на профилактику тяжелой фазы. В гуморальной фазе и в матриксной фазе могут использоваться различные методы лечения традиционного гомеопатического рака.

Сахарный диабет. Роль диабета в формировании опухоли до конца не определена. Но всем известно, что риск заболеть раком поджелудочной железы у диабетиков возрастает в 2 раза. У больных диабетом определяется рост протоков поджелудочной железы эпителиальной тканью.

Хронический панкреатит. Это заболевание относится к предраковому заболеванию поджелудочной железы и во все времена ассоциируется с раком

поджелудочной железы. Доказано, что по мере увеличения потребления жиров, алкоголя и консервантов, травмирующих поджелудочную железу, увеличивается частота возникновения опухоли. Устранение воспалительных процессов в железе и рациональное питание снижают вероятность перерождения в опухоль в поджелудочной железе.

Заболевания желчного пузыря. Предраковые состояния поджелудочной железы включают заболевания желчного пузыря. Выявлена прямая связь между холестериновыми камнями желчного пузыря и раком головки поджелудочной железы. Кроме того, после удаления желчного пузыря наблюдается частое развитие опухолей поджелудочной железы. С учетом этого становится понятной профилактическая роль преимуществ консервативного лечения заболеваний желчного пузыря.

Киста поджелудочной железы. Предраковые заболевания поджелудочной железы включают кисту поджелудочной железы. Встречаются злокачественные и доброкачественные кисты. Широкое распространение получили кисты, образовавшиеся от воспаления в результате перенесенного ранее острого или хронического панкреатита. Наиболее частым симптомом заболевания является постоянное болезненное ощущение в верхней части желудка, не связанное с приемом пищи. Иногда возникает тошнота и рвота [138].

Профилактика предраковых заболеваний поджелудочной железы включает своевременное и полноценное лечение воспалительных заболеваний поджелудочной железы.

Названия предраковых заболеваний поджелудочной железы, основные клинические признаки, методы первичной диагностики, основные действующие факторы дополнительно приведены в таблице Б. 19.

Формулируя результаты проведенного исследования, представим в виде схемы и таблицы алгоритм, позволяющий на ранней стадии выявлять злокачественные новообразования, выделяя облигатные, факультативные, фоновые виды.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ

Эпидемиологическая ситуация рака среди трудоспособного населения (на примере г.Шымкент)

Город Шымкент занимает одно из ведущих мест в Республике Казахстан по онкологическим заболеваниям. За последние пятнадцать лет заболеваемость раком увеличилась с 45 до 380 случаев на 100 000 человек. В городе Шымкент ежегодный прирост онкологических заболеваний составляет в среднем 0,9%, в то время как в Республике Казахстан этот показатель не превышает 1,6%. Ежегодно в Шымкенте более 11 000 человек заболевают раком и более 5 000 человек умирают. Уровень безработицы населения области составляет около 14 %, а средний показатель – 10,5 % [139]. Усугубляет ситуацию рост онкологических заболеваний, выявляемых в позднем периоде [140]. Так, в г. Шымкент 40,9% больных обращаются к онкологу с тяжелыми (III и IV) стадиями, не на начальных стадиях заболевания, половина из них имеют отдаленные метастазы (IV стадия), 50% - III и IV больных. Визуальная локализация. В 2017-2018 годах увеличиваются расходы бюджета здравоохранения от онкологических заболеваний (лечение больных, смерть от онкологических заболеваний) в г. Шымкент.

Эти факты явились решающими аргументами в пользу данного исследования. В литературе практически не рассматривается проблемы комплексного воздействия системы раннего выявления онкологических больных на работу онкологической службы. Сегодня есть возможность более полно узнать эпидемиологическую ситуацию по онкологическим заболеваниям в регионе, а также оценить современную тенденцию эпидемиологической характеристики возникновения этих заболеваний в сравнении с предыдущими периодами. На основании этих данных влияние раннего выявления рака на онкологическую службу можно оценить, оценив изменения интегральных показателей: ранние стадии рака, индифферентность, годовая смертность, годовое соотношение заболеваемости и смертности.

В 2017 г. в Республике Казахстан выявлено 25 000 новых случаев рака молочной железы, из них более 13 000 женщин. Заболеваемость раком молочной железы среди жительниц г. Шымкент составляет 20,7 на 100 000 населения по сравнению с 10,7 в Республике Казахстан. В г. Астане рак молочной железы составил 17,4% онкологической патологии среди женщин[141].

По данным онкологического регистра Национального онкологического научного центра Республики Узбекистан, рак молочной железы (20,4%) занимает первое место среди всех онкологических заболеваний [142].

По данным ВОЗ за 2017 год, все умершие среди жительниц Узбекистана составили 7600 человек, из них смертность от рака молочной железы составила 16,7%, а показатель заболеваемости составил 3370 случаев на 100 000 жителей.

В статистическом отчете ВОЗ за 2018 год показатель заболеваемости среди женщин в Республике Казахстан составил 2252 на 100 жителей. Смертность составляет 17,3%, примечательно, что чаще регистрируют заболеваемость женщин в возрастной группе 35-40 лет [143].

В целом по стране заболеваемость раком прямой кишки занимает 3-е место среди мужчин и 2-е место среди женщин. По данным отечественной аналитической статистики за 2012 г., распространенность этого заболевания достигла 1,4 млн, а смертность дала абсолютную цифру 693,9 тыс. В географическом характере заболеваемости КИ наиболее высокий уровень чаще регистрируется в странах Австралии, Европы и Северной Америки. Однако летальные исходы, вызванные этими патологиями, чаще встречаются в экономически слаборазвитых странах. В настоящее время в Бразилии и Чили, в Южной Америке, Румынии, России и Восточной Европе наблюдается стремительный рост заболеваемости раком прямой кишки. По статистике ВОЗ, рак прямой кишки встречается у 12,5% мужчин и 10,4% женщин среди всех видов рака. В 2014 году рак толстой и прямой кишки встречался у 84,5 мужчин и 56,4 женщин на 100 000 жителей. По стандартизованному показателю заболеваемость составляет 49,8% и регистрируется на высоком уровне у мужчин [144].

По данным ВОЗ в РК рак прямой кишки встречается в 11,0% случаев смерти от онкологических заболеваний у женщин и 04,1% у мужчин. Заболеваемость этим раком составила 1 149 на 100 000 населения среди женщин и 2 830 на 100 000 населения среди мужчин.

По данным ВОЗ, первые случаи рака шейки матки дали 527 600 случаев. Его цифра 265 700 привела к третьему по величине количеству смертей. Наиболее высокая частота этих заболеваний регистрируется в странах Африки, Латинской Америки и Меланезии, Западной Азии, Новой Зеландии, странах Северной Америки. А в африканских странах 90% случаев, вызванных раком шейки матки, заканчиваются летальным исходом. А в Индии он достигает 25%. Существует географическая изменчивость заболеваемости и смертности от СН. А доступность онкоскрининга наблюдается в связи с распространением вируса папилломы человека (ВПЧ) [145]. Поэтому следует широко использовать онкоскрининг на это заболевание.

В 2012 году, по данным мировой статистики, было зарегистрировано 300 400 новых случаев рака ротовой полости, из них 145 400 закончились

летальным исходом. Самые высокие показатели зарегистрированы в Меланезии, Юго-Восточной Азии, Восточной Европе, а самые низкие – в Западной Африке и Восточной Азии [146].

В Северной Ирландии Donnelly DW1, Gavin A провел крупномасштабное исследование, чтобы определить выживаемость 24-летних пациентов с раком мозга в период с 1993 по 2013 год. Использовался метод Каплана-Меира. В выборку вошли 2633 пациента с диагнозом ДЦП, из них 1386 (52,6%) мужчин и 1247 женщин, из них 43,3% пациентов в возрасте 15-24 лет. В этой группе больных отмечена высокая выживаемость 90,7% через 1 год лечения, причем лечение было более эффективным среди женщин. Однако смертность у лиц молодого возраста в целом превышала нормативные показатели на 24,7% (22-27,5) $p < 0,001$ и на 7,3% в год (5,5-9,2) $p < 0,0015$ [147].

В Соединенном Королевстве было проведено исследование для определения влияния социально-экономических условий и возраста пациентов на лечение и выживаемость при агрессивных лимфомах. В выборку вошли 2137 пациентов с диагнозом агрессивная лимфома. Интенсивное лечение получили 1709 (80%) больных. В окончательных результатах за период наблюдения умер 1161 (54,3%) больной. Пятилетняя общая и относительная выживаемость (ОП) составила 46,2% (95% ДИ 44,0–48,4%) у пациентов с простым лечением и 58,5% (56,1–60,9%) у пациентов, получавших интенсивное лечение. Установлено, что социально-экономические изменения у больных не повлияли на исход лечения. Лечение показало хорошие результаты у пациентов всех возрастов [147-148].

В 2016 году Американское онкологическое общество подсчитало, что в США у 1 685 210 человек будет диагностирован рак и 595 690 человек умрут от этого заболевания, 35% из которых будут в трудоспособном возрасте. Исследователи прогнозировали, что в 2016 г. увеличится количество злокачественных заболеваний от наиболее распространенных назальных заболеваний: рака молочной железы, легких, предстательной железы, толстой кишки, прямой кишки, мочевого пузыря, меланомы кожи, шейки матки, поджелудочной железы [148].

В Великобритании в период с 2009 по 2013 год КИ был диагностирован у 708 576 человек трудоспособного возраста. Около 66 000 женщин трудоспособного возраста и 53 000 мужчин были идентифицированы по половому признаку, 71 % из них были инвалидами [149].

При поддержке ВОЗ в 2012 г. в Непале был проведен ретроспективный анализ с целью определения нозологий онкологической заболеваемости по возрасту. В итоговую выборку вошли 7 212 пациентов, среди которых 51,9% составили пациенты среднего трудоспособного возраста. Наиболее частый вид рака у мужчин 60-74 лет (188,08 x 100 тыс. жителей) составил 13,6%, у женщин 50-52 лет (140,61 x 100 000) - 12,8% ($p < 0,98-1,06$) определялась статистическая значимость. Наиболее частыми злокачественными заболеваниями были бронхолегочный рак 17,6%, рак желудка 7,3%, рак гортани 5,2%, неходжкинская лимфома 4,5%. Среди женщин 19,1% рак шейки матки, 16,3% рак молочной железы, 10,2% рак бронхов и легких, 6,1% рак яичников, 3,8% рак желудка (таблица 1) [150].

Согласно исследованиям, проведенным в России, рак занимает третье место среди причин смерти жителей трудоспособного возраста. 19,2% среди мужчин, 9,8% среди женщин соответственно [151]. Мужчины трудоспособного возраста умирают от онкологических заболеваний почти в два раза чаще, чем женщины. В зависимости от структуры у мужчин обнаружен рак легкого, желудка, предстательной железы, у женщин – рак молочной железы, рак толстой кишки, рак желудка [152].

В России было проведено исследование заболеваемости раком в возрастной группе. В общей смертности смертность от рака среди жителей трудоспособного возраста составила 10,3-9,8% у мужчин соответственно, заболеваемость первой онкологической болезнью у больных 55-59 лет была в 9,8 раза выше, чем у больных 35-39 лет. Среди жительниц в возрастных группах 50-54 лет в 5,6 раза больше, чем у женщин 25-29 лет. Самый высокий показатель заболеваемости у мужчин в возрасте 75–79 лет составил 1674,4 случая на 100 000 населения, у женщин 70–74 лет — 784,9 случая на 100 000 населения [153].

Согласно информации, предоставленной Комитетом системы здравоохранения Украины, в текущей ситуации в Украине в среднем 1 млн. грн. Человек поставлен на учет раком. А смертность в два раза выше, чем в европейских странах. В Украине ежегодно диагностируют 160 000 новых случаев, около 100 000 человек умирают от рака, среди них 35% — больные трудоспособного возраста [154].

В ходе исследования, проведенного в Татарстане в период с 2005 по 2009 год, было установлено, что более 30% умерших от рака были людьми трудоспособного возраста. Результаты вышеперечисленных профилактических мероприятий оказали некоторое влияние на снижение смертности, но снижения смертности трудоспособного населения не наблюдалось [155].

Эпидемиологическая ситуация по онкологическим заболеваниям среди жителей Республики Казахстан

В Казахстане смертность от онкологических патологий занимает второе место в структуре общей смертности населения. Ежегодно от КИ умирают 17 тыс. человек, из них около 42% - больные трудоспособного возраста. За последние пять лет по статистике абсолютное число КИ в стране составило 28 573 случая в 2006 г., на конец 2011 г. этот показатель увеличился до 30 299, а в 2015 г. увеличился до 33 029, в 2014 г. 34 352, а уровень смертности в 2015 году был в 2016 году, этот показатель составил 91,3 на 100 000 населения. Ежегодно число пациентов с онкологическими патологиями растет на 5% [156].

В 2013 году абсолютное число случаев составило 146 404 случая. В связи с увеличением онкологических патологий, выявляемых по программе онкоскрининга. Ежегодно от инсульта умирает 17 000 человек.

Глава Республики Казахстан Нурсултан Назарбаев уделяет особое внимание отечественной онкологической службе. Одной из основных задач государственной программы «Здоровый Казахстан» в системе здравоохранения на 2011-2015 годы стало повышение доступности населения к эффективным диагностическим технологиям и качественным методам лечения, а также модернизация программы онкоскрининга.

По окончательным данным, предоставленным агентством РК, смертность от онкологических патологий в стране ниже на 3%. В 2011 году уровень смертности составлял 103,9, а в 2013 году — 100,7 на 100 000 жителей. Выявление рака в результате онкологического скрининга увеличивается на 0,7%. На это заболевание в 2013 г. приходилось 191,9 случая, в 2012 г. — 190,6 случая на 100 000 населения [157].

В 2013 г. онкологический скрининг на рак пищевода, желудка, печени, предстательной железы проводится по специальному плану в рамках программы совершенствования онкологической помощи в нашей стране на 2012-2016 гг. В план включен онкологический скрининг с целью выявления рака пищевода и желудка на ранних стадиях для 7 млн человек. 2013 С помощью онкоскрининга на раннее выявление рака пищевода планировалось обследовать 150 546 больных (плановый контингент 100,8%). 72,4% рака пищевода и 72,7% рака желудка диагностированы в I-II стадии. Онкоскрининг (ПСА) рака предстательной железы (плановый контингент 98,5%), в котором было выявлено 156 распространенных злокачественных образований, в том числе 78,8% 1-2 стадии [158].

Так что эти показатели все же ниже показателей развитых стран. Наиболее распространенными онкологическими патологиями в стране в 2011 г. были рак молочной железы (11,6%), легких (11,4%), кожи (10,7%), желудка (8,8%), шейки матки (4,8%), пищевода (4,4%), гемобластозы (4,4%), прямой кишки (4,4%), толстой кишки (4,1%) были обусловлены раком.

Рак бронхо-легких (20,4%), пищевода (5,3%), рак желудка (12,0%), кожи (9,6%), рак предстательной железы (6%), гемобластоз (4,9%), прямой кишки (4,6%), толстой кишки (4,1%), мочевого пузыря (3,7%) злокачественные заболевания.

Среди онкологических заболеваний у женщин чаще всего встречается рак молочной железы (21,4%), рак кожи (11,6%), рак шейки матки (8,8%), желудка (6,2%), анатомозов (7,0%), тела матки (5,5%), прямой кишки (4,6%), встречаются рак легкого (3,9%). Большой проблемой становится частая встречаемость заболевания КН в трудоспособном возрасте [159].

В Казахстане с помощью программ онкоскрининга возможно выявление на ранней стадии следующих нозологий рака (злокачественные опухоли молочной железы, шейки матки, желудка, пищевода, печени, кожи, прямой кишки, простаты). На основании опыта международных научных работ показано, что потребность в качественном, своевременном лечении предраковых и раковых патологий, выявляемых с помощью конкоскрининга, а также потребность в использовании организации современных технологических методов возрастает. В 2015 году установлено, что на диспансерном учете в онкологическом регистре РК состояло 150 436 больных онкологическими заболеваниями [160].

РК в 2011 году З.А. В поперечном исследовании Билялова наиболее частым видом рака является рак молочной железы (11,6%), при этом в 2012 году этот показатель в Казахстане удвоился (с 10,60/0000 до 22,80/0000) и среди онкологических патологий показал, что поднялся с 6-го на 7-е место на первое место, в 2013 г. видно, что заболеваемость раком молочной железы среди женщин увеличивается на 22,7 на 100 000 жителей.

Это заболевание занимает первое место среди жительниц Республики Казахстан. Заболеваемость раком молочной железы у женщин составила 55,4 на

100 000 жителей. А нормированный уровень составляет 22,3 на 100 000 жителей [161].

В результатах управления статистики Южно-Казахстанской области за последние пять лет показан уровень годовой продолжительности жизни с учетом заболеваемости и смертности на 100 000 жителей. В 2011 году численность населения ОКО составляла 100,8, а в 2016 году - 108,3 на 100 000 населения. В 2011 году уровень смертности составлял 54,3 на 100 000 жителей, а в 2015 году этот показатель увеличился до 56,6 на 100 000 жителей. Пятилетняя выживаемость составила 48,4 в 2011 году и 85,4 на 100 000 населения в 2015 году. В 2011 году впервые в городе Шымкент количество больных составило 146,1, а в 2016 году показатель снизился до 145,6 x 100 000 человек. Уровень смертности составлял 75,7 в 2011 году и снизился до 72,4 на 100 000 человек в 2015 году. А если ориентироваться на пятилетнюю продолжительность жизни, то мы подтвердили, что прирост на 100 жителей составил 49,2 в 2011 г. и 91,4 в 2016 г. [161].

На основании научных данных, полученных в обзоре зарубежной и отечественной литературы, онкологические заболевания в мире, в Республике Казахстан, в Южно-Казахстанской области, в городе Шымкенте увеличиваются заболеваемость и смертность от онкологических патологий среди лиц трудоспособного возраста. Многие авторы исследований считают, что раннее выявление онкологических заболеваний среди лиц трудоспособного возраста имеет большое социальное и медицинское значение и предполагает необходимость дальнейших современных исследований, поскольку заболеваемость и смертность от онкологических заболеваний среди молодежи ежегодно увеличивается .

Рак молочной железы является 1-м наиболее распространенным заболеванием среди женщин в Казахстане за последнее десятилетие. В 2011 году показатель заболеваемости среди женщин составил 20,6 на 100 000 населения. Среди всех злокачественных заболеваний он занимает 3-е место по смертности.

В 2007-2008 годах в рамках программы онкологического скрининга Д.Т. Арыбжанов, В.Ш. Навесова, Ю.С. Туменбаева и ряд других исследователей провели анализ результатов маммографии [162]. Маммографическое обследование прошли 54 547 женщин. Среди них 51,62% имели фиброзно-кистозную мастопатию, 79,21% доброкачественные кисты, 0,98% далипомы, 0,42% дафиброаденомы и 0,25% рак молочной железы. Результаты исследования показали эффективность онкологического скрининга, так как 0,25% рака молочной железы выявляется на ранней стадии [163].

В 2014 году по итоговым данным онкоскрининга среди населения РК среди целевых групп выявлен рак молочной железы. Обследовано 55 086 женщин целевой группы (возрастная группа 50-52-54-56-58-60 лет), у 76

женщин диагностирована ХБП. По результатам гистологического исследования у 21,1% женщин был диагностирован рак молочной железы [164].

В период с 2008 по 2012 годы в г. Семей было проведено изучение результатов онкологического скрининга, и по результатам цитологических материалов охват целевой группы рака молочной железы составил в 2006 году 96,1%, а в 2007 и 2008 годах - 100%. В 2009 году охват целевой группы составил 93,3%. А результаты онкоскрининга год за годом показывают свою эффективность в определении рака молочной железы [165].

По данным масштабных исследований, проведенных в Австралии [89], рак кишечника составляет 9,4% общемирового показателя и занимает 4-е место среди основных причин смерти от онкологических патологий [166].

В Австралии рак прямой кишки является одним из наиболее часто регистрируемых видов рака из-за возраста. В Австралии и других странах прямую кишку выявляют в 40% случаев при первой стадии КИ [167]. В этой стране основана эффективность ректального КИ-неонкоскрининга. Выявление облигатных патологий (узлов) рака прямой кишки и рака прямой кишки, снижение заболеваемости за счет лечения заболевания на ранней стадии [168].

В рамках Австралийской национальной системы скрининга рака желудочно-кишечного тракта (NBCSP) в 2011 году был предложен универсально применимый метод. Этот опрос проводится на группе людей в возрасте 50, 55, 65, 70 и 75 лет. По результатам контролируемых рандомизированных исследований (КРИ) частота выявления ректальной КИ составила 6-9%, а снижение онкологической смертности - 15-33% [169].

В 2010 г. было проведено крупномасштабное когортное исследование по определению ректального КИ среди жителей Гонконга. В нашей стране заболеваемость раком прямой кишки занимает второе место среди распространенных онкологических патологий: у мужчин заболеваемость составляет 64,8 на 100 000 населения, у женщин 44,8 на 100 000 населения. В исследованиях, проведенных методом онкологического скрининга, рак прямой кишки выявлен у 16,3%, более половины рака, 90%, выявлено в 3-й стадии у 50-летних женщин [170].

В 2009 году в Канаде было проведено исследование по определению ректального КИ. Был проведен систематический обзор литературы для определения статистической значимости между результатами колоноскопии и показателями смертности (2009 г. - Vaxter). В выборку вошли 10 292 пациента. Тест Немосcult подтвердил, что результаты онкоскрининговых тестов снижают смертность от рака прямой кишки. В странах, где онкоскрининг рака прямой кишки не проводился, смертность составила 32%, а в регионах, где онкоскрининг проводился 1 раз в 2 года, этот показатель снизился на 9-22% (ОШ, 0,33 ДИ, 0,28-0,39) [171].

В Швейцарии было проведено крупномасштабное проспективное когортное исследование. Количество участников исследования составило 1912 человек, для исследования были отобраны возрастные группы 50-65 лет. В

течение десяти лет респонденты исследования повторяли обследование один раз в 2 года. 86,4% проводили колоноскопию специальным респондентам. По результатам исследования частота встречаемости ректальных КИ составила 0,1% [172].

Denys Blotter в 2013 г., Quintero Ко в 2012 г. в исследованиях, опубликованных авторами в 2010 г., показали следующие результаты, метод колоноскопии использовался для выявления ректальной ХБП на ранней стадии, часто выявлялось кишечное кровотечение с перфорацией кишки как осложнение. Частота встречающихся перфораций желудочно-кишечного тракта увеличилась с 0,01% до 0,1% в ходе обзора литературы. Кровотечение из кишечного тракта произошло между 0,1% и 0,6%. Осложнения чаще встречаются у людей, перенесших полипэктомию. В исследовании сделан вывод о негативном влиянии колоноскопических исследований (таблица 2) [173].

Колоректальный рак является третьим наиболее распространенным типом рака в Соединенных Штатах. Вторая причина смерти женщин и мужчин. В США показатель смертности от патологий рака прямой кишки составляет 9%. Риск заболеваний прямой кишки у населения среднего возраста увеличивается с каждым годом, в основном среди лиц трудоспособного возраста от 40 лет. В последние 10 лет в странах, применяющих скрининговые исследования, определяется снижение смертности от ректального КИ и увеличение 5-летней выживаемости [174].

Исследователи из США и Западной Европы провели методологическую экспертизу исследований, проведенных по ректальным КИ. 4 прагматических результата рандомизированных исследований ($p=458002$) установили, что смертность от ректального КИ снизилась на $0,73 \pm 0,73$ (95% ДИ 0,66-0,82).

Данные рандомизированного 12-летнего онкоскринингового исследования ($p = 419\ 966$) подтвердили значительное снижение смертности 0,91; 95% ДИ 0,84–0,98, 19,5, 0,78; 95% ДИ 0,65-0,93). Установлено, что чувствительность колоноскопического исследования на ранней стадии рака была высокой, выявлялись аденомы размером более 6 мм, частота выявления рака увеличилась с 75% (95% ДИ 63% - 84%) до 93%. (95% ДИ 88%-96%). Колоноскопия имеет серьезные побочные эффекты. К ним относятся перфорация кишечника (возникла после 4/10 000 процедур, 95% ДИ, 2–5 на 100 000) и массивное кровотечение (возникло после 8/10 000 процедур, 95% ДИ, 5–14 на 100 000) [175].

В метаанализе, проведенном Towler ВР в 1998 г. [95, с. 348; 100,101], а в исследовании 2007 года, проведенном Hewitson Р, риск смерти от колоректального рака был снижен на 16% (ОШ 0,84; ДИ 0,78–0,90). Европейский совет рекомендует разъяснять резидентам положительные и отрицательные эффекты посева крови при диагностике ректального КИ [176].

Согласно Приказа №8 Министра здравоохранения РК, вступившего в силу в 2013 году, профилактика предраковых и раковых патологий

прямой кишки (50, 52, 54, 56, 58, 60, 62, 64, 66, 68 , 70, 75 лет) в целевой группе проходят **скрининг женщины и мужчины** [177].

По результатам онкоскрининга в 2014 г. систематически обследовано 837 целевых групп (50, 52, 54, 56, 58, 60, 62, 64, 66, 68, 70 возрастных групп) на выявление рака прямой кишки. Онкологическая патология выявлена у 17 больных. КН I стадии выявлен у 4 больных. КИ II стадии выявлены у 12 больных, а КИ III-IV стадии выявлены у 1 больного, а также определена статистическая значимость частоты встречаемости рака прямой кишки во второй группе крови [178].

Рак шейки матки считается основной причиной гинекологических злокачественных новообразований по всей стране, а также распространен в развивающихся странах. Онкоскрининг считается одним из наиболее эффективных способов выявления рака шейки матки. Расширяются методы борьбы с КИ путем раннего выявления онкологических заболеваний.

Рак шейки матки является актуальной проблемой в Республике Казахстан. Заболеваемость и смертность от рака шейки матки (8,4-3,9 на 100 000 жителей) в Казахстане держится на высоком уровне. Введение скрининга рака шейки матки в государственную программу требует современной реализации. В 2014 году в Казахстане для онкоскрининга на выявление рака шейки матки было отобрано 514 959 женщин. В полученном результате выявляют обязательные, фоновые изменения. Фоновые изменения (ASCUS), т. е. легкая дисплазия выявлена у 20 873 (4 %) респондентов, диффузная дисплазия - у 15 459 LSIL (2,8 %), тяжелая дисплазия в виде HSIL - у 31 600 (0,6 %), внутриклеточная карцинома (CIS). Он диагностирован у 133 (0,03%) женщин, инвазивный рак — у 172 (0,03%), рак шейки матки — у 145 (8,4%) женщин [179].

В стране необходимо повысить квалификационный уровень специалистов-цитологов, овладеть их знаниями по дифференциальной диагностике, внедрить систему современных технологий. Для дальнейшего совершенствования направления онкоскрининга рака шейки матки в Казахстане необходимо организовывать медицинскую помощь, выявлять проблемы, возникающие у врачей первичного звена и педагогов, повышать квалификацию специалистов и проводить специальные программы онкоскрининга. Ряд авторов указывают на необходимость внутреннего и внешнего мониторинга [180].

В Западно-Казахстанской области в 2008 и 2012 годах нескрининговое обследование на выявление рака шейки матки в начальной стадии прошли 234 695 женщин. В 2008 году зарегистрирован самый высокий уровень заболеваемости - 81,5%. В 58,8% случаев рака шейки матки и предраковых изменений выявлена дисплазия легкой степени, в 20,3% - патологические изменения ASCUS и ASC-H. Наблюдалось увеличение среднего показателя дисплазии на 15,7%. Рак шейки матки выявлен у 2,1% женщин [181].

В соответствии с Приказом МЗ РК от 12 августа 2011 года № 540 «Онкологическая помощь организациям здравоохранения Республики Казахстан» указано, что планирование целевых групп по метод онкоскрининга должен быть не ниже 70% [182].

Исследование цитологических материалов от 82373 женщин проведено в диспансере Восточно-Казахстанской области. В онкоскрининговом цитологическом исследовании в 2009 - 2011 гг. получены следующие результаты по ранней стадии рака шейки матки: 0,04% в 2009 г., 0,02% в 2010 г., 0,03% в 2011 г. Тяжелая дисплазия в 2009 г. - 0,02%, 0,03% в 2010 г. , 0,04% в 2011 году. Для выявления рака шейки матки на ранней стадии необходимо особое внимание уделить программе онкоскрининга, а при проведении онкоскрининговых тестов рекомендуется обращать внимание на качество обследования целевой группы (авторы исследования) [183].

В 2014 году 69412 женщин целевой группы прошли цитологическое онкоскрининговое обследование в Южно-Казахстанской области с целью выявления рака шейки матки. Предраковая патология выявлена у 3816 обследованных женщин , у 20 обследована шейка матки. Среди них I стадия КИ не обнаружена, II стадия выявлена у 8 пациенток, III-IV стадия подтверждена цитологическим методом у 12 женщин [184].

В целях выявления рака шейки матки на ранней стадии по программе онкологического скрининга рекомендуется обучить врачей, проводящих цитологическое исследование современным способом, направить их на циклы кольпоскопии, повысить квалификацию врачей первичного звена в области онкологии. [85].

Рак предстательной железы занимает 3-е место среди причин смерти среди онкологических патологий у мужчин. Клинические признаки гиперплазии предстательной железы часто скрыты, поэтому большинство мужчин умирают из-за несвоевременной диагностики. В сыворотке крови выявляют ПСА (простатический специфический антиген) предстательной железы. Высокая чувствительность теста на ПСА была четко доказана в 1990-х годах, хотя было проведено множество исследований, результаты которых до сих пор вызывают споры среди исследователей [86].

Проведение скринингового исследования в Казахстане (на примере г. Шымкент)

В исследование были включены онкологические больные в возрасте 16-62 лет в городе Шымкент. Изучено их состояние здоровья, социальное качество жизни и характеристика организации медико-санитарной помощи больным этой группы.

В качестве территории исследования был выбран город Шымкент. Город Шымкент является крупнейшим административным, экономическим, политическим и культурным центром Республики Казахстан. Кроме того, в городе хорошо развита сеть лечебно-профилактических учреждений

различного профиля и является основным индикатором изменений в социальной сфере. -экономика и здоровье общества.

Концентрация населения в Шымкенте продолжается из года в год, такая ситуация требует правильной организации медицинской помощи жителям в современном понимании, мер по профилактике заболеваний, созданию и внедрению инфраструктуры здравоохранения.

Стремительное развитие крупных городов может вызвать неблагоприятные изменения в совокупности социально-демографических, психологических и экологических факторов.

В настоящее время, как свидетельствуют масштабные исследования, вирусно-инфекционные агенты с экологическим неудобством определены как одна из основных причин развития онкологических заболеваний. Такая среда может влиять на развитие КИ у населения, особенно у трудоспособного населения.

Все это, безусловно, неизбежно сказывается на показателях здоровья общества и является поводом для проведения систематических исследований и разработки мероприятий по оздоровлению. Областной онкологический диспансер и городские поликлиники (№1, №2, №3, №4, №5, №6, №8, №9, №10, №11, №12, Центральная поликлиника) были взяты за основу исследования. Для определения размера необходимого множества, для получения репрезентативного результата, предварительно были рассмотрены результаты нескольких факторов и взяты группы выборки.

В случае выявления у жителей онкологических заболеваний стимулирование больного к получению специализированной медицинской помощи является первым этапом системы организации онкологической помощи. Призыв людей брать на себя ответственность за свое здоровье является основным моментом эффективного лечения.

Когда пациентам говорят, что у них диагностирована онкология, сознание больного наполняется страхом, тревогой и неуверенностью в исходе болезни, что вызывает у пациентов стресс.

У больных трудоспособного возраста этот стресс чаще протекает интенсивно в связи с семейной и производственной обстановкой, социальным положением. На данном этапе не учитываются условия социальной защиты таких пациентов психологами.

Вторым важным вопросом является организация современной помощи в раннем выявлении онкологических патологий и организация регулярного повышения онкологических знаний врачей общей практики и онкологов.

Обзор литературы также показывает, что смертность, инвалидность и раннее выявление СН связаны с неспециализацией смертности от СН.

Раннее выявление КН затруднено для первичных санитарно-медицинских работников районных и городских больниц, что связано с низким уровнем организации грамотного выявления КН на начальном этапе. Низкая

выявляемость рака на ранней стадии, увеличение осложнений КИ обуславливает неблагоприятную онкологическую ситуацию.

Социально-статистическое исследование среди работников первичной медико-педагогической помощи, врачей-онкологов и трудоспособных онкологических больных поликлиник ОКО и г. Шымкент в процессе выявления недостатков в раннем выявлении онкологических заболеваний и в организации онкологической помощи.

2.2 Общее описание методов исследования

В диссертации использовались следующие методы исследования: анализ, непосредственное наблюдение, медицинские и информационно-статистические документы, копирование данных, социологический и статистический. Анонимная анкета собиралась после полного ответа респондентов, для повышения достоверности задавались открытые и закрытые вопросы. Случайным образом были отобраны амбулаторные карты с медицинскими картами.

Программа исследования раскрыла основное содержание каждого раздела и определила особенности показателей анализа. При этом он показал ведущие критерии организации мероприятий по выявлению онкологических патологий среди населения на ранней стадии, оценку здоровья людей с традициями быта.

В современных социально-эпидемиологических условиях определены основные пути повышения качества выявления и лечения при ЭД. В ходе исследования были проанализированы следующие данные: изучение медицинской помощи, оказываемой онкологическим больным, определение состояния повышения квалификации врачей в соответствии с действующей системой модернизации, изучение социальных аспектов распространенности КИ при раннем выявлении онкологических заболеваний, проанализированы мнения больных, разработаны методические подходы. В ходе реализации программы исследований показаны общеонкологические и индивидуальные особенности заболевания больных трудоспособного возраста. Изучены социально-гигиенические критерии различных аспектов образа жизни больных и условия формирования исходов их здоровья, на основе анкетирования сформированы основные направления инвалидизации и реабилитационных мероприятий. В процессе современного совершенствования онкоскрининговых исследований по раннему выявлению опухолевой и преинфарктной патологии рекомендовано эффективное внедрение методических подходов.

Согласно целям и задачам нашей исследовательской работы, программа исследования состоит из 5 этапов (табл. 17). Объекты исследования выполнялись в соответствии с поставленными задачами и сроками.

Таблица 17 – Этапы программы научных исследований

Этапы исследования	Исследовательская	Источники исследований и управление юнитами
1	2	3
Предварительный период		
Литература, нормативная анализ документов , обзор литературы.	Анализ	Медицинская литература (монографии , журналы, статьи, методические инструкции, инструменты, научные статьи, рефераты, диссертации и др. п.). Всего было проанализировано 250 литератур, в том числе 150 зарубежных и 100 отечественных.
1 этап. 2006-2016 гг. Жители трудоспособного возраста г. Шымкент, ОКО включая заболеваемость, инвалидность и смертность от рака.		
Последний в городе ОКО Шымкент За 10 лет (с 2006 по 2016 г.) заболеваемость, смертность онкологических учреждений, анализ инвалидности. Исследуемый контингент по возрастным группам определить особенности уровня и структуры общей заболеваемости.	Статистика анализ, копии данных	Данные Института Онкологии Республики Казахстан. из диспансера, статистического отдела - должностное лицо статистические сборники являются окончательными Проанализировано за 10 лет (2006-2016 гг.) Онкологические больные сначала регистрационные данные больных, выявленных повторно формы №7 и №30, №90 Копии бланков получены. История болезни - №003/у, амбулатория больного с карт № 025/у, данные
Фаза 2. В городе ОКО Шымкент получил рак и первичные заболевания КИ Анализ результатов программы скрининга для определения стадии		
1	2	3

<p>Онкоскрининг, проводимый CSO проанализировать результаты программы. Опухоли и опухоли с ранней диагностикой лобных патологий причины отсрочки лечения, выявить негативные факторы влияния.</p>	<p>Опросник</p>	<p>Годовой отчет ОКО ООО, городские поликлиники информация, онкология Заключение онкоцитологического и маммографического скрининга для женщин была получена информация. Женщины и проводится для целевой группы мужчин Собраны окончательные данные гемокульт-теста, колоноскопии. копии медицинских карт было получено (N=15111).</p>
<p>3-й этап. Анкетирование исследования проводилось среди N=1669 пациентов. Распространение онкологических заболеваний среди населения трудоспособного возраста, роль влияющих факторов,</p>		
<p>Возрастно-половые характеристики материально-бытовые условия онкологических больных трудоспособного возраста условия жизни; семья и работа морально-психологическое состояние на месте; трудовая деятельность особое внимание уделялось его особенностям. Медицинская грамотность;</p>	<p>Социальная статистика люди (опрос)</p>	<p>Проводится по данным исследования Было отобрано N=1669 пациентов.</p>
<p>4 этап. Изучение мнений медицинских работников по вопросам организации онкологической помощи.</p>		
<p>1) Изучение взаимоотношений врачей между лечебными учреждениями. 2) Изучить мнения районных врачей и онкологов об организации режима работы. 3) Оценка знаний врачей в системе онкоскрининга и обратная связь при организации скрининговой программы выявить ключевые факторы влияния.</p>	<p>Социолог - или _ (опрос)</p>	<p>500 – региональные и 40– опрос онкологов был проведен</p>
<p>1</p>	<p>2</p>	<p>3</p>

5-й этап. Разработка лечебных, организационных и методических подходов для своевременного выявления и лечения онкологических заболеваний среди трудоспособного населения и совершенствования диспансерного наблюдения за онкологическими больными.

Исследование было разделено на 3 направления. По первому направлению из 11 200 больных, состоящих на учете в общем областном онкологическом диспансере, к больным трудоспособного возраста были отнесены 5 874 больных, отобрано N=1 696 больных. Окончательную выборку составили 1669 пациентов, анкеты 27 пациентов, не полностью ответивших на вопросы анкеты, в исследование не включались. В контрольную группу вошли N=1754 трудоспособных пациента, посещавших клинику. Вторую группу составили N=600 районных врачей районных и городских поликлиник ЮКО, 100 врачей были исключены из исследования в связи с неполными ответами на вопросы анкеты. Для исследования были взяты опросы в общей сложности N= 40 врачей-онкологов, маммологов, работающих в районных и городских поликлиниках области (рис. 17). Третье направление исследований – медицинские карты больных, прошедших онкологический скрининг, а также медицинские карты с N=15 111 зарегистрированных медицинских карт в многопрофильных стационарах за последние 10 лет.

Информированное согласие на участие в исследовании получено от пациентов трудоспособного возраста (16-62 года).

Мы обработали выборку основной популяции с помощью онлайн-калькулятора Epi Info.

Из общего исследования исключались респонденты: больные, нуждающиеся в экстренном лечении, больные с тяжелой декомпенсированной хронической патологией (больные с III, IV степенями хронической сердечной недостаточности), дети, беременные женщины, жители других регионов. Кроме того, в выборку не включались медицинские карты и карты без подробной информации о пациенте.

2.3 Этическое одобрение

Этическое разрешение на проведение научных исследований получено от этического комитета Международного казахско-турецкого университета имени Ходжи Ахмета Яссауи (протокол № 9а от 29.10.2015 г.). От всех опрошенных респондентов получено информированное согласие на участие в исследовании. Все данные вносились в базу данных в закодированном виде.

2.4 Статистическая обработка результатов исследования

Расчеты проводились с помощью программы MS Excel на компьютере, а данные, полученные в ходе исследования, подвергались статистической обработке с использованием тестовой версии SPSS (SPSS Inc 17, Чикаго, Иллинойс, США).

Мы проверили тип распределения общего множества по критерию Колмогорова-Смирнова для большой выборки при описании числовых показателей. В качестве нулевой гипотезы мы приняли, что исследуемая гипотеза не отличается от нормы. Если достигнутый уровень значимости (p) меньше 0,05, то нулевая гипотеза отклоняется. При изучении 2 и более групп определялся тип распределения для каждой группы. Мы использовали среднее арифметическое (Sr) и стандартное отклонение (SD) для описания числовых данных с нормальным распределением. Также показан доверительный интервал (ДИ) для среднего значения 95% населения. Если количественные данные не подчинялись нормальному закону распределения, для их описания использовали медиану (Md), а для оценки интервала медианы рассчитывали 95% ДИ [187]. использовались процентная частота и пропорции. ДИ были рассчитаны для среднего значения выборки и доли выборки. Параметрический критерий использовался для нормального распределения данных и непараметрический критерий для асимметричного распределения.

Если данные распределялись нормально, для сравнения среднего значения в двух независимых группах использовали непарный критерий Стьюдента [188].

Критерий хи-квадрат Пирсона использовался для сравнения номинальных данных в двух независимых группах. При сравнении качественных данных 3-х и более групп использовали хи-квадрат Пирсона.

Для анализа результатов рандомизированного контрольного исследования применяли множественный линейный регрессионный анализ, значимость которого определяли с помощью хи-квадрата Пирсона. Показана нескорректированная и скорректированная значимость коэффициентов и их ДИ [189].

Заболеваемость раком, смертность и уровень инвалидности среди трудоспособного населения г. Шымкента

Несмотря на организацию медицинской помощи на высоком уровне, смертность от онкологических патологий в Республике Казахстан занимает второе место в структуре общей смертности населения. Ежегодно от ХБП умирают 17 тыс. человек, около 42% из них — больные трудоспособного возраста. За 10 лет, согласно статистической сводке, заболеваемость ХБП увеличивается с 361,9 на 100 000 населения в 2006 г. до 409,3 на 100 000 населения в 2016 г. Среди них распространенность заболевания у жителей Шымкента в 2006 году составила 606,4 на 100 000 жителей, в 2016 году – 576,1 на 100 000 жителей. Высокий уровень среди жителей района отмечен в Байдибекском районе в 2006 году, когда распространенность заболевания составила 272,8 на 100 000 жителей, а в 2016 году заболеваемость составила 473,1 на 100 000 жителей. Наоборот, мы выяснили, что самый низкий показатель зарегистрирован в Сарыагашском районе в 2006 г. – 291,7, а в 2016 г. он снизился до 278,9 на 100 тыс. жителей (табл. 18).

Таблица 18 - Заболеваемость раком на 100 000 населения за последние 10 лет среди жителей Южно-Казахстанской области

Нет	Район и город	2006 г.	2009 г.	2012	2015	2016
		100 тысяч человек.	100 тысяч человек.	100 тысяч человек.	100 тысяч человек.	100 тысяч человек.
1	Арысский район	195,8	374,6	378,0	441,6	445,4
2	Байдибекауда	272,8	274,8	282,5	461,6	473,1
3	Казыгуртский район	211,2	234,5	326,9	318,6	319,1
4	Махтаральский район	246,9	292,6	321,0	292,4	296,3
5	Ордабасинский район	347,4	302,4	339,1	323,5	326,1
6	Отырарский район	295,6	376,4	425,4	326,6	332,2
7	Сайрамский район	351,6	384,0	358,5	379,3	380,2
8	Сарыагашский район	291,7	292,8	259,0	263,1	278,9
9	Созакский район	152,9	209,6	315,1	373,0	385,1
10	Толембийский район	429,0	409,9	478,2	432,4	456,3
11	Тулкибасский район	429,0	332,6	458,9	409,5	423,1
12	Шардаринский район	296,9	335,9	348,4	302,3	323,1
13	город Кентау .	440,9	455,4	412,3	397,6	401,5
14	Туркестан	266,6	317,6	313,6	285,8	296,3
15	город Шымкент	606,4	703,0	758,1	565,1	576,1
я 6	Все:	361,9	405,0	435,1	401,3	409,3

7 , заболеваемость и смертность от ВСС за последние 10 лет была выше, чем от представленных ниже видов рака. Установлено, что на первом месте стоит грудь, желудок, легкие и кожа (грудная железа 14,5% 0000 у женщин и желудок 9,7% 0000 у мужчин) (табл. 6).

В таблице 6 представлены наиболее распространенные виды рака, впервые зарегистрированные среди жителей города Шымкент ОКО в период с 2006 по 2016 год.

Место (от I до X)	Локализация рака	2006 __		2016 __	
		Абс.	100 тысяч человек	А бс.	100 тысяч человек
Я. _	Все виды рака	2003 г.	76,9	3123	109,2

1	Молочная железа	184	9,3	413	14,5
2	Желудок	165	5,8	282	9,7
3	Легкие	122	6,8	243	8,5
4	Кожа	131	5,6	214	7,5
5	пищевод	109	3,8	155	5,5
6	Шейка матки	153	5,7	195	6,9
7	Брат	86	3,9	123	4,4
8	Анабез	90	2,4	100	3,5
9	Почка	84	3,3	87	3,1
10	Половые органы	64	2,7	58	2,4

Индекс общей заболеваемости онкологическими заболеваниями среди жителей трудоспособного возраста г. Шымкент, 2006-2016 гг.

мы учились между В ходе исследования мы выяснили, что этот индикатор дает динамичный рост без остановки. В 2006 г. этот показатель составлял 382,7 случая на 100 000 жителей, а в 2010 г. он достиг максимального уровня (385,8‰₀₀). В 2010 году этот показатель действительно высок из-за массового обследования шымкентцев [190].

За последние годы (2006-2016 гг.) этот показатель увеличился с 382,7‰₀₀ до 385,5‰₀₀ (рис. 42).

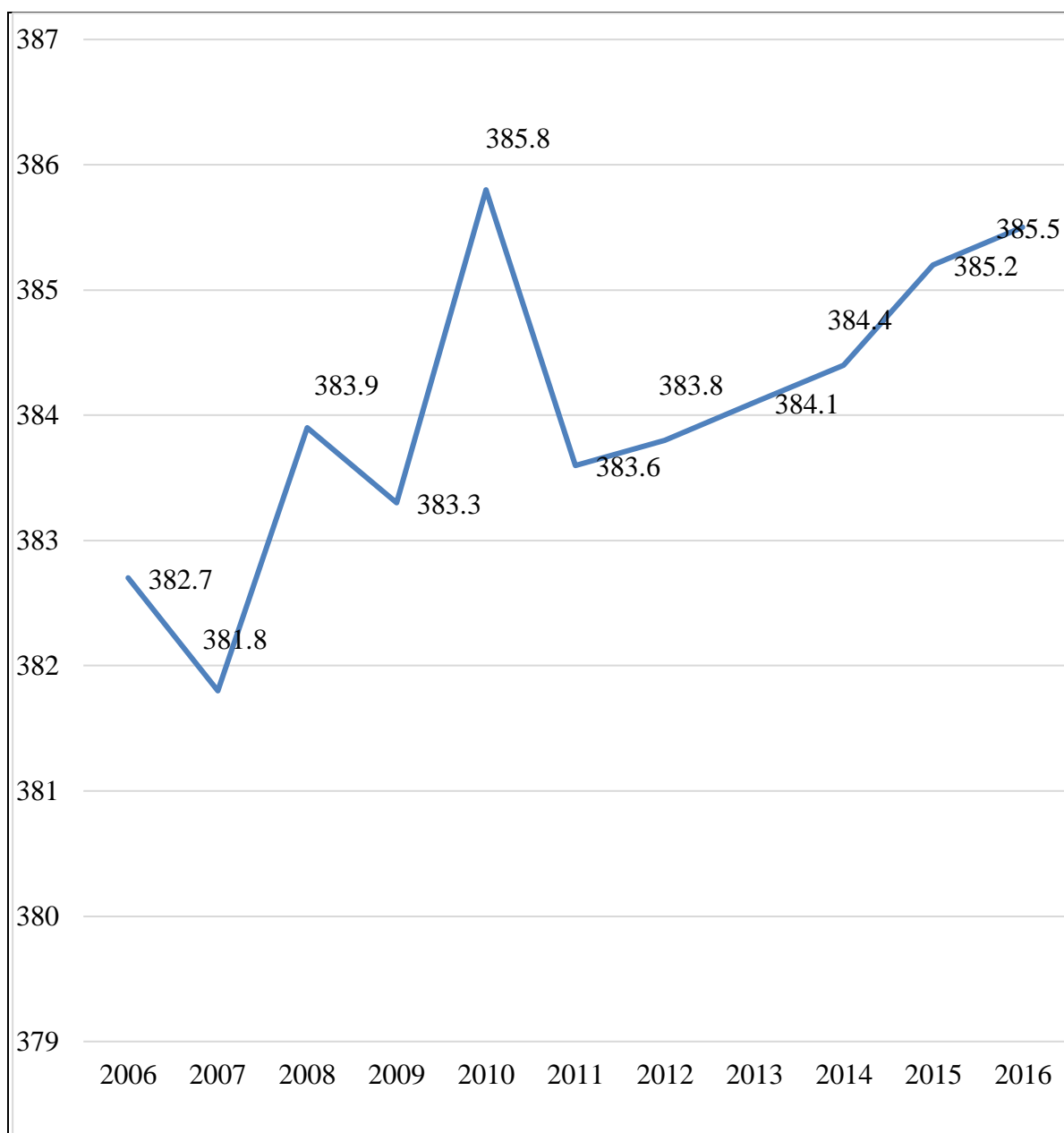


Рисунок 42 – Динамика заболеваемости онкологическими заболеваниями среди трудоспособного населения г. Шымкента в 2006-2016 гг. (на 100 000 населения)

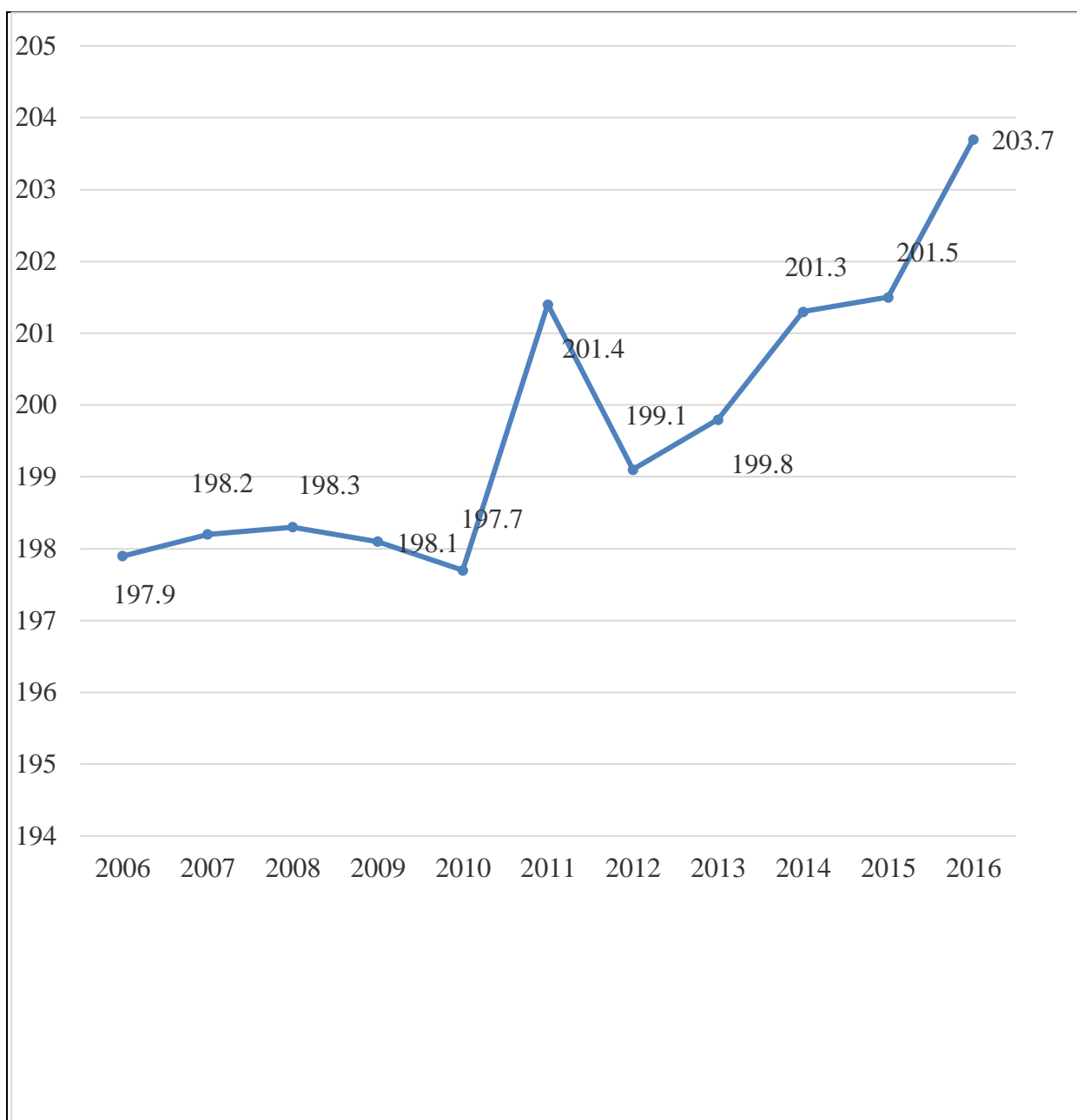


Рисунок 43 – показатель впервые заболеваемости раком среди трудоспособных жителей г. Шымкент, динамика на 100 000 жителей

Динамика индекса первых случаев онкологических заболеваний среди жителей трудоспособного возраста г. Шымкента за 2006-2016 годы показала, что данная патология увеличилась с 197,9‰ до 203,7‰. Максимальный его уровень был определен в 2016 г., годовой прирост составляет 0,293‰. По

сравнению с этим уровень заболеваемости первичным раком увеличился на 2,9% за годы исследований (рис. 43).

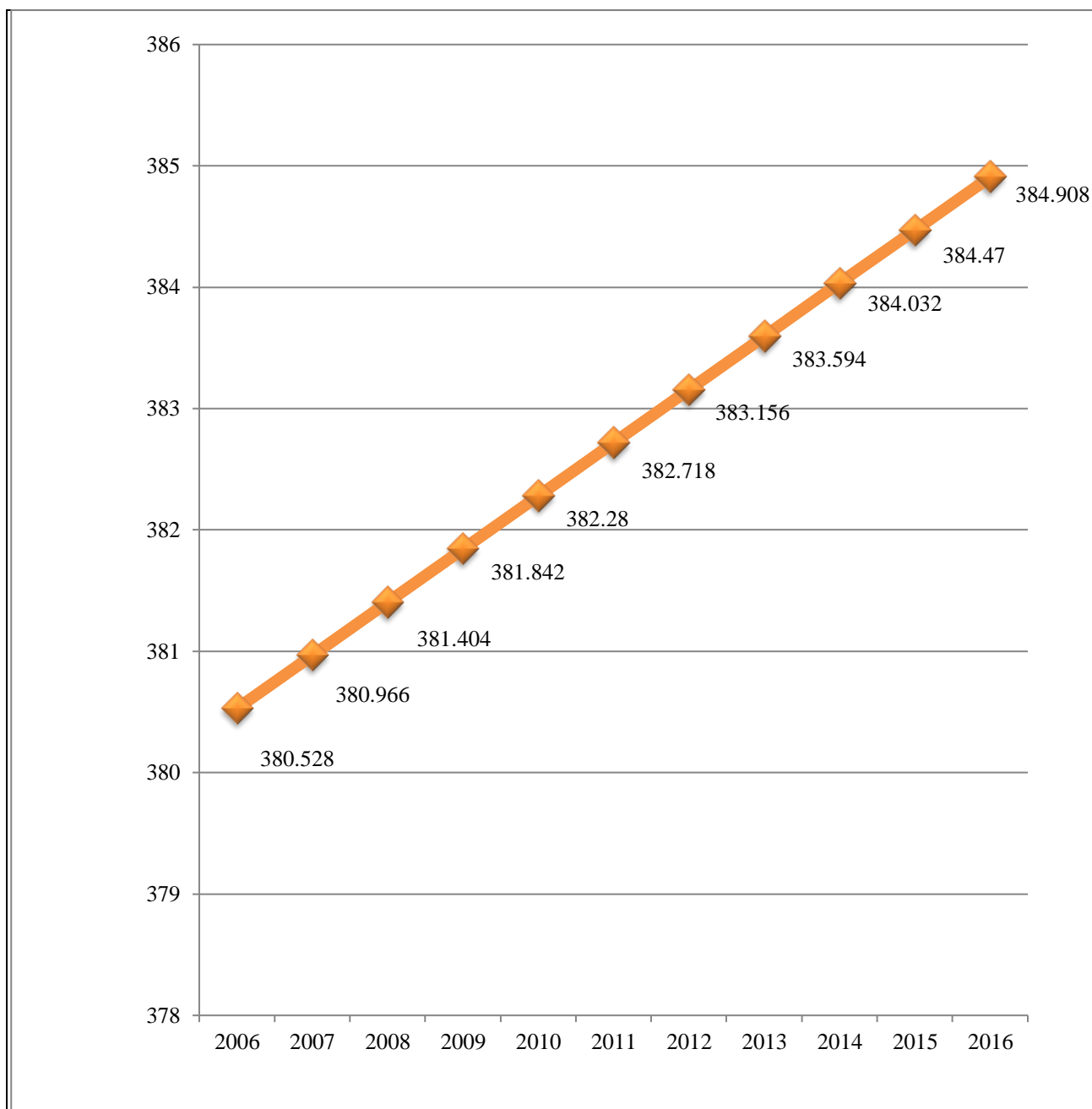


Рисунок 44– Гипотетический уровень общей заболеваемости раком среди жителей трудоспособного возраста г. Шымкента (2006-2016 гг.)

Методом аппроксимации определено направление развития в многолетней динамике показателя и его годового роста. Определение направления развития

показателя и оценка годовой доли позволили получить следующий результат. Если начальный гипотетический уровень индикатора был 380,5‰₀₀, то его окончательный результат составил 384,9‰₀₀. Таким образом, в изучаемые годы (2006-2016 гг.) уровень общей заболеваемости раком увеличился на 7‰₀₀, а его годовой прирост составил 0,438‰₀₀ (рис. 44).

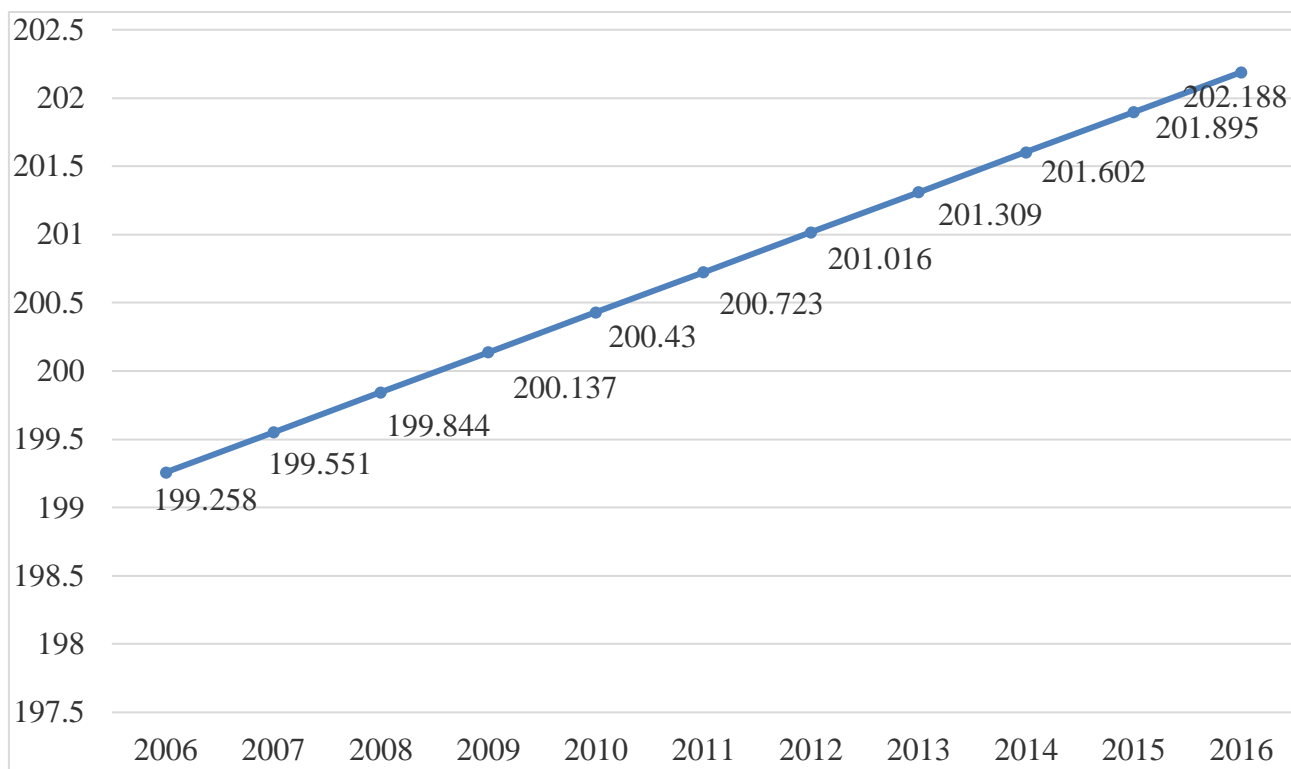


Рисунок 44 – Смертность от онкологических заболеваний среди трудоспособного населения г. Шымкента динамика на 100 000 жителей

Если ориентироваться на смертность населения трудоспособного возраста, то в 2006 г. этот показатель составлял 199,2 на 100 тыс. населения, а в 2016 г. увеличился до 202,1 на 100 тыс. населения (рис. 44).

В первую очередь обращает на себя внимание уровень распространенности онкологических нозологий, выявленных в этих социальных группах г. Шымкента. Причина в том, что отдельные нозологии среди этих патологий постоянно растут. В ходе исследования установлено, что бронхолегочный рак является наиболее распространенной онкологической патологией среди

трудоспособного населения. Его уровень составил 63,2‰ в 2006 г., 63,0‰ в 2010 г. и 62,8‰ в 2016 г. (рис. 44). Гипотетический уровень роста показателя составил 0,5 процента. На втором месте — желудочно-кишечные заболевания желудка. Его уровень в 2006 г. составлял 58,4‰, а в 2016 г. — 59,1‰. Уровень показателя увеличился на 1,2 процента за годы исследования. Такая ситуация показывает, что скрининговые и профилактические меры малоэффективны.

Рак молочной железы находится на третьем месте. За годы исследований его показатель увеличился до 1,5 процента. Поэтому необходимо разработать специальную программу раннего выявления рака молочной железы среди женщин и создать единую систему социально-гигиенического контроля.

Рак пищевода занимает четвертое место. Начальный уровень этого показателя 41,2‰, а самый низкий уровень 40,1‰. Наблюдалась нисходящая динамика заболеваемости, гипотетическое ее снижение составило 0,3 процента.

Рак прямой кишки встречается на высоком уровне среди жителей. Его показатель в 2006 году составлял 31,2‰, а в 2016 году достиг 31,9‰.

Поэтому необходимо создать условия для раннего выявления этих заболеваний и своевременного проведения профилактических мероприятий.

Положительные изменения в уровне развития показателя можно объяснить внедрением инновационных технологий и качественным выполнением скрининговых работ. Увеличение вышеуказанных нозологий показывает, что необходимо обратить внимание на увеличение диспансеризации для улучшения работы в этом направлении.

По данным седьмой таблицы злокачественные опухоли занимают второе место в смертности населения трудоспособного возраста. Их уровень увеличился на 1,6 процента с 2006 по 2016 год, с 70,9‰ до 72,0‰. Сердечно-сосудистые заболевания заняли первое место с 103,1‰, а травмы и отравления заняли третье место с 38,7‰.

Таблица 19-Смертность трудоспособного населения в г. Шымкент ОКО (на 100 000 населения)

Группа заболеваний	2006 г.	2008 г.	2010	2012	2014	2015	2016
1. Патологии системы кровообращения	101,8	103,2	102,8	104,8	102,5	103,7	103,1
2. Раковые опухоли	70,9	41,7	71,2	72,3	41,5	71,8	72,0
3. Травмы и отравления	38,6	39,1	38,6	38,7	39,2	38,7	38,8
Заболевания органов пищеварения	12,6	1187	12,4	12,5	12,8	12,2	13,9
5. Нозологии органов дыхания	10,3	9,9	10,2	10,1	10,4	9,9	10,2
6. Инфекционные заболевания	3,0	3,3	2,9	3,2	3,3	3,3	4,1
Вывод	237,3	238,9	237,6	241,4	240,1	240,4	240,0

на достоверно более высоком уровне сформировались ауры органов пищеварения (13,9‰) и болезни органов дыхания (10,2‰). Инфекционные болезни занимают шестое место в смертности и достигают 4,1‰. Таким образом, патологии системы кровообращения, рак или онкологические заболевания рассматриваются как основная причина смерти трудоспособного населения. Причина этого в том, что в последние годы заболеваемость КИ увеличивается из года в год (табл. 19).

Изучение стандартизированного уровня заболеваемости КН у женщин выявило следующие особенности. Среди них рак молочной железы находится на 1-м месте (43,2‰), а заболевания женской репродуктивной системы (15,2‰) – на втором, третьем и четвертом местах.

На основании полученных данных показано, что особенности предрасположенности женщин к онкологическим патологиям в первую очередь локализованы в репродуктивных органах. Поэтому акушер-гинеколог показывает, что за симптомами этих заболеваний следует внимательно следить. А уровень онкологических патологий, возникающих в других органах, следующий: рак толстой кишки - 11,9‰, рак органов дыхания - 3,1‰, рак поджелудочной железы формируется на уровне 2,7‰. Поэтому необходимо проводить профилактические мероприятия в соответствии с особенностями онкологических заболеваний, в зависимости от пола населения и района проживания.

Таблица 20 – Возрастные показатели смертности мужчин Южно-Казахстанской области и г. Шымкента на 100 000 населения ($M \pm t$)

Тепло Возраст	Город В- деревн я	2006 г.	2010	2014	2016	т Студенческ ие критерии (2006-2016)
0-14 лет	А	8,0 ±3,4	3,1±2,1	11,1±1,9	6,5±2,8	0,8
	Б	6,8±2,0	5,6±1,9	4,1±3,1	10,1±3,1	0,5
15-19 лет	А	5,0±3,0	11,9±4,3	5,8±1,3	7,3±2,1	0,77
	Б	14,1±4,6	9,1±2,9	11,9±6,1	15,2±5,4	0,07
20-24 года	А	9,6±2,9	5,1±3,1	9,1±3,1	2,6±2,8	1,83
	Б	14,9±4,0	7,6±4,9	9,0±3,9	16,7±6,3	0,06
25-29 лет	А	16,2±3,8	17,1±3,9	12,1±2,9	14,4±2,4	0,53
	Б	16,9±6,1	17,9±9,6	22,9±6,9	12,1±3,6	0,71
30-39 лет	А	62,3±3,1	58,6±2,1	51,9±3,9	43,5±4,5	1,33
	Б	51,1±5,1	44,1±6,9	40,2±9,1	38,8±5,9	0,72
40-49 лет	А	178,2±16,1	149,1±10,9	148,1±8,9	169,0±11,5	0,27
	Б	142,6±15,7	149,1±13,5	163,8±14,3	149,7±16,9	0,21
50-59 лет	А	476,8±29,9	553,6±32,3	539,9±33,7	527,6±19,9	0,19
	Б	461,0±29,9	461,7±37,4	459,6±31,9	452,9±39,6	0,05
старше 60 лет	А	1399,4±71,6	1451,4±49, 7	1431,6±48, 6	1273,0±27, 5	1,38
	Б	1228,9±54,5	1174,5±61, 7	1112,1±53, 8	1154,2±39, 7	2,39

В таблицах 8-9 представлены результаты 10-летней смертности женщин и мужчин разных возрастных групп по годам. По закону Гомперца смертность увеличивается у женщин в возрасте 20-24 лет (15,4), а у мужчин рак начинается в возрасте 30-34 лет (16,3). В зависимости от пола коэффициент смертности составляет 17,1 на 100 000 населения в возрасте от 30-39 до 40-49 лет, то есть среди горожан трудоспособного возраста. А уровень смертности в возрасте от 50-59 до 60 лет затронул большинство сельских жителей ($p > 0,05$). Причем смертность среди женщин показала ежегодное снижение во всех возрастных группах, причем примечательно, что смертность среди городских жителей в возрасте 40-49 и 50-59 лет выше, чем среди сельских жителей. Интенсивность смертности между возрастными группами женщин и мужчин в период с 2006 по 2016 год несколько снизилась между возрастными группами 50-59 и 60 лет. А среди других возрастных групп это нормальный уровень по нормативным показателям (таблицы 19-20).

Таблица 21-возрастные показатели смертности на 100 000 детей среди жительниц г. Шымкента Южно-Казахстанской области, района и города ($M \pm t$)

Тепло	Горо	2006 г.	2010	2014	2016	t
Возраст	д					Студенчес
	В-					кие
	дерев					критерии
	ня					(2006-
						2016)
0-14 лет	А	5,2±1,6	1,6 ±0,7	4,3±1,2	8,2±1,5	1,33
	Б	8,2±1,7	8,2±1,3	5,2±1,6	4,5±1,8	1,34
15-19 лет	А	7,2±3,7	3,2±1,7	3,7±1,6	2,5±1,4	1,33
	Б	4,5 ±3,3	210±2,1	5,4±1,3	-5,3±1,4	-0,25
20-24 года	А	9,2±3,4	11,3±3,4	4,2±1,7	10,1±3,2	0,21
	Б	9,0±4,1	6,7±4,7	10,1±5,0	11,4±6,5	0,31
25-29 лет	А	13,4±4,5	12,0±4,0	8,3±2,7	8,2±2,5	1,02
	Б	17,4±5,6	8,1±5,7	16,4±6,5	16,2±6,5	0,17
30-39 лет	А	40,1±5,7	30,4±4,1	31,8±4,6	39,6±4,2	0,04
	Б	377,3±6,0	31,7±6,9	42,8±9,7	42,3±7,5	0,51
40-49 лет	А	158,6±14,6	135,8±9,5	114,7±7,4	124,2±8,6	0,61
	Б	135,0±13,2	123,2±12,0	91,8±11,5	121,6±17,1,	0,62
50-59 лет	А	344,1±25,2	279,6±18,6	244,7±14,6	240,3±12,7	3,68
	Б	249,4±19,1	237,1±20,0	203,5±16,8	201,3±19,1	0, 0 3
Люди старше 60 лет	А	722,6±49,8	586,1±24,5	569,8±20,6	485,6±19,1	0,69
	Б	499,1±26,1	359,5±21,1	371,7±21,1	379,1±20,1	3,63

Одним из основных показателей социально-гигиенического значения в системе здравоохранения является характеристика формирования первичной инвалидности [192]. В нашем исследовании определялась доля онкологических заболеваний в первичной инвалидности среди трудоспособного населения. Онкологические заболевания занимают второе место по первичной инвалидности и ее доля достигает 21,7%, а доля больных трудоспособного возраста составляет 10,3%

Изучение стандартизированной заболеваемости жителей города Шымкент по полу выявило следующие закономерности. Если классифицировать онкологические заболевания по нозологии, встречающейся у мужчин, то 51,2% из них были бронхо-легочными.

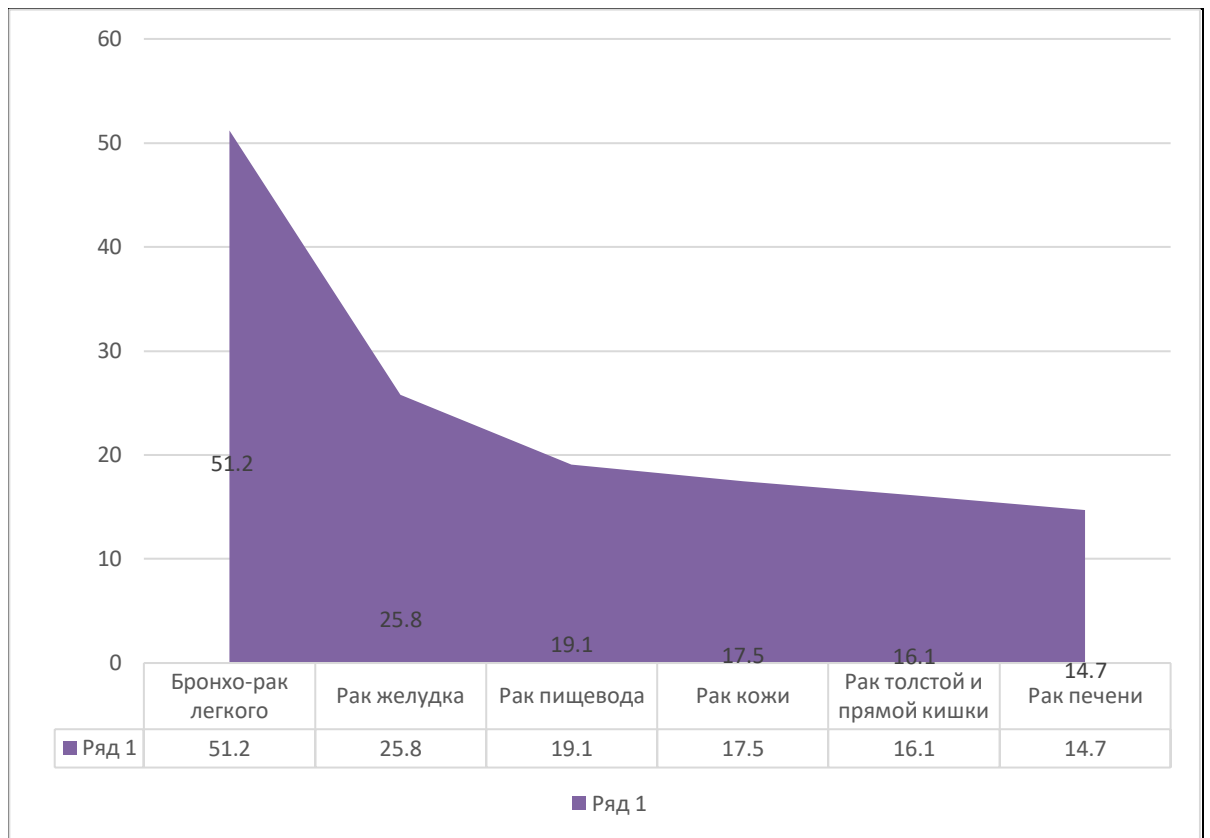


Рисунок 45– Органы мужчин трудоспособного возраста, больных раком формирование заболеваемости (на 100 000 жителей)

Рак желудка формировался у 25,8%. Рак пищевода встречается у 19,1%, рак кожи у 17,5%. На рак толстой кишки и прямой кишки приходилось 16,1%, а на рак печени — 14,7% (рис. 45).

По результатам стандартизированного индекса заболеваемости женщин онкологическими заболеваниями выявлены следующие явления. 1 место – рак молочной железы 43,2‰, 2-3-4 место – рак репродуктивных органов женщин 15,2‰. На основании полученных результатов показано, что репродуктивные органы находятся на 1 месте по влиянию воздействия на женщин воздействия ИППП заболевания.

В связи с этим акушер объясняет гинекологам, что симптомы этого заболевания нужно строго контролировать. А уровень онкологических состояний, возникающих в других органах, составляет 11,9‰ нижнего порога, 3,1‰ органов дыхания, 2,7‰ поджелудочной железы. Поэтому необходимо проводить диспансерные мероприятия по профилактике заболеваний ХБП по конкретным видам онкологической патологии, формируемым в зависимости от возрастной группы и пола населения и места проживания населения (рис. 45).

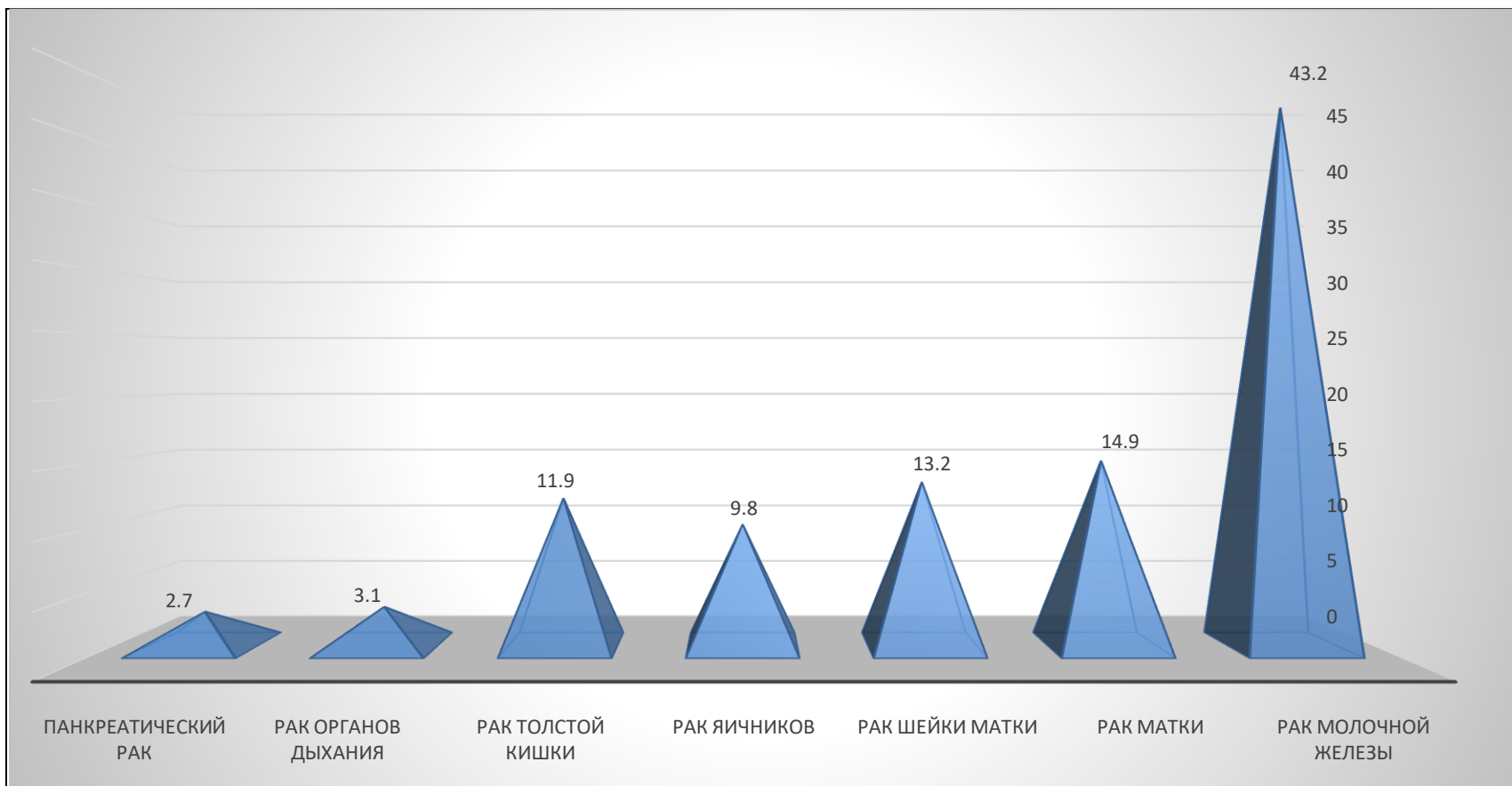


Рисунок 46 – Стандартизированные показатели заболеваемости раком женщин трудоспособного возраста (на 100 000 женщин)

На основании полученных результатов можно сказать, что профилактические и лечебные мероприятия малоэффективны. Есть основания полагать, что такое положение обусловлено отсутствием своевременного выявления онкологических заболеваний, низким качеством их диагностики, слабой борьбой со злокачественными причинами. Для того чтобы исправить эту ситуацию, в первую очередь научной основой программ онкологической профилактики должна стать необходимость выявления онкологических патологий на ранней стадии и обеспечения качественного и полного лечения предраковых заболеваний.

Комплексная оценка качества специализированной медицинской помощи и эффективности онкоскрининга

Одним из основных принципов ВОЗ является выявление патологий на ранней стадии с помощью программы скрининга. В 2008 году в Казахстане организована Национальная программа скрининга для выявления онкологических и предраковых патологий. По программе были обследованы женщины в возрасте от 35 до 60 лет с целью своевременного выявления рака шейки матки. В 2011 году к плану присоединились 30-летние женщины. В 2011 году программа скрининга Национального института рака началась с онкоцитологического и маммографического исследований у женщин. Например, в Республике Казахстан ежегодно выявляют около 30 000 новых раковых образований, более 50% из них находятся в запущенной 3-4 стадии [193].

По информации, предоставленной системой здравоохранения Республики Казахстан в 2008 году, 52% смертей были вызваны онкологическими заболеваниями, поэтому планируется выявление онкологических патологий (рак желудка, пищевода, легких, молочной железы, шейки матки, прямой кишки). рака) на ранней стадии ввели программу скрининга [194]. Одной из основных задач реализации государственной программы Республики Казахстан «Здоровый Казахстан» на 2011-2016 годы стали скрининговые обследования для раннего выявления рака молочной железы, рака шейки матки, рака прямой и толстой кишки, сахарного диабета, глаукомы. патологии среди жителей [195].

Продолжается научная работа в направлении современного выявления и профилактики этих заболеваний РК. Это доказывает, что онкологические патологии являются одной из горячих тем [196]. К сожалению, не только в ОКО, но и в других регионах Казахстана до сих пор окончательно не решены проблемы и препятствия, которые негативно сказываются на деятельности и программах по борьбе с онкологическими заболеваниями.

В ходе нашего исследования были проанализированы данные онкоскринингового обследования для раннего выявления онкологической и предраковой патологии ВСС с 2012 по 2016 г.

На первом этапе мы определили процент охвата целевой группы программой скрининга. Для этого была рассчитана абсолютная численность жителей в возрасте от 30 до 60 лет с 2012 по 2016 г. по данным

Статистического управления СКЮ. Из полученных годовых отчетов мы получили результаты предраковых патологий молочной железы, шейки матки и опухолевых изменений. Для следующего исследования мы проанализировали результаты документов о гемокульттивном тесте мужчин и женщин в возрасте 50, 55, 60, 65, 70, 75, 80 лет.

Обследованы все жители, запланированные на онкологический скрининг (таблица 22).

В таблице 11 представлены результаты программы онкоскрининга для раннего выявления предраковых патологий и опухолевых изменений за пять лет.

Таблица 22 – ОКО в г. Шымкент в 2012 – 2016 гг. Показатели онкоскрининга населения целевого возраста, включенного в обследование (в расчете на 100 000 населения)

Рак	Город, район	2012	2013	2014	2015	2016
Рак шейки матки	город Шымкент	99,6	100,00	100,13	100	100
	ОКО	97,6	98,70	100,41	100	100
Рак молочной железы	город Шымкент	98,5	99,67	100,4	99,82	100
	ОКО	97,8	99,09	100,1	99,88	99,9
Рак прямой кишки	город Шымкент	99,8	101,32	100,00	100	100
	ОКО	99,9	101,43	100,41	100	100

Таблица 23 – Динамика предраковых и онкологических заболеваний, выявленных при онкоскрининге в г. Шымкент, ОСК, в период 2012-2016 гг. (%)

Рак	Сводка пациентов, протестированных в целом	2012	2013	2014	2015	2016
1	2	3	4	5	6	7
Шейка матки	Больные обследованы в целом	99,6	98,7	100,13	100	100
	Выявленные патологические находки	8,4	6,47	8,33	9,79	10,18
	Диспансерте, на которые приходится	57,0	99,2	94,26	98,29	98,6
	Рак	0,04	0,04	0,03	0,05	0,04
1	2	3	4	5	6	7
Молочная железа	Больные обследованы в целом	97,8	99,9	100,1	100	100
	Выявленные					

	патологические находки	10,5	9,85	14,41	60,4	65,5
	Диспансер те, на которые приходится	69,0	98,6	97,51	94,86	99,1
	Рак	0,13	0,11	0,14	0,18	0,26
Прямая кишка	Больные обследованы в целом	100	101,43	100	100	100
	Выявленные патологические находки	0,11	0,16	0,16	0,17	0,18
	Диспансер те, на которые приходилось	100	100	98,88	98,58	98,72
	Рак	0,009	0,02	0,03	0,04	2,6

В 2012 г. 61 897 женщин прошли скрининг рака молочной железы по программе целевых возрастных групп (30, 35, 40, 45, 50, 55, 60, 65, 70), 13% (n=71) были отнесены к женщинам (8,4% из них были отнесены к женщинам на I этапе, 83,1% - женщинам на II этапе, 8,4% - женщинам на III-IV стадиях). n=93 775 женщин прошли диагностическое обследование в плановом направлении по цервикальному обследованию. Рак диагностирован у 0,04 (n=38) женщин, I стадия - у 2,6, II стадия - у 76,3% женщин, III-IV стадия - у 21,0 женщины. Обследовано 144 117 жителей, которые сформировали возрастные группы (50, 52, 54, 56, 58, 60, 62, 64, 66, 68, 70 лет) по плану определения патологии рака прямой кишки, среди них диагностирована онкологическая патология у 4 (0,009%) больных, III - Преимущественно определяется в IV стадии.

По программе в 2013 г. было запланировано пройти онкоскрининг на рак молочной железы n=57517 женщин, но обследовано n=56993 женщин, онкологические патологии подтверждены у 59 (0,11%) женщин. I стадия диагностирована у 8,4% женщин, II стадия у 81,3% женщин, III-IV стадия у 10,1% женщин. n=84 108 женщин прошли КТ шейки матки. Рак диагностирован у 33 (0,04%) женщин, I стадия - у 18,1%, II-III стадия - у 84,8%, III-IV стадия - у 1 женщины. Диагноз рака прямой кишки = обследован 10431 больной. Рак диагностирован у 13 больных (0,02%), I стадия выявлена у 5,1% женщин, II стадия выявлена у 76,9% женщин, III-IV стадия выявлена у 15,3% женщин.

В 2014 г. n=55 086 женщин прошли маммографическое обследование с целью профилактики рака молочной железы. Из них у 76 (0,14%) диагностирован рак, у 9,2% женщин I стадия, у 36,8% женщин II стадия, у 48,6% женщин III стадия, у 5,2% женщин IV стадия диагностирована онкологическая патология. 69 412 женщин прошли цитологический скрининг для диагностики рака шейки матки. У 20 (0,03%) женщин, прошедших онкоскрининг, был диагностирован рак шейки матки, I стадия рака не выявлена. У 40,0% женщин II стадии, у 60,0% женщин III-IV стадии диагностирован КН. n=11239 человек обследованы на ректальный КИ.

«Гемокульт-тест» дал положительный результат у 837 больных. Для подтверждения диагноза использовали метод колоноскопии у n=575 человек. Патология прямой кишки выявлена у 17 (0,0 15) человек. I стадия рака была установлена у 47,0% больных, II стадия у 47,0% больных, III-IV стадия у 5,8% больных.

50 211 женщин прошли плановое маммографическое исследование молочных желез . 60,41% из них были идентифицированы как заболевания ХБП. А КИ выявлен у 89 женщин (0,18%). Стадия I выявлена у 6,7% женщин, стадия II — у 31,4% женщин, стадия III — у 7,8% женщин, стадия IV — у 1,1% женщин.

51 804 женщины прошли внеплановый скрининг на рак шейки матки . 9,79% из них составляют предраковые заболевания. А для женщин установлен КИ 0,05%. Если ориентироваться по стадиям, то у 2 женщин был диагностирован I этап КН, у 13 женщин - II этап ИКИ, у 13 - III этап ИКИ. КИ IV стадии не выявлено. Для выявления рака прямой кишки на начальной стадии в плановом порядке обследовано n= 92 795 женщин и мужчин . Предраковые заболевания выявлены у 0,17%, в том числе у 10 (0,04%) человек (из них 6 мужчин, 4 женщины).

женщина целевой группы была обследована на предмет раннего выявления рака молочной железы . По результатам обследования у 65,56% женщин диагностирован предменструальный синдром. А КИ выявлен у 135 (0,26%) женщин. Если ориентироваться на стадии КИ, то 37,0% женщин имеют I стадию, 58,5% - II стадию, 4,4% - III стадию.

определения распространенности ИППП обследовано 51 804 женщины . Среди них 0,18% имели предраковые заболевания, у 13 (0,04%) женщин была диагностирована ХБП. Что касается стадий, то 30,7% женщин имеют I стадию, а 69,2% женщин имеют II стадию, 94 483 женщины и мужчины прошли скрининг на рак прямой кишки . 0,18% имели заболевания до КИ, а 17 (2,6%) человек имели заболевания КИ. Что касается стадий, то I стадия выявлена у 29,4 % лиц, II стадия — у 70,5 % лиц (табл. 23).

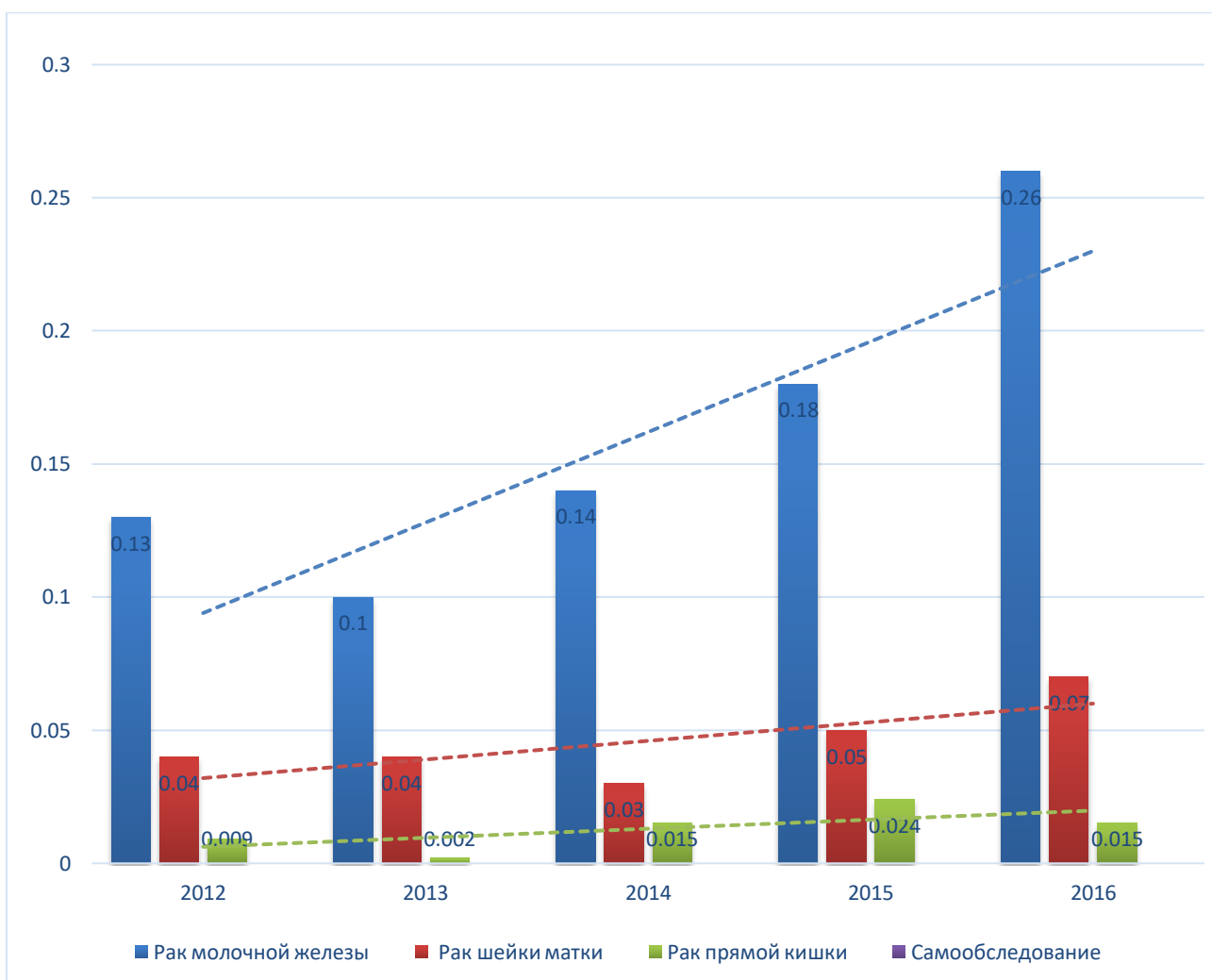


Рисунок 1 Частота выявления онкологических заболеваний при онкодиспансеризации в 2012-2016 гг. среди жителей трудоспособного возраста г. Шымкент, 1 ОКО (%)

Если мы посмотрим на результаты, полученные в вышеуказанном исследовании, то онкоскрининг, проведенный в 2012-2016 годах Национальным институтом рака, показывает улучшение выявляемости рака из года в год. Ежегодно согласно плану обследовались жители целевой группы. Но выявление онкологических патологий в I и II стадиях по-прежнему дает низкий показатель. Выявление рака молочной железы (0,13-0,26%), рака шейки матки (0,04-0,07%) на ранней стадии с каждым годом улучшается, а показатель обследования проживающих по плану высок (98,8%). И выявление рака прямой кишки идет по плану (0,009-0,015%).

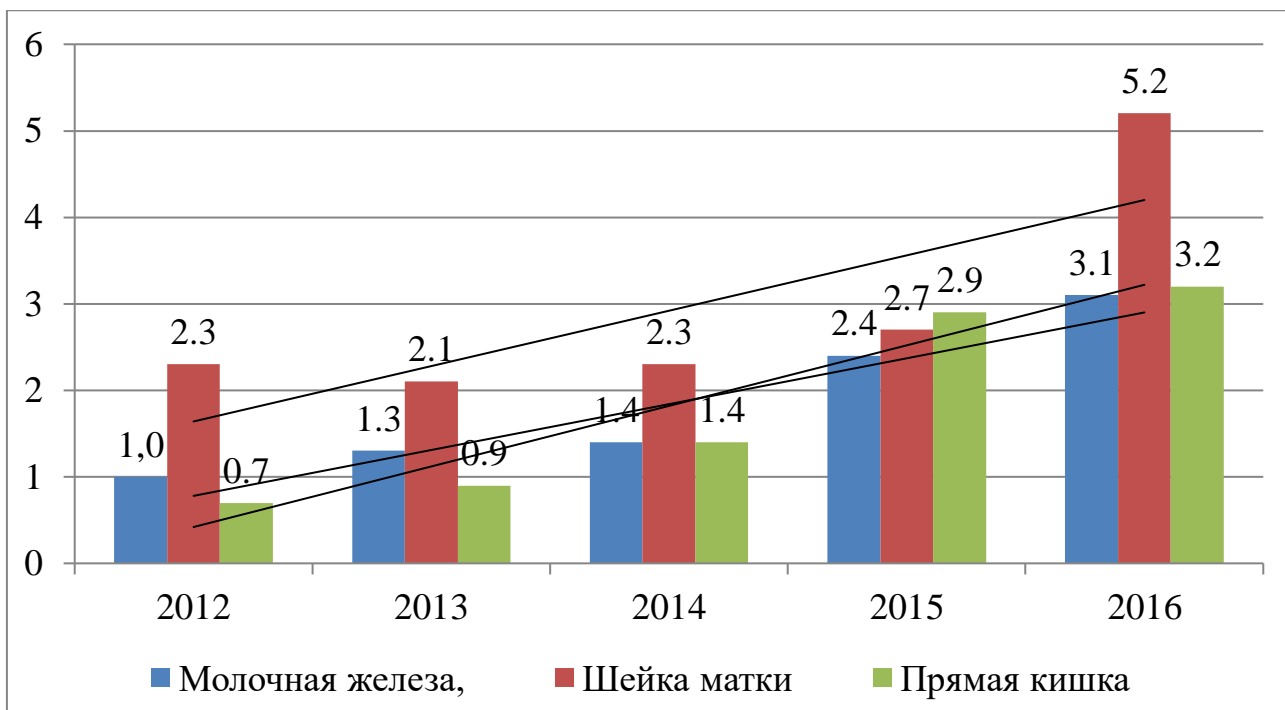


Рисунок 48 – Выявление онкологических заболеваний у трудоспособных жителей города Шымкент среди пришедших на самообследование (в % за последние 5 лет)

Среди трудоспособных жителей города Шымкент, среди обратившихся за медицинской помощью самостоятельно или в связи с жалобами, выявляемость онкологических заболеваний увеличилась с 1,0% рака молочной железы в 2012 году до 3,1% в 2016 году. Рак шейки матки был диагностирован у 2,3% в 2012 г., а в 2016 г. он охватил 5,2%. Мы обнаружили, что рак прямой кишки регистрировался в 0,7% в 2012 г. и увеличился до 3,2% в 2016 г. (рис. 48).

Изучено отношение врачей к онкологическому скринингу. 49,3% из них считают, что онкологический скрининг проводится в соответствии со стандартами. По мнению 21,6%, они не соответствовали нормативам. 22,3% врачей считают необходимым повышение знаний врачей первичного звена в области онкологии. А 5,8% отметили, что необходимо заниматься общеонкологическим скринингом отдельными специалистами (рисунок 48).

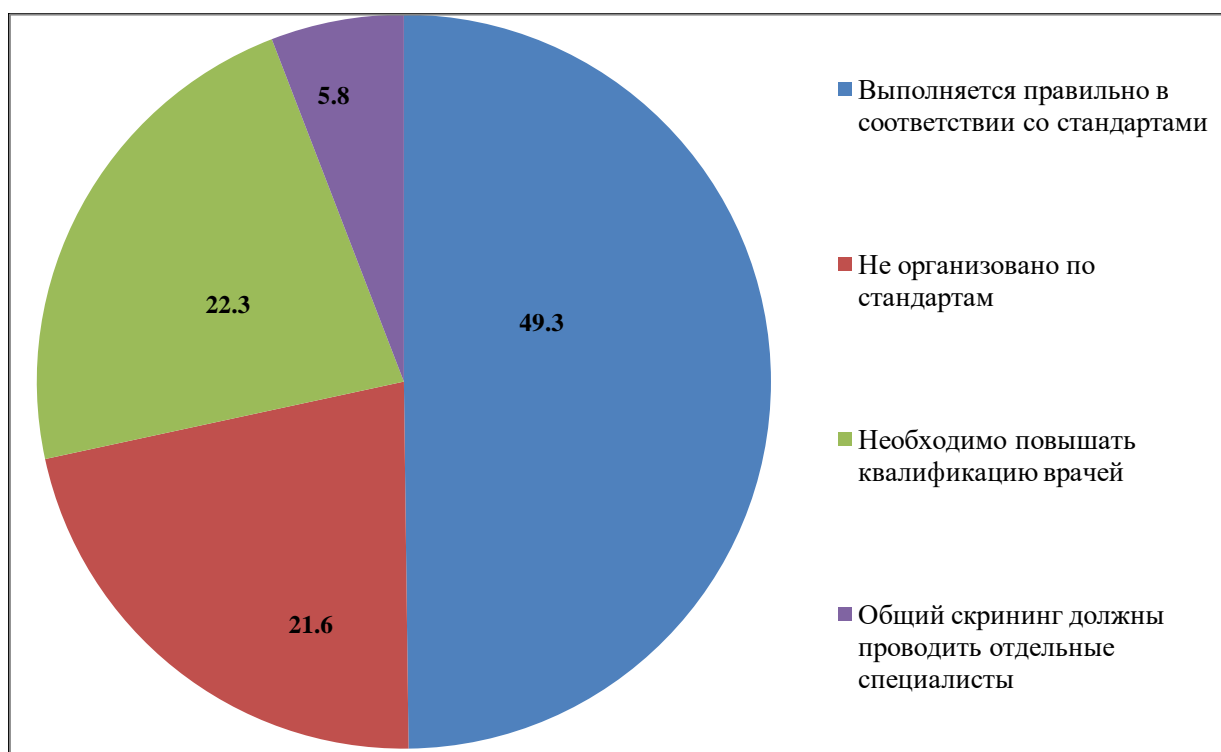


Рисунок 48 – Отношение врачей первичного звена к скринингу рака (в %)

3.2.1 Распределение основных нозологий, ведущих к раку, и выявление обусловленных ими раковых заболеваний

С целью определения современного уровня лечения предраковых заболеваний в стационарах г. Шымкент (№1, №2, №3, №4, №5, №6, №8, №9, №4, 10, № 11, № 12, Центральная больница) изучены амбулаторные карты N=16511 больных, состоящих на учете в общей диспансерной ведомости с предраковыми поражениями. Отбор проводился в каждой поликлинике с помощью электронной базы данных, то есть мы составили список больных, состоящих на учете с предраковыми заболеваниями за последние десять лет из числа всех проживающих на диспансерном учете. В исследование были включены нозологии с наиболее высокими показателями заболеваемости и смертности за последние 10 лет. Из выборки исключались пациенты, амбулаторная карта которых не была найдена, сведения о которых были неполными, переехавшие в другой город или район.

В окончательную выборку были включены амбулаторные карты N=15111 пациентов. Общая предраковая патология классифицирована нами на следующие группы: рак желудочно-кишечного тракта, печени, желчного пузыря и желчевыводящих путей, органов дыхания, кожи, молочной железы и эндокринной системы, почек и мочевыделительной системы, женских половых органов. Ниже (таблица 12) предраковые заболевания сгруппированы по локализации органа и системы.

Для статистической обработки использовали медиану (Md) и процентиль (Q 1 и Q 3 соответственно) для описания числовых данных, если они не подчиняются нормальному закону распределения. 95% ДИ были рассчитаны для оценок среднего интервала. Частоты и пропорции в процентах использовались для описания качественных данных. ДИ были рассчитаны для среднего значения выборки и доли выборки.

Среди населения Южно-Казахстанской области очень распространены нозологии, являющиеся основной причиной онкологических заболеваний. Среди таких опасных заболеваний основное место занимают предраковые заболевания молочной железы. В ходе нашего исследования общая частота их встречи составила 3065 событий. Среди них распространена диффузная кистозная мастопатия. Скорость трансформации этих заболеваний в рак составила 46,2%. Стоит отметить, что показатель раннего выявления этих заболеваний после перерождения в рак не очень высок. 2,6% из них диагностированы на первой стадии рака и 22,2% на второй стадии. Уровень видов рака, выявляемых только в III и IV стадиях, достигает 25,5-49,4%. Здесь показано, что раннее выявление диффузной кистозной мастопатии оказывает прямое влияние на пятилетнюю выживаемость онкологических больных. 65,8% этих больных прожили пять лет из-за рака, а остальные умерли на ранних стадиях рака.

Таблица 24 - Распространенность основных нозологий, ведущих к раку, и уровень своевременного выявления возникающих из них онкологических заболеваний и результаты показателей пятилетней выживаемости больных в 2006-2016 гг.

#1	Предраковая патология с	Есть диагнозы с предраковыми заболеваниями с	Те, кто стали КИ		Этап I		II		III		IV		5-летняя выживаемость		Я умираю Абс.	Смерть - это стадия смерти							
					Этап I		II		III		IV					Этап I		II		III		IV	
1	2	3	4		5		6		7		8		9		10	11		12		13		14	
		Абс.	Абс.	%	Абс.	%	Пресс	%	Пресс	%	Аб	%	Пресс	%	Пресс	Пресс	%	Пресс	%	Пресс	%	Пресс	%
1,	Предраковые заболевания молочной железы Диффузная кистозная мастопатия	3065	1417	46,2	325	22,9	416	29,3	434	30,6	242	17,0	932	65,8	485	13	2,6	108	22,2	124	25,5	240	49,4
2.0	Предраковая патология шейки матки Ларс	3214	1112	34,6	333	29,9	292	26,2	395	35,5	92	8,2	774	63,6	338	19	5,6	66	19,5	161	47,6	92	27,2
2.1	дисплазия шейки матки	2561	984	38,4	327	33,2	235	23,8	334	33,8	88	8,9	678	68,9	306	17	5,5	59	19,2	142	46,4	88	28,7

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
2.2	Полип шейки матки	653	128	19,6	6	4.6	57	44,5	61	47,6	4	3.1	96	75,0	32	2	6.2	7	21,8	19	59,3	4	12,5
3.0	Предраковое заболевание пищевода	123 2	548	44,5	61	11.1	159	29,0	304	55,4	24	4.3	198	36,1	350	43	12.2	96	27,4	190	54,2	21	6,0
3.1	Атрофический эзофагит пищевода	476	145	30,4	9	6.2	41	28,3	88	60,7	7	4.9	45	31,0	100	5	5,0	28	28,0	62	62,0	5	5,0
3.2	Полип пищевода	184	24	13,0	11	45,8	8	33,3	5	20,8	0	0	11	45,8	13	6	46,1	4	30,7	3	23,0	0	0
3.3	Рефлюкс-эзофагит пищевода	572	379	65,9	41	10,8	110	29,0	211	55,6	17	4.4	142	37,4	237	32	13,5	64	27,0	125	52,7	16	6,7
4	Предраковая патология желудка Ларс	214 5	111 9	52,2	112	10,0	345	30,8	511	45,6	151	13,4	540	48,3	579	18	3.1	180	31,0	266	45,9	115	19,8
4.1	Хронический атрофический гастрит	100 8	553	54,8	14	2,5	154	27,8	287	51,8	98	17,7	157	28,4	396	4	1,0	98	24,7	196	49,4	98	24,7
4.2	Полип желудка	547	239	43,6	25	10.4	98	41,0	97	40,5	19	7,9	134	56,0	105	3	2,8	21	20,0	66	62,8	15	14.2
4.3	Язвенная болезнь желудка	790	327	41,4	73	22,3	93	28,4	127	38,8	34	10.3	249	75,7	78	11	14.1	61	78,2	4	5.1	2	2,5
5.1	Ректальная предраковая патология лар у Ректальный полип	921	356	38,6	24	6,7	127	35,6	153	42,9	52	14,6	170	47,8	186	7	3,7	59	31,7	71	38.1	49	26,3

12 является продолжением таблицы

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
6.1	Предраковая патология легких есть . Хроническое обструктивное заболевание легких	1450	574	39,5	156	27,1	178	31,0	196	34,1	44	7,6	342	59,6	232	4	1,7	24	10,3	162	69,8	42	18,1
7	Рак кожи	1321	651	49,3	172	26,4	133	20,4	321	49,3	25	3,8	541	83,1	110	1	0,9	3	2,7	87	79,0	19	17,2
7.1	Меланомоподобный невус	547	598	77,3	151	25,2	121	20,2	301	50,3	25	4,1	502	83,9	105	0	0	3	2,8	83	70,9	19	18,0
7.2	Фиброз кожи в случаях рубцевания	774	53	9,6	21	39,6	12	22,6	20	37,7	0	0	39	73,6	5	1	20,0	0	0	4	80,0	0	0
8	Печень , желчный пузырь	649	294	45,3	20	6,8	131	44,5	95	32,3	48	16,3	109	37,0	185	5	2,7	58	31,3	76	41,0	46	24,8
8.1	Цирроз печени	345	145	42,0	14	9,6	53	36,5	41	28,2	37	25,5	36	24,8	109	4	3,6	31	28,4	39	35,7	35	32,1
8.2	Хронический артрит	256	149	58,2	6	4,0	78	52,3	54	36,2	11	7,3	73	8,9	76	1	1,3	27	35,5	37	48,6	11	14,4
9	Предраковые заболевания почек	962	292	30,4	105	35,9	139	47,6	37	12,6	11	3,7	136	46,5	156	16	10,2	56	35,8	70	44,8	14	8,9
9.1	Хронический пиелонефрит	441	124	28,1	41	33,0	71	57,3	12	9,6	0	0	38	30,6	26	3	2,4	9	7,2	9	7,2	5	4,0

12 является продолжением таблицы

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
9.2	Киста почки	186	74	39,8	45	60,8	21	28,3	2	2,7	6	8.1	43	58,1	31	7	22,5	16	51,6	3	9,6	5	16.1
9.3	Мочекаменная болезнь _	335	94	28,0	19	20,2	47	50,0	23	24,5	5	5.3	55	58,5	39	6	15,3	11	28,2	18	46,1	4	10.3
10	Все:	151 11	636 3	42,1	130 8	20,5	192 0 г.	30,1	244 6	38,4	689	10,8	374 2	58,9	256 1	126	4,9	6 20	24, 2	12 17	4 7,5	638	24.9 _

В связи с этим оказалось, что вероятность достижения в дальнейшем III и IV стадий ранее выявленных видов заболеваний составляет в среднем до 25%. Такая ситуация показывает, что выявление рака на первой и второй стадиях не может быть основанием для их 5-летней выживаемости. Основными его причинами являются отсутствие санитарного просвещения больных, несвоевременное обращение их в диспансерный пункт, неполучение ими лечебно-педагогической помощи в соответствии со стадией развития болезни. Такая ситуация отразилась и в Западно-Казахстанской области [197]. Помимо совершенствования раннего выявления онкологических заболеваний, необходимо их просвещение о необходимости своевременного обращения к онкологам и о возможности полноценного лечения онкологических патологий в I-II стадиях.

А достигнутые результаты свидетельствуют о необходимости адаптации лечебных мероприятий, получаемых в онкодиспансере, к требованиям современных больных на I и II стадиях патологии. Поэтому работа по выявлению онкологических заболеваний показывает, что начинать необходимо с совершенствования скрининговых и диспансерных мероприятий среди населения с обязательными фоновыми заболеваниями, приводящими к этим патологиям. Основной задачей врачей общей практики амбулаторно-поликлинических клиник должно быть обеспечение своевременного направления больных с выявленными патологиями I, II стадии рака на специализированную онкологическую помощь, создание уверенности в их полном излечении. [198].

В нашем исследовании мы определили наиболее распространенные виды предраковых нозологий и дальнейшее развитие рака из этой же патологии. Эти заболевания включали рефлюкс-эзофагит пищевода (вероятность перехода в рак 65,9%), хронический атрофический гастрит (54,8%), меланомоподобный невус (77,3%), хронический гепатит (58,2%), дисплазию шейки матки (38,4%), атрофический эзофагит пищевода (30,4%), полип желудка (43,6%), язва желудка (41,4%), полип прямой кишки (38,6%), хроническая обструктивная болезнь легких (39,5%), цирроз печени (42%), киста почки (39,2%). %, почечный пиелонефрит (28,1%). Среди таких заболеваний есть нозологии, редко приводящие к раку. Среди них случаи рубцевания кожи (13,0%). Стоит отметить, что при первой I, II стадии трансформации в рак обнаруживаются полипы пищевода (79,1%), кисты почек (89,1%) и хронические обструктивные патологии легких (58,1%), а также хронический атрофический гастрит (33,3 %), наблюдается при хроническом гепатите печени (48,6 %). Пятилетняя выживаемость после последнего диагноза в популяции с нозологиями, перешедшими в рак, высока за счет язвенной болезни (75,5%), в процессе трансформации фиброза, вызванного рубцеванием кожи, в рак (73,6%), за счет меланомоподобному невусу (83,9%), полипу шейки матки (75%), дисплазии шейки матки (65,9%), ХОБЛ (59,6%), кисте почки (58,1%), почке мочекаменная болезнь (58,5 %) и обусловленная хроническим гепатитом (48,9 %). А низкая 5-

летняя выживаемость обусловлена атрофическим эзофагитом пищевода (31%), рефлюкс-эзофагитом пищевода (37,4%), хроническим атрофическим гастритом (28,4%), циррозом печени (24,8%), хроническим пиелонефритом (30,6%).) определяется (табл. 24).

Таким образом, можно сказать, что полученные данные обусловлены неверной оценкой риска перерождения в онкологическую патологию среди этих заболеваний, так как основной причиной профилактических мероприятий нозологий, ведущих к раку, и темпов их перерождения в рак остаются на очень высоком уровне. Чтобы улучшить ситуацию с выздоровлением, необходимо правильно организовать программу скрининга основных нозологий, приводящих к онкологическим заболеваниям. В частности, необходимо провести воспитательно-методическую работу среди врачей общей практики амбулаторно-поликлинических организаций, часто подверженных этим заболеваниям, и установить строгий санитарно-гигиенический контроль за их повседневной работой [199].

Необходимо обеспечить полное клиническое и лабораторное обследование всех пациентов с онкологическими заболеваниями и своевременное направление их на консультацию к онкологам. И необходимо правильно психологически подготовиться к заболеваниям с первыми симптомами рака, пройти полное обследование в онкологических центрах и направить на получение качественных лечебных мероприятий. Только правильно организованные скрининговые и диспансерные мероприятия позволяют выявить онкологические заболевания на ранних стадиях и продлить их 5-летнюю продолжительность жизни.

Таблица 25. Уровень злокачественности предраковых заболеваний за последние 10 лет (% , 95% ДИ)

Организмы расположе ны	Диспансерны й учет (N=15111)	Доля пролеченных пациентов (%, 95% ДИ)	Доля рака (%, 95% ДИ)	Этап встречи			
				я	II	III	IV
1	2	3	4	5			
пищевод	1232	55,5 (СИ: 25.7-58.2)	44,5 % _ (ДИ: 41,7-47,2)	11,2	29,0	55,4	4,3
Желудок	2145	47,8% (СИ: 45.7- 49.9).	52,2 % _ (СИ: 50,0-54,2)	10,0	30,8	45,6	13,4
Брат	649	54,7% (СИ: 50,8- 58,4)	45,3% (СИ: 41,5-49,0)	6,8	44,5	32,3	16,3

13 является продолжением таблицы

1	2	3	4	5	6	7	8
Дыхательная система	1450	60,4% (СИ: 57,8-62,9)	39,5% (СИ:37,1-42,1)	27,1	31,0	34,1	7,6
Кожный покров вне	1321	50,7% (СИ: 48,0-53,5)	49,2% (СИ: 46,5-51,9)	26,4	20,4	49,3	3,8
Почки , мочевыделительная система	962	69,5 (СИ: 66,6-72,4)	30,3% (СИ: 27,5-33,3)	35,9	47,6	12,6	3,7
Молочная железа	3065	53,7% (СИ: 52,0-55,5)	46,2% (ДИ: 44,4-48,0)	22,9	29,3	30,6	17,0
Шейка матки	3214	65,4% (СИ: 63.7-67.0)	34,6% (СИ:32.9-36.2)	29,9	26,2	35,5	8,2
Прямая кишка	921	61,3% (ДИ: 58,1-64,4)	38,6% (ДИ: 35,5-41,8)	6,7	35,6	42,9	14,6
Все:	15111	8748 (57,8)	6363 (42,2)	6,7	35,6	42,9	14,6

Часто встречающиеся онкологические и фоновые заболевания в анализируемых по системе группах выявлены по классификации ИКС № 10 (табл. 24, 25). В последние годы в связи с интенсивным развитием программы онкологического скрининга в ОКОСШымкенте в основном выявляются обязательные, факультативные и фоновые заболевания молочной железы, шейки матки, прямой кишки, встречающиеся чаще, чем другие заболевания. Например, диагноз «диффузная кистозная мастопатия» установлен у 20,2% (95% ДИ: 19,6–20,9%), а дисплазия шейки матки — у 19,9% (95% ДИ: 16,3–17,5%). Хроническая обструктивная болезнь легких, наиболее распространенное основное заболевание легких, составила 9,6% (95% ДИ: 9,1–10,0%). Со стороны пищеварительной системы чаще выявляют хронический атрофический гастрит в 6,0% (95% ДИ: 6,2–7,0%), полип кишечника в ряду облигатных заболеваний - в 6,6% (95% ДИ: 5,7–6,4%). хронический рефлюкс-эзофагит пищевода составлял 3,7% (95% ДИ: 3,5–4,1%) предраковых заболеваний. Хронический обструктивный пиелонефрит, наиболее распространенное заболевание мочевыводящих путей, встречался в 2,9% случаев (95% ДИ: 2,6–3,2%).

Среди специально рассмотренных групп заболеваний 88,4% названных хронических заболеваний часто переходили в рак, 88,4% имели дисплазию шейки матки, 49,4% - хронический атрофический гастрит желудка, 46,2% - диффузно-кистозную мастопатию, 44,4% - хроническую эзофагеальную мастопатию. язвенные заболевания, а 38,6% полипов прямой кишки переросли

в рак. Кроме того, 45,3% злокачественных опухолей возникли после цирроза печени, а 30,3% хронических заболеваний почек развились в злокачественные опухоли (табл. 26).

Таблица 26. Частота злокачественных новообразований по отдельным видам предраковых заболеваний (% и 95% ДИ: по показателям)

Организм, в котором локализованы предраковые заболевания	Диагностика предраковых заболеваний (по классификации №10 МКБ)	Уровень злокачественности (N=6363) %	95% ДИ:
Молочная железа	Диффузная кистозная мастопатия (N60.1)	46,2	95% ДИ: 43,6–49,9
Шейка матки	Дисплазия шейки матки (N87)	38,4	95% ДИ: 16,3-17,5
	Полип матки (N84.0)	19,6 _ _	95% ДИ: 4,0–4,6
Желудок – кишечный тракт	Язва пищевода (K22.1)	30,4	95% ДИ: 2,8-3,4
	Полип пищевода	13,0	95% ДИ: 1,0-1,4
	Рефлюкс-эзофагит пищевода	65,9	95% ДИ: 3,5-4,1
	Хронический атрофический гастрит (K29.5)	54,8	95% ДИ: 6,2-7,0
	Полип желудка (K31.7)	43,6	95% ДИ: 3,3-3,9
	Язва желудка (K25)	41,4	95% ДИ: 4,8-5,6
	Полип кишечника (K31.7)	38, 6	95% ДИ: 5,7–6,4
Дыхательная система	Хроническое обструктивное заболевание легких (Дж 44.0)	39, 5	95% ДИ: 9,1–10,0
Кожное покрытие	Меланомоподобный невус (D22)	77,3	95% ДИ: 3,3-3,9
	Фиброз кожи в условиях рубцевания (L90.5)	9,6	95% ДИ: 4,7–5,4
Печень желчный пузырь	Хронический гепатит (K73)	58,2	95% ДИ: 1,5-1,9
	Цирроз печени (K 74.0)	42,0	95% ДИ: 2,0-2,5
Почки и мочевыделительная система	Киста почки (N28.1)	39,8	95% ДИ: 1,0-1,4
	Хронический обструктивный пиелонефрит (№ 11.1)	28,1	95% ДИ: 2,0-2,4
	N20.0)	28,0	95% ДИ: 0,3-1

В таблице 27 ниже представлены показатели прогрессирования рака и 5-летней выживаемости и менее 5-летней смертности от рака [165].

По пятилетней выживаемости 83,1 % случаев рака кожи и 65,8 % рака молочной железы, 63,6 % рака шейки матки, 59,6 % рака легких и 75 % рака желудка вызваны хлебом . онкологических больных, развившихся после полипов желудка , прожили более пяти лет (таблица 27).

Таблица 27 – Межстадийный показатель смертности от рака с пятилетней выживаемостью

Виды предраковых заболеваний, перешедших в рак	5-летний срок годности	Те, кто умер от рака	Смертность от межстадийного рака			
			я	II	III	IV
Рак молочной железы Диффузная кистозная мастопатия (N60.1)	65,8	34,2	2,6	18,1	29,6	49,4
Рак шейки матки	63,6	30,3	5,6	19,5	47,6	27,2
Дисплазия шейки матки (N87)	68,9	31,0	5,6	19,5	47,6	27,2
Полип матки (N84.0)	75,0	25,0	6,2	21,8	59,3	12,5
Рак пищевода	36,1	63,8	7,8	17,5	34,6	3,8
Язва пищевода (K22.1)	31,0	18,2	5,0	28,0	62,0	5,0
Полип пищевода	45,8	54,1	46,1	30,7	23,0	0
Рефлюкс-эзофагит пищевода	37,4	62,5	13,5	27,0	52,7	6,7
Рак желудка	48,3	51,7	3,1	31,0	45,9	19,8
Хронический атрофический гастрит (K29.5)	28,4	71,6	1,0	24,7	49,4	24,7
Полип желудка (K31.7)	56,0	43,9	2,8	20,0	62,8	14,2
Язва желудка (K25)	75,7	23,8	14,1	78,2	5,1	2,5
Ректальный полип (K31.7)	47,8	52,2	3,7	31,7	38,1	26,3
Хроническая обструктивная болезнь легких (J44.0)	59,6	40,4	1,7	10,3	69,8	18,1
Кожное покрытие	83,1	16,8	0,9	2,7	79,0	17,2
Меланомоподобный невус (D22)	83,9	17,5	0	2,8	79,0	18,0
Фиброз кожи в условиях рубцевания (L90.5)	73,6	9,4	20,0	0	80,0	0
Печень желчный пузырь	37,0	62,9	2,7	31,3	41,0	24,8
Хронический гепатит (K73)	48,9	51,1	1,3	35,5	48,6	14,4
Цирроз печени (K74.0)	24,8	75,1	3,6	28,4	35,7	32,1
Почки и мочевыводящие органы	46,5	53,4	10,2	35,8	44,8	8,9
Киста почки (N28.1)	58,1	41,8	22,5	51,6	9,6	16,1
Хронический пиелонефрит (N11.1)	30,6	20,9	2,4	7,2	7,2	4,0
N20.0)	58,5	41,4	15,3	28,2	46,1	10,3

Он показывает, что смертность от рака пищевода составляет 63,8%, рака желудка — 51,7%, рака печени — 62,9%, рака почки — 53,4%. Смертность от

болезней с наиболее частой летальностью от рака в целом приходится на III стадию (46,1) (табл. 27).

В настоящее время по данным многих научных исследований видно, что онкологические больные молодеют. Эта проблема становится актуальной на глобальном уровне. Выдвигая эту актуальную проблему, мы определили частоту встречи фертильных и трудоспособных пациенток в исследуемой группе. На рисунке 14, представленном ниже, мы проанализировали пациентов от 1 до 14 лет, трудоспособного возраста, а также старше 62 лет, разделив их на группы. В целом трансформация предраковых заболеваний в рак чаще встречалась у больных старше 62 лет - 56,9%. А трудоспособная возрастная группа составила 42,8%. Этот показатель совпадает с показателями научных исследований, проводимых в зарубежных странах (рисунок 49). По данным организации BDDS, 35-45% всех онкологических больных составляют люди трудоспособного возраста [199].

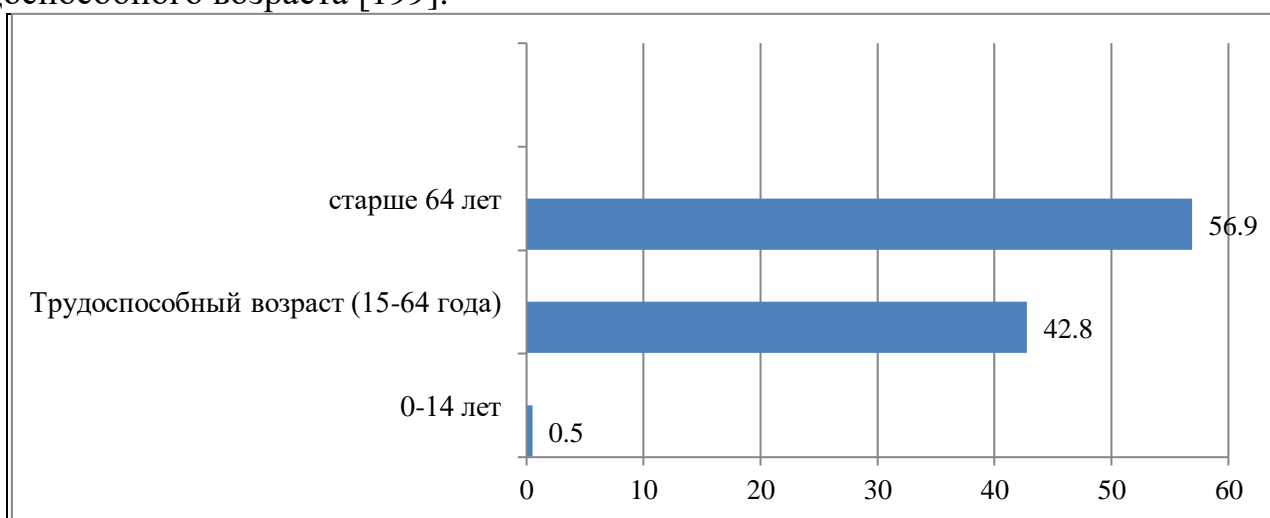


Рисунок 49 – Частота предраковых заболеваний в связи с молодостью

, вызванного хроническим гепатитом печени, процент проживших пять лет низок на 48,9%. 5-летняя выживаемость больных раком после рефлюкс-эзофагита составила 36,1%, а 5-летняя выживаемость больных хроническим атрофическим гастритом — 28,4%, после цирроза печени — 24,8% (табл. 27).

Таким образом, наиболее распространенными патологиями, приводящими к раку, являются «диффузная кистозная мастопатия» 20,2 (95% ДИ: 19,6–20,9%), «дисплазия шейки матки» 19,9 (95% ДИ: 16,3–17,5%), «хроническая обструктивная болезнь легких». В качестве заболеваний были идентифицированы 9,6 (95% ДИ: 9,1–10,0%) и «хронический атрофический гастрит желудка» 6,6 (95% ДИ: 6,2–7,0%).

рефлюкс-эзофагита 5-летняя выживаемость составила 36,1%, тогда как 5-летняя выживаемость при хроническом атрофическом гастрите составила всего 28,4%. Согласно полученным данным, уровень скрининга и раннего выявления

онкологических заболеваний с каждым годом повышается, однако результаты своевременного лечения предраковых заболеваний остаются низкими.

Дату возникновения предраковых и фоновых заболеваний и время трансформации в рак мы получали из анамнезов больных, зарегистрированных в амбулаторных картах больных, состоящих на диспансерном учете в течение 10 лет. Мы сгруппировали больных с предраковыми и фоновыми заболеваниями в 4 группы примерно по времени заболевания и периоду трансформации в рак. Брали 5-10 лет, 10-15, 15-20, 20-25 лет. В возрасте 5-10 лет чаще обнаруживали женские половые органы, молочные железы и кожу. В течение 10-15 лет предраковые заболевания желудка, кишечника, дыхательной системы, печени, почек, мочевыводящих органов нередко переходили в рак. А в третьей группе, т.е. в течение 15-20 лет, чаще встречалось возникновение эндокринного рака. В 20-25 лет печень и др. члены собрались в количестве. В таблице ниже представлен процент предраковых заболеваний, сгруппированных в каждой группе, в период перехода в рак (рис. 49).

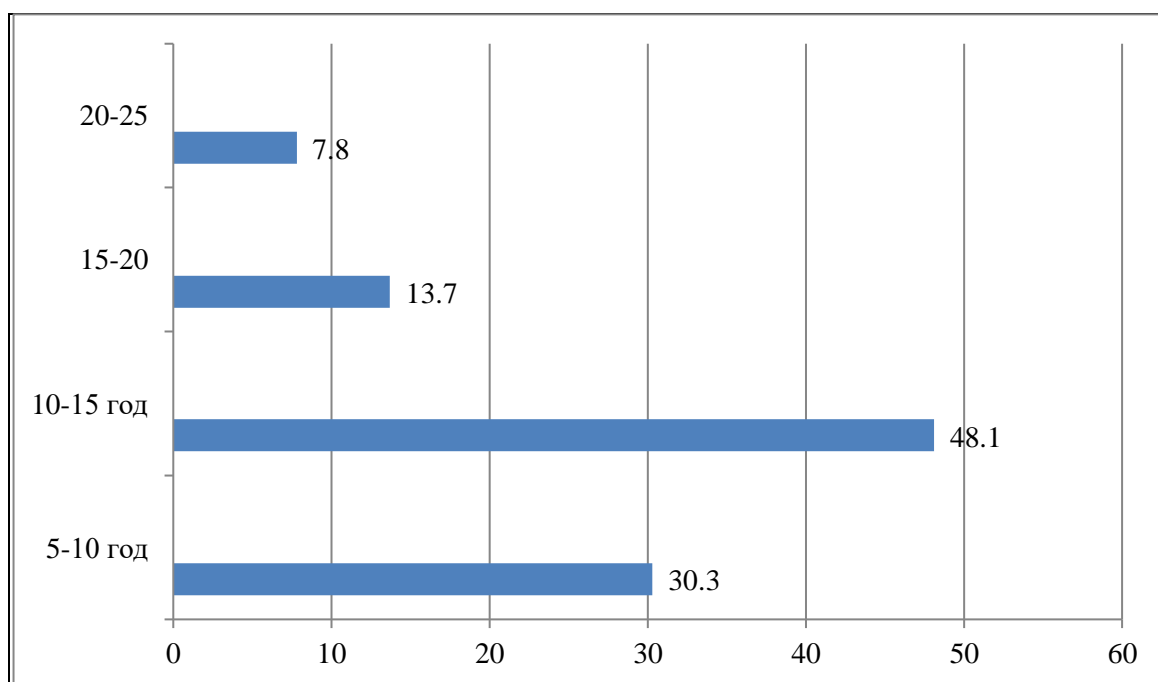


Рисунок 50 – Время трансформации предраковых и фоновых заболеваний в рак (% показатель)

Обобщая полученные результаты, важно своевременно выявлять заболевания, приводящие к онкологическим заболеваниям, и проводить качественные лечебные мероприятия, регистрировать предраковые заболевания в специальном электронном регистре, показывать больных с предраковыми патологиями онкологам и брать их под наблюдение. динамический контроль, предупреждение их превращения в раковые, открывает путь к своевременному определению инициативы. А качественно организованные лечебно-

профилактические мероприятия положительно сказываются на их излеченности или выживаемости до 5 лет.

Меры, направленные на совершенствование диагностики патологий, приводящих к отдельным онкологическим заболеваниям, открывают путь к снижению заболеваемости раком. К заболеваниям с низким уровнем своевременной диагностики относились хронический рефлюкс-эзофагит пищевода, хронический атрофический гастрит, цирроз печени, хронический гепатит печени, полипозные заболевания кишечника (рис. -50).

Онкологических заболеваний и факторы, влияющие на рак

Проведено исследование случай-контроль с использованием полуоткрытого опросника для определения динамики онкологической патологии и заболеваемости среди трудоспособного населения г. Шымкент. Методом случайной выборки в основную группу вошли пациенты трудоспособного возраста, объем выборки составил n=1669 человек. Пациенты контрольной группы были сопоставимы с основной группой по социально-экономическим условиям, этнической принадлежности и образу жизни. По соотношению основных групп размер выборки контрольной группы был 1:1 и составил n=1754 человека. Относительную эффективность любого фактора условий и контроля определяли путем расчета отношения шансов (ОШ).

Таблица 28 – Общие показатели исследуемой выборки

Индикатор	Итого: N 1669 (100.%)
1	2
Возрастная группа	-
18-24 лет	81 (4,9)
25-29 лет	34 (8,6)
30-39 лет	150 (17,5)
40-49 лет	390 (22,6)
50-59 лет	774 (27,1)
60-69 лет	240 (18,6)
Пол	-
мужчина	604 (39,3)
Женщина	1065 (60,7)
Знания	-

16 - продолжение таблицы

1	2
Середина	694 (11,5)
Канал — токсичная среда	492 (23,2)
Не закончил высшее образование	61 (10,2)
Высшее образование	422 (36,8)
Социальный статус	-
Сотрудники и рабочие	6 91 (41,4)
Ученики	66 (3 , 9)
Безработные	5 09 (3 0 ,4)

Людей с ограниченными возможностями	4 0 3 (2 4 , 1)
нация	-
казахский	867 (51,9)
узбекский	456 (27,3)
Русский	251(15,0)
татарин	28 (1,6)
Азербайджан	37 (2,2)
Корейский	12 (0,7)
Иран	7 (0,4)
Зона обслуживания:	-
Промышленность	186 (11,1%)
Здоровье	50 (3,0%)
Автомобиль	43 (2,6%)
Общественное питание	17 (1,0%)
Сфера образования	118 (7,1%)
Мы торговали	104 (6,2%)
Предприниматель	91 (5,5%)
Туризм	9 (0,5%)
Безработные	509 (30,4 %)
Неполноценный	4 03 (2 4 , 1 %)
Работники в разных сферах	48 (2,8%)
Ученик	66 (3,9 %) _
Военный офицер	10 (0,6%)
Фермер	15 (0,8 %) _

В анкету были включены вопросы, связанные с социально-демографическими и основными факторами риска. Мы разделили респондентов на 4 группы по уровню образования. В первую группу вошли лица, не имеющие полного среднего образования и среднего образования (11,5%), во вторую группу вошли пациенты со средним и специальным образованием (23,2%), в третью группу вошли пациенты, не имеющие высшего образования (10,2%), в 4-ю группу вошли пациенты с высшим образованием (36,8%) (табл. 28).

Распределение значимости переменной «возраст» в основной и контрольной группах подчинялось нормальному закону распределения, поэтому данные описывались с использованием среднего арифметического и стандартного отклонения. Средний возраст в основной группе составил $M\Phi=46,0$ (95% ДИ: 43,1-59,0), $M\Phi=16,2$.

Минимальный возраст пациентов основной группы 16 лет, максимальный 62 года. Средний возраст в контрольной группе был $M\Phi=46,2$ (95% ДИ: 44,7-57,8), $CO=16,2$. Минимальный и максимальный возраст для контрольной группы составили 16 и 62 года соответственно. Для каждого фактора была проверена значимость с использованием критерия хи-квадрат Пирсона (таблица 29).

Таблица 29 – Значение хи-квадрат Пирсона для каждого фактора

Использовал	Пирсон Хи-квадрат
Возраст	0,110
Пол	0,000
нация	0,000
Знания	0,002
Сфера деятельности	0,098
Социальная группа	0,134
Семейный статус	0,203
Количество детей	0,259
Жилищное покрытие	0,000
Удовлетворенность жильем	0,244
Социально-экономическая ситуация дома	0,494
Психоэмоциональная депрессия _ _	0,005
Несоблюдение правил питания	0,000
Курение	0,00 1
Употребление табака из-за болезни	0,159
причина курения	0,286
Употребление алкогольных напитков	0,002
Причины употребления алкоголя	0,169
Как вы оцениваете свое здоровье?	0,333
Наличие хронических заболеваний у ваших	0,463
есть какие-либо хронические заболевания	0,001
больны раком	0,117
ООД лечится	0,215
Несоблюдение режима лечения ООП в порядке	0,001
Причина отказа от лечения с последующим ООП	0,000
соблюдать схему лечения	0,001
Довольная семья лечением , предоставляемым ООД	0,000
Результат лечения удовлетворительный	0,000

Нескорректированные отношения шансов были определены для всех переменных со значимостью ниже 0,005. Кроме того, по каждому параметру была определена референтная группа (Reference) Логистический регрессионный анализ включал следующие переменные: профессия, образование, жилье, психоэмоциональное напряжение, пищевые привычки, курение (табл . 30).

Таблица 30 – Результаты анализа бинарной логистической регрессии

Индикатор	Нескорректированное отношение шансов	Фиксированное соотношение характеристик
1	2	3
	ОШ (95% ДИ)	ОШ (95% ДИ)
Средняя возрастная группа	-	-
16–24 года	1 (ссылка)	1 (референт)
25-29 лет	0,94 (0,44; 2,04)	0,50 (0,26; 1,93)
30-39 лет	1,17 (0,59; 2,31)	0,47 (0,25; 1,90)
40-49 лет	1,39 (0,72; 2,70)	0,68 (0,30; 2,21)
50-59 лет	1,05 (0,52; 2,06)	0,40 (0,23; 1,80)
60-62 года	2,03 (0,48; 8,58)	0,61 (0,20; 1,89)
Пол		
мужчина	1,30 (1,00; 1,69)	1,43 (1,03; 1,99)
Женщина	1 (ссылка)	1 (ссылка)
Адрес проживания	-	-
Город	1 (ссылка)	1 (ссылка)
Деревня		
Знания	0,90 (0,49; 1,64)	1,48 (0,63; 3,48)
Середина	0,85 (0,50; 1,44)	0,78 (0,41; 1,49)
Особая среда	2,00 (1,54; 2,61)	2,73 (1,97; 3,78)
Это выше меня	0,91 (0,51; 1,64)	0,83 (0,41; 1,69)
Вверх	0,93 (0,58; 1,53)	0,95 (0,51; 1,78)
Социальный статус	-	-
Рабочие с сотрудниками	1 (ссылка)	1 (ссылка)
Ученики	0,58 (0,30; 1,12)	0,71 (0,24; 1,12)
Безработные	1,28 (0,94; 1,75)	1,56 (1,06; 2,31)
Людей с ограниченными возможностями	1,99 (0,97; 4,10)	2,09 (0,83; 5,24)
Психозмоциональная депрессия _	-	-
Да	0,92 (0,84-1,01)	1,89 (1,02-1,77)
Нет	0,85 (0,78-0,99)	0,92 (0,89-1,04)

18 - продолжение таблицы

1	2	3
Соблюдение пищевых привычек	-	-
Да	0,6 (0,47-0,79)	0,5 (0,42-0,76)
Нет	1,0 (1,03-1,11)	2,17 (1,87-2,15)
Курение	-	-
Нет	0,97 (0,87-1,09)	0,96 (0,79-1,17)
Да	1,0 (0,93-1,10)	0,99 (0,84-1,01)
Болезнь родных родственников с хроническими заболеваниями	-	-
Да	0,88 (0,61-1,26)	0,85 (0,59-0,99)
Нет	1,0 (0,93-1,03)	0,99 (0,91-1,01)
У вас хроническое заболевание	-	-
Да	2,75 (2,15-4,51)	2,35 (1,06–3,65)
Нет	1,91 (1,75-2,07)	1,74 (1,09-1,75)

Как показывает скорректированное отношение шансов, семейное положение, количество детей в семье, употребление алкоголя имели малое значение в определении фактора риска развития КН у жителей изучаемого региона (табл. 30). Модель включала следующие значимые отношения шансов: этническая принадлежность ($p=0,000$), пол ($p=0,000$), образование ($p=0,002$), социальный статус ($p=0,000$), расстройство пищевого поведения ($p=0,02$), МС 2, 17. (95% ДИ: 1,87-215), употребление табака ($p=0,01$), ДИ 1,0 (95% ДИ: 0,93-1,0), наличие хронических заболеваний ДИ 2,35 (95% ДИ: 1,06-3,65), психоэмоциональное напряжение ($p=0,05$), ДИ 1,89 (95% ДИ: 1,02-2,77) (таблица 18. 95% ДИ: 59,6-66,1) респонденты указали, что они едят жирное мясо животных один раз в день. А 28,2% (95% ДИ: 25,2-31,3) сказали, что едят 2 раза в день, большую часть времени состав пищи сладкий и обезжиренный. А 8,9% (95% ДИ: 7,1-10,9) показали употребление горячей пищи 3 раза в день. Питание содержало мясо животных, рыбу, зеленые овощи, крупы. Определялось межрайонное сходство онкологических заболеваний. Заболеваемость предраковыми и злокачественными опухолями у жителей Абайского района составляет 39,5% (95% ДИ: 35,1-41,2), тогда как заболеваемость раком у жителей Енбекшинского района составляет 29,9% (95% ДИ: 27,7-34,6). исправление. Среди жителей этих двух регионов высокая заболеваемость онкологическими патологиями связана с плохой экологией. В частности, отходы свинцового завода, расположенного на территории Абайского района, быстро накапливаются на открытом воздухе, в почве и

открытых водоемах, повышая заболеваемость населения различными хроническими заболеваниями, а также уровень воздействия свинца и цинка. элементов на предраковые и раковые факторы очень высока. А в Енбекшинском районе есть «нефтедобывающее предприятие». Многие виды соединений угольной воды, выбрасываемые с этой производственной площадки, обладают предраковыми и канцерогенными свойствами. Показатель встречаемости предраковых и онкологических заболеваний в Аль-Фарабиевском, Каратауском районах г. Шымкента ниже двух вышеуказанных районов на 18,8-11,8 % (95 % ДИ: 17,1-19,6/9,7-12,7) дал показатель

Полуоткрытое исследование было проведено среди N1669 подходящих пациентов. В результате было установлено, что 43,1% (95% ДИ: 40,78-45,53%) больных употребляли табак, 28,7% (95% ДИ: 26,64-30,98%) больных употребляли алкоголь. 10,6% больных совместно употребляли табак и алкоголь.

Среди исследуемой выборки установлено, что большинство из них употребляли табак в период 15-20 лет, когда чаще всего курили мужчины. Установлено, что женщины употребляют табак в течение 10-15 лет. В среднем мужчины выкуривают 17 сигарет в день, а женщины выкуривают 13 сигарет в день.

95% ДИ: 7,8-12,2%) пациентов сообщили о полном прекращении курения после постановки диагноза рака . Курение увеличилось на 2,5% в связи с диагнозом. А остальные 87,6% (95% ДИ: 85,6-93,0%) пациентов продолжали курить. 19,2% больных основную причину связывали с курением окружающих, 6,9% с различными стрессовыми ситуациями.

Мужчины курили 64,2 % (95 % ДИ: 63,1–66,2 %). средний возраст составлял 52 года. В среднем он курил от 15 до 20 лет. У пациентов мужского пола основной группы чаще, чем у лиц, не пристрастившихся к табаку и алкоголю, встречались следующие диагнозы: рак яичка, полости рта, околоушной железы, прямой кишки.

35,8% (95% ДИ: 32,9–38,8%) женщин употребляли табак. Средний возраст знакомства составил 35-47 лет, а средняя продолжительность курения - от 10 до 15 лет. По результатам исследования рак молочной железы, пищевода, лимфолейкоз и щитовидная железа чаще встречались среди курящих пациентов по сравнению с некурящей группой.

По данным нашего исследования для населения ЮКО риск развития КИ был в 2,73 (95% ДИ 1,97-3,73) выше у больных с незаконченным средним и средним образованием, чем у жителей с высшим образованием.

По результатам исследования, полученным в обзоре литературы, установлено, что у лиц с неполным средним и средним образованием заболеваемость ЦК в два раза выше, чем у лиц с высшим образованием [166-169]. Другие исследования показали, что образованные жители лучше осведомлены о важности регулярных медицинских осмотров. Эти исследования

показали, что уровень образования статистически связан с участием в скрининге [170]. Изучено, что образованные люди более информированы о риске развития заболевания и активно участвуют в программе скрининга [171]. Так, по данным нашего исследования, риск развития КИ у жителей г. Шымкента, ОКО, был выше у больных с неполным и средним образованием, чем у больных с высшим образованием. По сравнению с возрастными группами развития КН чаще встречались КН в возрастной группе 40-49 и 60-62 лет.

64,2% женщин часто страдали психоэмоциональным стрессом, часто сталкивались с охранными ситуациями на рабочем месте. Причем 35,8% мужчин находились в состоянии стресса, а 39,8% связывали причину с семейными ситуациями. Фактор психоэмоционального стресса у жителей исследуемого региона оказался высоким в основной группе пациентов с КИ со средним значением 1,89 (95% ДИ: 1,02-2,77)

По данным нашего исследования, хронические заболевания (хронический гастрит, пиелонефрит, рефлюкс-эзофагит пищевода, хронический гепатит и др.) являются еще одним фактором развития КН в основной группе исследования.

Рак чаще выявляли у женщин, чем у мужчин на 60,7%, по частоте межэтнических контактов у казахов - 51,9%, узбеков - 27,3% и русских - 15,0%.

Материальное положение и психосоматический статус жителей считаются одним из основных факторов медико-социальной системы. При опросном обследовании 0,3 % больных отметили свое материальное положение как очень хорошее, 53,2 % - как хорошее, 41,4 % - как среднее, 4,9 % - как ниже среднего

Низкое материальное положение, в свою очередь, может привести к неверию в будущее, то есть тревоге, депрессии, поэтому при обследовании учитывали, к какой социальной группе относятся больные: 30,4 % - безработные, 26,0 % - обычные рабочие, 4,1% являются инвалидами, 15,3% являются государственными служащими, 3,9% являются студентами

Среди онкологических патологий число больных-инвалидов находится на нормальном уровне, а безработные больные и работники различных сфер, в свою очередь, опять же свидетельствуют о том, что социальное положение в семье среднее и ниже среднего.

В ходе опроса мы получили ответ на вопрос, при каких условиях вы посещаете врачей в следующей сцене.

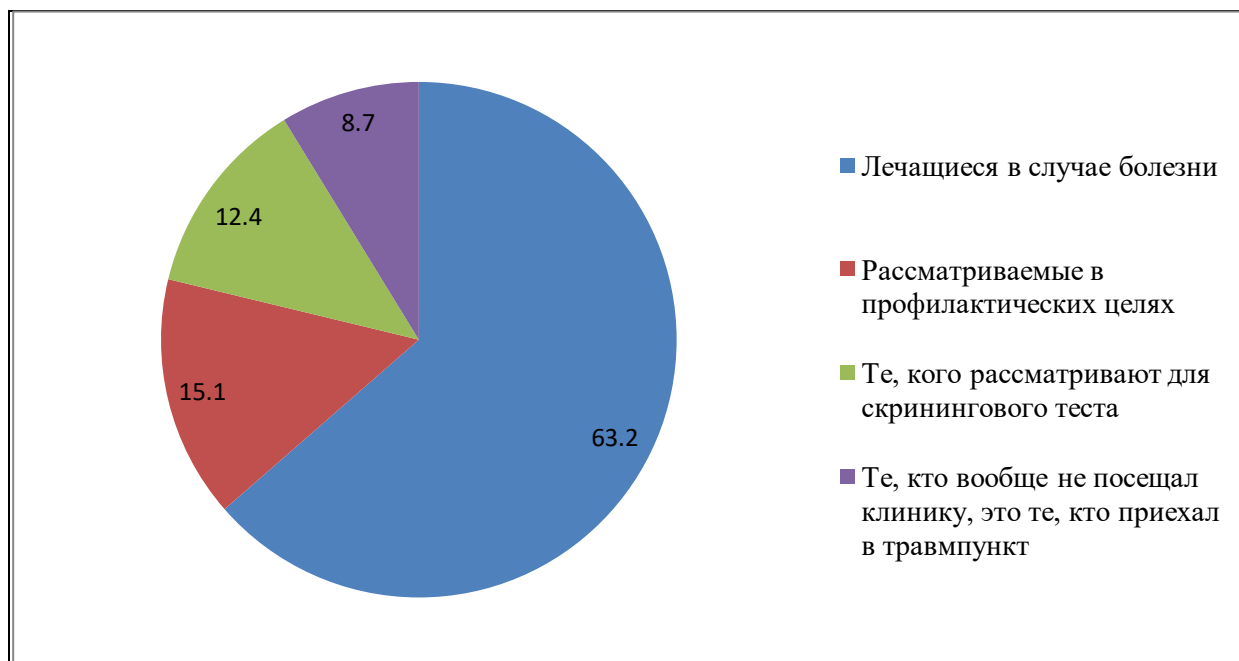


Рисунок 51 – Предболезненное состояние больных, состоящих на учете в ООД (%)

обследованных по поводу болезни, 15,1 % явившихся на профилактический осмотр, 12,4 % вызванных на профилактический осмотр, 8,7 % явившихся в поликлинику на скорой помощи незаметно вообще (рис. 51).

На вопрос об обстоятельствах, при которых был диагностирован рак, были получены следующие ответы. 73,8% обратившихся в поликлинику самостоятельно в связи с ухудшением самочувствия, 26,4% получивших приглашение на профилактический осмотр. 1,1% от выявленных в других случаях (рис. 51).



Рисунок 52 – Случаи выявления онкологических заболеваний у больных, состоящих на учете с ООП (%)

Среди трудоспособных больных (n=1669) были выявлены следующие причины отказа от посещения онколога и лечения с последующим диагностическим обследованием (рис. 52). Наиболее частой причиной инициации было чувство страха, вызванное боязнью обнаружения «рака» среди пациентов 62,1% (95% ДИ: 60,8-70,3). 22,8% (95% ДИ: 19,2-26,7) назвали причину отсутствия возможности посещать осмотры и лечение из-за отсутствия возможности отпроситься с работы, те, кто ответили, что постоянно тратят время в очереди врачи 13,4 (95% ДИ 11,4; 14, 7) и пациенты, самостоятельно лечившиеся, дали такой показатель 2,5 (95% ДИ 1,0, 2,9)

Не в полной мере следуют рекомендациям врача 15,0 %, пренебрежительно относятся к своему здоровью 65,2 %, не имеют возможности приходить в поликлинику без отрыва от работы 7,4 %, низкий уровень посещаемости профилактических осмотров 72,7 %, посещения клиники только при ухудшении самочувствия показывает 73,8 %.

Кроме того, мы получили ответы о качестве онкологической помощи среди респондентов. 18,0% из них считают качество медицинской помощи низким. Доля тех, кто считает, что врачи плохо относятся к пациентам, составила 14,0%. А 13,7% указали, что часто проходят платные

диагностические обследования. 9,8% респондентов отметили, что покупают дополнительные лекарства за плату, а 44,5% из тех, кто указал, что они довольны онкологической помощью. В исследованиях, проведенных несколькими авторами, с такими показателями определялась неудовлетворенность пациентов в области онкологии (рис. 52)[172].

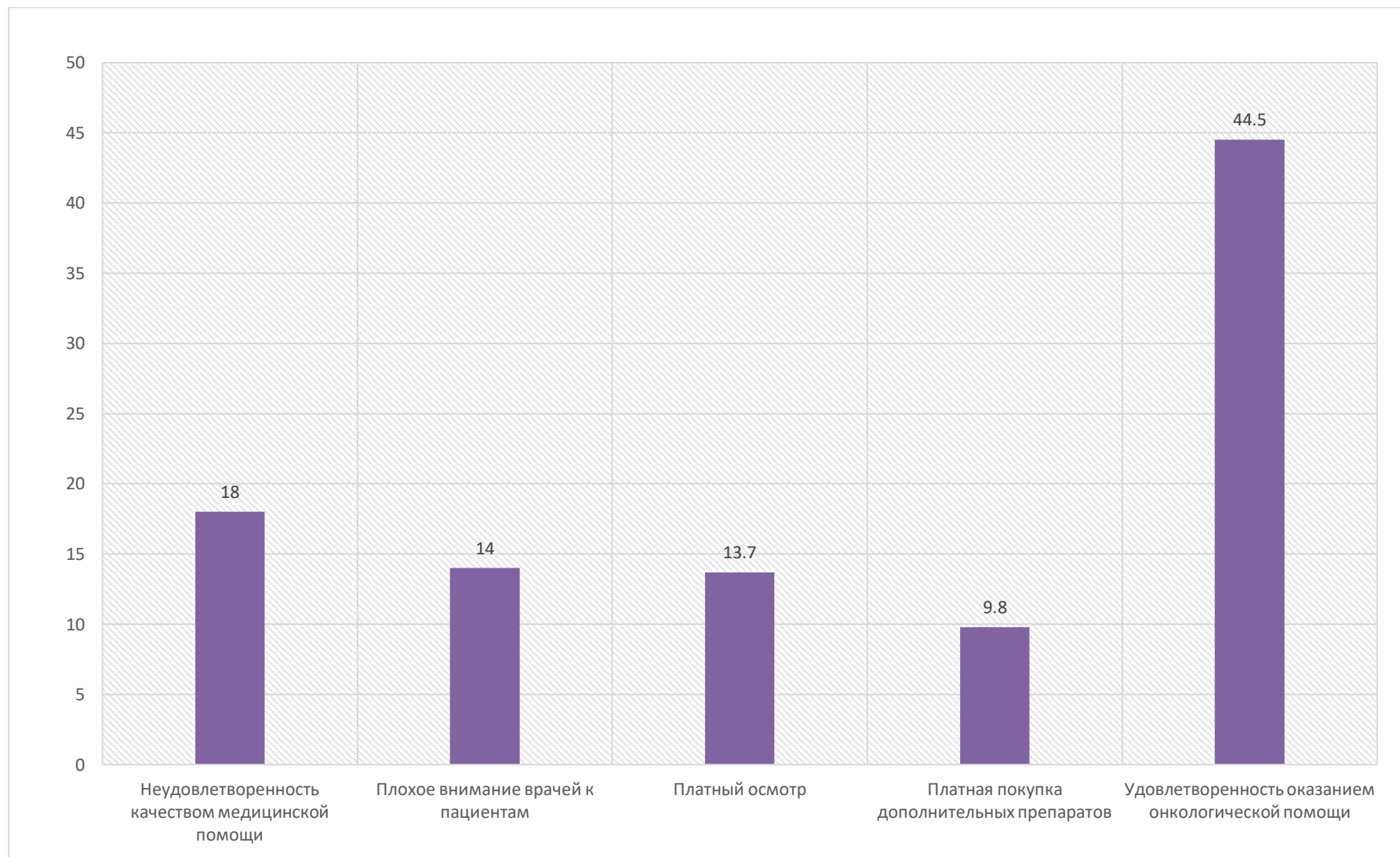


Рисунок 53 – Оценка респондентами качества оказываемой медицинской помощи в области онкологии (%)

3.4 Препятствия, выявленные при оказании онкологической медицинской помощи врачами первичного звена

Задачей нашей следующей исследовательской работы является выявление препятствий, возникающих при оказании онкологической медицинской помощи.

В развитых и развивающихся странах существует множество диагностических и стационарных клиник, оказывающих качественную медицинскую и современную помощь при онкологических заболеваниях. Хотя специализированные технологии в системе онкологии развиваются в соответствии с современными требованиями, показатели заболеваемости и смертности от онкологических заболеваний остаются на высоком уровне. Часто встречающимися препятствиями в процессе выявления онкологических патологий на ранней стадии являются выезды районных и онкологов в стационары и лечебные центры по различным проблемам и причинам при выявлении предраковых и раковых патологий. Мышцы приводят к развитию болезни.

Причины отказа от скрининга и лечения [201] часто определялись как субъективные реакции в развивающихся странах [202].

Причина, по которой пациенты не проходят повторный диагноз, заключается в том, что они чувствуют себя удовлетворенными в сложившейся ситуации, обращаются за помощью к врачам, а пациенты старше 60 лет часто теряют надежду на получение лечения.

В 2010 году в стране Аргентина было проведено исследование по определению основных причин отказа от онкологического обследования и лечения больных, в результате которого основная причина отказа от обследования была связана с неправильной организацией системы здравоохранения. [203].

Мы изучали работу участковых врачей в поликлиниках с помощью перекрестного дизайна исследования. Мы провели опрос 500 районных врачей и 40 онкологов в городских и районных поликлиниках.

Анонимный опрос состоял из полуоткрытых вопросов. Написание анкеты заняло 20-25 минут. Каждый участковый врач и врач-онколог прочитал и заполнил анкету самостоятельно. Основные заданные вопросы касались удовлетворенности врачей своей работой и достаточности времени для приема пациентов, кроме того, были заданы вопросы, определяющие, какие организационные и амбулаторные недостатки имеются в процессе оказания медицинской помощи больным с подозрением на рак [204].

Отобранные врачи включали 2 группы, 1-ю группу составили городские врачи, 2-ю группу – сельские врачи.

Опрос завершили 59,8% городских и 40,2% сельских и онкологов. «Соответствует ли объем выполненных работ официальным нормальным показателям?» - на наш вопрос 64,8% врачей указали, что работают больше установленных показателей (95% ДИ: 60,4-98,9) [205].

59,6% опрошенных были городскими и 40,4% сельскими районными врачами. 35,2% ответов врачей указали, что количество рабочего времени

соответствует существующим официальным показателям. Выяснилось, что 60,8 % из них работают в городских поликлиниках, 39,2 % – в сельских. На вопрос «Удовлетворены ли Вы графиком работы (время приема пациентов, время рабочего графика врачей, время отпуска) ответили 37,4 % врачей, что удовлетворены: из них 39,7% сельские врачи, 60,4% городские врачи. На полную неудовлетворенность указали 55,6% врачей, из них сельские врачи - 40,0%, городские - 60,0% (95% ДИ: 51,1-59,9). На неудовлетворенность работой врачей указали 7,2 % опрошенных, из них 45,7 % - участковые и 54,3 % - городские врачи.

Ответы на вопрос «Сколько онкологических больных зарегистрировано в вашем регионе» приведены в инструкциях по ответу областным врачам. А на вопрос, какие предраковые заболевания вы знаете и если у вас были на учете больные, запишите диагноз заболевания, только 42,9% (95% ДИ: 38,2-50,9) ответили, что относятся к онкологическим заболеваниям (дисплазия шейки матки, кишечная полип, цирроз печени, рак молочной железы), заболевания фиброзно-кистозной мастопатии и ряд хронических заболеваний легких и желудка) упоминались как предраковые заболевания, часто выявляемые в исследованиях.

При этом 35,2% (95% ДИ: 31,0-43,6) врачей ответили, что не знают предраковых заболеваний, 32,6% (95% ДИ: 28,6-36,8) врачей, которые писали свои инструкции, часто имели фоновые выявленные заболевания. 15,3% отметили, что предраковых заболеваний не зарегистрировано. А 7,1 % ответили, что затрудняются ответить

По словам врачей, больные опасались обращения к онкологу с диагнозом «рак», из них 64,0% — городские врачи, 36,0% — участковые. 66,2% (95% ДИ: 61,8-70,3) показали, что это чувство страха мешает пациентам проходить дальнейшие диагностические обследования. По мнению 55,9% городских врачей и 44,1% сельских врачей, 11,6% (95% ДИ: 09,1-15,0) отмечали депрессию при объяснении больным подозрения на рак. 38,2 % городских врачей, 61,8 % сельских врачей, 12,9 % (95 % ДИ: 08,4-14,1) при длительной агитации с больными показали, что отказываются от приема онколога, 9,3 % указали на халатное отношение к своему здоровью. 28) и только 4,0% (95% ДИ: 2,5-6,2) больных сказали, что дадут согласие на обследование сразу, это было определено в результате дальнейших исследований [206]. «50,0 % врачей констатировали, что времени приема недостаточно, так как заполнение медицинских карт занимает много времени. 29,4 % в качестве препятствия указали на отсутствие квалификации в области онкологии . 25,6 % констатировали, что врачи-онкологи регулярно меняют работу Недостаточное выполнение мероприятий по профилактике онкологических заболеваний 16, установлено на уровне 0% (таблица 19).

Таблица 31 – Препятствия в оказании медико-организационной помощи онкологическим больным врачами первичного звена

Поскольку вопрос в опросе был полуоткрытым, врачи указали несколько вариантов ответа (N=605)	(N = 500) Абс. сравнительный	Контроль % индикатор
Он указал , что заполнение медицинских карт и дополнительных документов требует времени	250	50,0%
Причиной недостаточной квалификации в области онкологии стала невозможность посещения курсов повышения квалификации, конференций и плановых	147	29,4%
Врачи постоянно меняют работу из-за низкой зарплаты Дополнительный ответ от коллег D)	128	25,6%
Неадекватное выполнение мероприятий по профилактике онкологических заболеваний	80	16,0%
Все:	605	121,0%

Поскольку вопросы опроса являются полуоткрытыми, врачи отмечают несколько ответов на эти вопросы. Таким образом, общее количество полученных ответов составило N = 605.

По мнению районных врачей, для очного обследования, лечения и диспансерного наблюдения онкологических больных: 13,8 % указали на увеличение времени, отводимого на прием больных , 21,2 % - на ускоренное консультирование больных врачами-специалистами , максимально возможное сокращение сроков ожидания приема на диспансер, дневной стационар 12,4 % указали на необходимость улучшения материально-технической базы стационара, 7,8 % отметили необходимость повышения квалификации районных врачей в области онкологии, 44,5 % указали свои рекомендации.

По ответам районных врачей было показано, что трудоспособные больные, направленные на прием к онкологу, не могли уйти с работы, боялись потерять работу, вынуждены были подолгу ждать приема в поликлиниках. , и пришлось пройти множество платных экзаменов. Эти сложные проблемы или препятствия были определены в качестве основных причин, негативно влияющих на своевременную диагностику онкологических заболеваний и качественное лечение.

Совершенствование лечебно-организационных технологических приемов, направленных на выявление онкопатологий с ранней стадии развития

Изучить факторы риска развития онкологических заболеваний, определить причины отставания в диагностике и лечении на разных этапах оказания лечебно-педагогической помощи, выявить основные препятствия в методе онкоскрининга для раннего выявления онкологических заболеваний ,

проанализировать статистические данные, Активизация методической работы по раннему выявлению облигатной и фоновой патологии у лиц трудоспособного возраста (оптимизация) позволила создать модель [207].

Из-за сложности выявления онкологических патологий борьба требует командных усилий и общения между медицинским персоналом.

Согласно рекомендациям ВОЗ, существует четыре основных компонента эффективного контроля КН: первичная профилактика; организация скрининга и выявления заболевания на начальной стадии путем повышения онкологической настороженности; своевременная современная диагностика и современное лечение; оказание паллиативной помощи на поздних стадиях заболевания.

Первичная профилактика заключается в предотвращении формирования КН и борьбе с основными факторами, приводящими к возникновению КН. Помимо вышеперечисленных мер первичной профилактики, проводится информирование населения об онкологических заболеваниях и выявление онкологических заболеваний.

Раннее выявление означает проведение эффективного скринингового теста среди населения целевой группы. Необходимым условием эффективного скрининга является слаженная, планомерная работа на программном уровне, заключающаяся в обучении медицинских кадров и проведении санитарного просвещения населения.

Лечение с выявлением - наблюдение за пациентами с ХБП и облигатными заболеваниями при онкоскрининге необходимо для рекомендации дальнейшего обследования и лечения. Для подтверждения окончательного диагноза все лица, у которых выявлена патология в рамках программы скрининга, должны пройти дополнительное обследование. Стандартный метод диагностики облигатных заболеваний требует гистологического исследования ткани, полученной при биопсии.

В рамках скрининга необходимо показать необходимое обследование и лечение злокачественных патологий, выявленных у всех жителей современным способом. В связи с необходимостью обследования и лечения заболевания необходимо направление в лечебные учреждения высокого уровня по направлению здравоохранения. Паллиативная помощь, симптоматическое лечение и общая помощь больным с инкурабельными формами КИ в настоящее время реализуются на высоком уровне. Выявлена низкая информированность врачей о мерах первичной и вторичной профилактики, современных методах лечения ХБП, основных факторах риска онкоскрининга для своевременного выявления облигатной и предраковой патологии. Для предупреждения возникающих в связи с этим проблем были предложены специальные мероприятия для врачей первичной медико-санитарной помощи.

Исходя из опыта развитых стран, хорошо спланированный систематический скрининг с высоким охватом населения позволяет статистически предотвращать новые случаи и летальные исходы от заболевания. Кроме того, есть доказательства того, что санитарное просвещение, эффективные программы скрининга и улучшенное медицинское образование могут снизить вред, причиняемый этим заболеванием, и снизить затраты системы здравоохранения [208].

В Казахстане с 2008 года проводится систематический скрининг на выявление врожденных, фоновых и злокачественных заболеваний, предусматривающий финансовые и технические средства и поддерживающую национальную программу. Но сопровождение санитарно-просветительских и профилактических мероприятий носит конъюнктурный характер, отсутствует информационная система, отслеживающая успешность и выявляющая недостатки проводимого скрининга и реализации противораковых мероприятий.

Для успешной реализации нашей модели основное внимание следует уделить пониманию врачей первичного звена, потому что в этой системе пациент или больной первым обращается к врачам. Далее врачи ПМСП проводят общеклиническое и инструментально-лабораторное обследование. К онкологу пациента направляют при подозрении на рак или рак. Предраковые патологии, которые при этом остаются запущенными, остаются нелеченными из-за отсутствия должного наблюдения и своевременной регистрации таких случаев, а нелеченные предраковые заболевания, в свою очередь, переходят в рак [209]. Далее врачам первичного звена необходимо постоянно совершенствовать свои знания в области онкологии.

Еще одним решением проблемы раннего выявления онкологических заболеваний у жителей является постоянное повышение квалификации врачей и среднего медицинского персонала в сельских и городских поликлиниках, а это задача подготовки врачей в области онкологии в плановом порядке. По плану необходимо обязать врачей, работающих в ООД, ежемесячно читать лекции, проводить мастер-классы, конференции в районных и сельских населенных пунктах. Это позволяет повысить уровень скрининга для раннего выявления предраковых и онкологических заболеваний.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ранняя диагностика раковых образований зависит от онкологической настороженности врачей общей практики и их знаний, тактики дальнейшего лечения больного. В 1994 году Европейская Комиссия по изучению рака (European guidelines for quality assurance in mammography screening) на специальной конференции рассказала о роли врачей-терапевтов и хирургов в скрининге рака и о том, что роль врача общей практики была высоко оценена. Врач, к которому пациент или больной обращается за медицинской помощью в первую очередь, это врачи в области общей практики, и их первоначальный диагноз, который они ставят, является очень важным, поскольку правильно поставленный диагноз позволяет раннее выявление, лечение раковых образований. В связи с этим необходимо интенсивное проведение профилактических мероприятий среди населения и врачей общей практики. А это совершенствование санитарно-просветительной работы, диспансерное обследование населения, своевременное прибытие пациентов при прогнозировании различных патологий, посещение населением комплексного обследования, улучшение результатов своевременной диагностики и лечения злокачественных новообразований.

Таким образом, основной задачей в работе врача общей практики, региональных врачей, врачей частной специализации по профилактике онкологической патологии является своевременное распознавание и лечение предраковых состояний, при которых развивается злокачественная опухоль (факультативная, облигатная предраковая) и ранняя диагностика злокачественных образований.

Монография предназначена для врачей, оказывающих первичную медицинскую помощь и врачей общей практики.

Для удобства восприятия предоставленного материала по ранней диагностике онкопатологии в монографии указаны названия предраковых заболеваний, основные клинические симптомы, основные влияющие факторы, возможные варианты методов первичной диагностики.

Все факторы риска злокачественных новообразований были выделены как внутренние (генетические), так и внешние. Оказалось, что эти факторы риска оказывают существенное влияние на развитие предраковых заболеваний.

Факторами внутреннего онкологического риска являются семьи с раком молочной железы, предстательной железы, кожи и кишечника в семейном анамнезе. Кроме того, среди внутренних факторов патологическое состояние, вызванное гормональными изменениями и дефицитом иммунной системы, является фактором риска развития рака.

Внешние факторы онкологического риска это курение, которое является наиболее важным фактором риска развития рака легких. Кроме того, курение играет важную роль в развитии рака мочевого пузыря, молочной железы, шейки матки, пищевода, толстой кишки, полости рта, поджелудочной железы и лейкемии.

Как выяснили американские исследователи, 40% больных раком продолжают курить. Курение и употребление алкогольных напитков снижают эффективность лечения рака, увеличивают вероятность рецидива заболевания, а также сокращают время жизни. Многие больные раком в настоящее время курят, употребляют алкогольные напитки, среди которых большая часть трудоспособного возраста.

Визуальной локализации в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 2 августа 2013 года №452 «Об утверждении Стандарта организации оказания онкологической помощи населению Республики Казахстан» подлежат: опухоль губ (C00), языковая основа (C01), другие неуточненные части языка (C02), десны (c03), полость рта (C04), небо (c05), другие неуточненные части рта (C06), слюнная железа (c07), другие неуточненные части слюнной железы (C08), миндалина неба (c09), глотка (C10), прямая кишка (C20) и анальный канал (C21), кожа (C44), грудь (C50), наружные половые губы женщины (c51), влагалище (c52), матка (c53), НМА (C60), предстательная железа (c62), кожа НМА (C63.2), глаза (C69), щитовидная железа (c73), меланома кожи (C43).

Медицинские работники смотровой комнаты обязаны обследовать соответственно: наружные половые органы, а также шейку матки, молочную железу, щитовидную железу, прямую кишку, органы ротовой полости, кожные покровы, периферические лимфатические узлы у женщин. Эти органы можно просматривать и проверять вручную, а также исследовать цитологическим методом. Также рекомендуется осмотреть полость носа и ушей, посмотреть пальцем. Клинические исследования показали, что, как правило, злокачественные новообразования возникают в результате гиперплазионных и неоплазионных изменений хронических процессов, протекающих в коже длительное время. Диагностика предраковых и онкологических заболеваний основывается на условиях жизни, особенностях прежней и современной производственной деятельности, вредных привычках, тщательном анализе жалоб, проведении доврачебного опроса, сопровождении на профилактический осмотр больных, впервые обратившихся в амбулаторно – поликлинические учреждения в течение года (женщины с 18 лет, мужчины с 30 лет), а также в комнате обследования женщин – основными вопросами смотрового кабинета являлись забор мазка из шейки матки и цервикального канала и направление на цитологическое исследование, направление лиц с подозрением и патологией к профильным специалистам для установления диагноза и организации лечения, регистрация и учет результатов проведенных профилактических осмотров и цитологических исследований по установленной форме первичной медицинской документации, анализ работы смотровой комнаты и составление отчетов по ним, проведение санитарно-просветительной работы среди других граждан.

Предраковые заболевания - это заболевания, которые могут предотвратить рак. В то же время, в 1870 году русский врач М. М. Руднев в

своих лекциях упоминал о том, что рак является причиной развития различных заболеваний.

Термин «предраковые заболевания» появился в 1896 году после Международного конгресса врачей-дерматологов в Лондоне. До наших дней это понимание формировалось в очень узком смысле. То есть, оказалось, что появление различных заболеваний влияет только на развитие рака. Ранее профилактика и лечение предраковых заболеваний были неоднозначными.

Специфические предраковые заболевания – облигатные виды - часто приводят к раку. К специфическому предраковому заболеванию относятся полипы. Предраковые заболевания возникают в различных частях тела от 60% до 90%. При этом к специфическим предраковым заболеваниям относят появление кист в железах внутренних органов, такие плачи возникают в слюне, молочных железах, яичниках, поджелудочной железе, щитовидной и предстательной железах, относящиеся к предраковому заболеванию шейки матки, которые чаще всего встречаются в развивающихся странах, выявляются в нашем регионе.

Неспецифические предраковые заболевания (факультативные), являются редкими заболеваниями в возникновении рака. Среди заболеваний - язва желудка, хронический атрофический гастрит желудка, хронический рефлюкс-эзофагит, хронический гепатит печени и др.

Каждое злокачественное образование в отдельности, если говорить о предраковых заболеваниях. Специфические предраковые заболевания красной каймы губ включают предраковую бородавку, предраковый гиперкератоз и абразивный хейлит Манганотти, кератоакантому, папиллому. Неспецифические предраковые заболевания включают эрозивную и веррукозную форму лейкоплаков, эрозивную язвенную и гиперкератозную форму десен и метеорологические болезни хейлита.

Предраковые заболевания-это патологический процесс, вызывающий большие или малые онкологические заболевания. В 1977 году в связи с исследованиями опухолей головы и шеи Всесоюзным комитетом (А. Л. Машкиллейсон) были описаны формы рака слизистой оболочки полости рта.

Невус. Медицинская наука определяет несколько названий невусов: пигментный невус, меланоцитный невус или пигментное пятно. Все они имеют одно значение и относятся к доброкачественным образованиям врожденного характера клеток – невоцитов, содержащих меланин, подвергшихся патологическим изменениям. В нормальных условиях они синтезируют пигмент и придают коже цвет. В случае изменения количество меланина увеличивается и появляются специфические образования.

С современной медицинской научной точки зрения меланома не опасна и меланома различает опасные невусы:

К небезопасным образованиям меланомы относятся: монголоидный; папилломатозный невус; фиброэпителиальный невус; галоневус; внутрикожный пигментный невус.

К опасным невусам меланомы относятся пограничный и гигантский пигментный невус, небесный (или синий) невус, операционный невус и дисплазионный невус.

Гистологическая классификация доброкачественных опухолей молочной железы (ДОО, 1978-1981): согласно концепции МКБ-10 ДОО данный комплекс представляет собой комплекс «доброкачественная дисплазия молочной железы» (N.60) и имеет множество синонимов: кистозная мастопатия, фиброзно-кистозная болезнь, фиброаденоматоз, болезнь Реклю, болезнь Шиммельбуша и другие, многие из которых имеют исключительно историческое значение. В нашей стране термины «фиброзно-кистозная мастопатия» и «фиброзно-кистозная болезнь» получили широкое распространение, а «дисплазия молочных желез», будучи сходными с понятием «эпителиальная дисплазия», не получили широкого распространения. Доброкачественная дисплазия предраковых заболеваний молочной железы как потенциальный источник занимает одно из центральных мест в маммологии. Спорным является и вопрос о периодичности течения дисгормональной гиперплазии при переходе предраковых заболеваний молочной железы. По мнению многих исследователей, мастопатия развивается в следующей последовательности: масталгия, диффузная мастопатия, узловатая мастопатия, предраковая опухоль молочной железы. Клиническая классификация мастопатии: 1. диффузные формы: с преобладанием железистого компонента (аденоз); с преобладанием фиброзного компонента ; преобладает кистозный компонент; смешанная форма. 2. узловатые виды выделяют 3 клинические фазы мастопатии.

По Клинико-морфологической классификации заболевания шейки матки условно классифицируются на фоновые процессы и предраковые состояния.

К фоновым процессам относятся: эрозия шейки матки (эктопия, псевдоэрозия); лейкоплакия; полипы шейки матки, плоские кандиломы.

Предраковые процессы-дисплазия (слабая, средняя, тяжелая).

В 1978 году Всесоюзный комитет экспертов в ходе исследования предраковых заболеваний желудка предложил разделить на предраковые состояния (факультативные предраковые) и предраковые изменения – дисплазию (облигатные предраковые).

В современной классификации Всемирной организации здравоохранения за 2020 год показано большое количество доброкачественных опухолей яичников, разделенных на группы и подгруппы по различным позициям. Наиболее распространенными видами в практической гинекологии и абдоминальной хирургии являются: опухолевидные образования яичников. Поверхностные эпителиальные стромальные или эпителиальные опухоли рака яичника.

К ним относятся фолликулярная киста, развивающаяся в одном анабесе и часто встречающаяся у молодых женщин. Ее диаметр составляет 2,5-10 см. Она подвижная, эластичная, может располагаться над маткой, сзади, по

краю, не склонна к затвердеванию. Киста характеризуется нарушением менструального цикла в виде задержки и сильного прихода менструаций, но самопроизвольно удаляется после нескольких менструальных циклов (3-6). Тем не менее, опухоль яичников может иметь маленькую форму, в связи с чем, при выявлении по УЗИ УД должна находиться под постоянным наблюдением до полного исчезновения путем проведения биометрических измерений.

Предраковые заболевания включают третий уровень дисплазии щитовидной железы (атипия). Его трудно отличить от рака *in situ* и отличить его можно только после иммуногистологического анализа, который выявляет онкомаркеры. С этой целью проводят пункционную тонкоигольную биопсию щитовидной железы. Доброкачественные заболевания щитовидной железы: узловой и эндемический зоб, доброкачественные образования – аденома, кисты.

В заключении монографии представлены алгоритмы, направленные на выявление онкологических заболеваний на ранней стадии с основными факторами, влияющими на развитие онкологических заболеваний.

В общей части изложены мероприятия, направленные на раннее выявление злокачественных новообразований, а в основной части отдельно рассмотрены классификация, клиническая картина, диагностика, лечение предраковых заболеваний, факторы риска, профилактические мероприятия, пути диспансеризации, направления на ведение болезни.

Монография эпидемиология предраковых заболеваний за последние годы (2010-2020гг.) предназначена для врачей общей практики, хирургов, акушеров-гинекологов, стоматологов, а также студентов факультетов послевузовского образования.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2016-2019 жылдарға арналған «Денсаулық» мемлекеттік бағдарламасы. Қазақстан Республикасы Президентінің 2016 жылғы 15 қаңтардағы № 176 Жарлығы. <https://adilet.zan.kz/kaz/docs/U1600000176>
2. Постановление Правительства Республики Казахстан от 29 марта 2012 года № 366. Утратило силу постановлением Правительства Республики Казахстан от 30 декабря 2014 года № 1410 <https://adilet.zan.kz/rus/docs/P1200000366>
3. F. Bray, J. Ferlay, I. Soerjomataram, R. L. Siegel, L. A. Torre, and A. Jemal, “Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries,” *CA: a Cancer Journal for Clinicians*, vol. 68, no. 6, pp. 394–424, 2018. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30207593/>
4. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2020. *CA Cancer J Clin*. 2020 Jan;70(1):7-30. doi: 10.3322/caac.21590. Epub 2020 Jan 8. PMID: 31912902. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31912902/>
5. National Center for Health Statistics. Table 83 (page 1 of .Use of mammography in women aged 40 years and older by selected characteristics:. United States, selected years 1987-2010 // Accessed in www.cdc.gov/nchs/data/hus/2013/083.pdf November 23, 2015.
6. Olsen A.H., Lynge E. et al. Breast cancer mortality in Norway after the introduction of mammography screening // *Int. J. Cancer*. 2013; 132 (1): 208-14. doi: 10.1002 / in. 27609.
7. Lu P, Gu J, Zhang N, Sun Y, Wang J. Risk factors for precancerous lesions of esophageal squamous cell carcinoma in high-risk areas of rural China: A population-based screening study. *Medicine (Baltimore)*. 2020;99(31):e21426. doi:10.1097/MD.00000000000021426] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7402764/>
8. Nucci D, Marino A, Realdon S, Nardi M, Fatigoni C, Gianfredi V. Lifestyle, WCRF/AICR Recommendations, and Esophageal Adenocarcinoma Risk: A Systematic Review of the Literature. *Nutrients*. 2021 Oct 8;13(10):3525. doi: 10.3390/nu13103525. PMID: 34684526; PMCID: PMC8538904. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34684526/>
9. Okello S, Churchill C, Owor R, et al. Population attributable fraction of Esophageal squamous cell carcinoma due to smoking and alcohol in Uganda. *BMC Cancer*. 2016;16:446. Published 2016 Jul 11. doi:10.1186/s12885-016-2492-x. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4940693/>
10. Westman J, Wahlbeck K, Laursen TM, et al. Mortality and life expectancy of people with alcohol use disorder in Denmark, Finland and Sweden. *Acta Psychiatr Scand*. 2015;131(4):297-306. doi:10.1111/acps.12330 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4402015/>
11. IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Red Meat and Processed Meat. Lyon (FR): International Agency for Research on Cancer; 2018. (IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, No. 114.) 2. CANCER IN HUMANS. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507972/> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507972/>
12. De Pergola G, Silvestris F. Obesity as a major risk factor for cancer. *J Obes*. 2013;2013:291546. doi:10.1155/2013/291546. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3773450/>].

13. Correa P, Piazuelo MB. Helicobacter pylori Infection and Gastric Adenocarcinoma. *US Gastroenterol Hepatol Rev.* 2017;7(1):59-64. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3158605/>.
14. Datta S, Chatterjee S, Policegoudra RS, Gogoi HK, Singh L. Hepatitis viruses and non-Hodgkin's lymphoma: A review. *World J Virol.* 2012;1(6):162-173. doi:10.5501/wjv.v1.i6.162 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3782277/>].
15. Bosch FX, Tsu V, Vorsters A, Van Damme P, Kane MA. Reframing cervical cancer prevention. Expanding the field towards prevention of human papillomavirus infections and related diseases. *Vaccine.* 2012 Nov 20;30 Suppl 5:F1-11. doi: 10.1016/j.vaccine.2012.05.090. PMID: 23199951. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23199951>.
16. Hardcastle JD Chamberlain JO, the MH Robinson, Moss SM, Amar S., et al. Randomized controlled trial of fecal occult blood for colorectal cancer // *Lancet.* 2016; 348 1472-77.
17. Аверкин Ю.И., Антоненкова Н.Н., Артемова Н.А. Алгоритмы диагностики и лечения злокачественных новообразований // Сборник научных статей. Минск 2016. 512 С.
18. Билялова З.А. Экологическая эпидемиология рака молочной железы в Казахстане Диссер. -PhD. Алматы. – 2012.
19. The Australian Institute of Health, Welfare, and the Australian Government Department of Health. National Bowel Cancer Program: annual report 2009 data monitoring and addition 2010. Cancer Series No.57. Cat. No. CAN 53. Canberra: AIHW 2010.
20. Тажибаева К.Н. Жанабаев Н.С. Керимов Р.А. Булешов М.А. Оңтүстік қазақстан облысында тұрғындар арасындағы онкологиялық аурулардың скрининг тәсілімен анықталуының кәзіргі таңдағы жағдайы // Вестник КазНМУ. – 2015, №4. – С. 137-139.
21. Updated Recommendations on Colorectal Cancer Screening 2010 Burden of Colorectal Cancer in Hong Kong. https://www.chp.gov.hk/files/pdf/recommendations_on_crc_screening_2010.pdf
22. Feb. J, Dancourt V, S. Lejeune, etc. The decrease of colorectal cancer mortality using fecal occult blood screening in the French controlled study of Gastroenterology. 2014. 126 (7): 1674-1680
23. Bub DS, Reed JF, third, Nastasee SA. Bleeding following colonoscopic polypectomy. Brenner H, Hoffmeister M, Birkner B, C. Diagnosis Stock guaiac-based fecal occult blood test in routine screening: analysis of the national // *Dis Colon intestine.* 1993; 36 (12): 1126-1131.25.
24. [Hussein A., Assi., Katia E., Khoury Haifa Dbouk., Lana E., Khalil Tarek H.](#) Epidemiology and prognosis of breast cancer in young women [Thorac Dis.](#) -2013 №5. P. 2–8.
25. Official Journal of the European Union. L 327/34 Council Recommendation of 2 December 2003 on cancer screening European Union; Brussels: Dec 16, 2003. P. L327 / 34-L327 / 37. https://ec.europa.eu/jrc/sites/default/files/2_December_2003%20cancer%20screening.pdf

26. EP Whitlock, Lin JS, Liles E, Beil TL, Fu R. Colorectal cancer screening // a targeted, updated systematic review for the US ed Preventive Services Task Force Ann Intern. 2018; 149 638-658].
27. Siegel R, Ma J, the Z Zou, Jemal A. Cancer Statistics 2014 Italian, AMA 14.10, P. 475. CA Cancer J Clin. 2020; 64 (1): 9-29. DOI: 10,3322 / caac.21208. <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.3322/caac.21590>
28. Siegel R, Naishadham D, Jemal A. Cancer Statistics, 2013 Italian // AMA 14.10, P. 475 CA Cancer J Clin. 2015; 63 (1): 11-30. DOI: 10, 3322 / caac.21166.
29. The US Preventive Services Task Force. Screening for colorectal cancer // US Preventive Services Task Force recommendation statement Ann Intern Med. 2018; 149 (9): 627-637.
24. Бутрина В.И. Медико-организационные технологии своевременного выявления онкологических заболеваний трудоспособного населения мегаполиса. Диссертация/Москва 2014г. <https://search.rsl.ru/ru/record/01005096434>
- 25Т. Бахтеева Онкологические заболевания в Украине под пристальным вниманием общественности. - 2014, №8.- С.2334.
26. Аверьянова С. В. Алкоголизм как проявление неадаптивного копинга у онкологических больных/Светлана Владимировна Аверьянова, Б. Д. Цыганков, М. Н. Земсков // Российский медицинский журнал, 2013, №4.-С.40-42
27. Edwards BK, Ward, the E, Kohler BA, et al. Annual report to the nation on the state of cancer, 1975-2006, featuring colorectal cancer trends and the effects of interventions (risk factors, screening and treatment) to reduce future morbidity cancer 2010; 116 (3): 544-573. DOI: 10.1002 / cncr.24760. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19998273/>
28. By Jennifer S. Lin, MD; Margaret A. Piper, PhD; Leslie A. Perdue, MPH; Carolyn M. Rutter, PhD; Elizabeth M. Webber, MS; Elizabeth O'Connor, PhD; Ning Smith, PhD. Evidence Summary Other Supporting Document for Colorectal Cancer // Screening MD This article was first published in the Journal of the American Medical Association on June 2016. N15. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK373584/>
29. National Institute for cancer control national incidence of cancer in 2012, Korea Goyang // The Ministry of Health and Social Welfare; 2014. https://ncc.re.kr/main.ncc?uri=english/sub04_Statistics
30. Moyer VAUS Preventive Services Task Force. Screening for cervical cancer // US Preventive recommendation statement Services Task Force Ann Intern Med 2018. P.880-891. [PubMed].
31. Tsakonas E, Conner Gorber S, Lewin G, E Shaw and other recommendations for screening cervical cancer Canadian Task Force on Preventive Health Care // CMAJ 2019. P 35-45 [PubMed].
32. Организация и проведение массового скрининга на рак шейки матки в Казахстане. Принципы первичной и вторичной профилактики рака шейки матки. Методические рекомендации для врачей акушеров-гинекологов и

специалистов ПМСП. Алматы: МЗ РК Алматинский институт усовершенствования врачей. - 2018.- С. 30.

33. Тажибаева К.Н. Булешов М.А., Султанбеков К.А. Территориальные и экологические особенности распространения онкологических патологий в Южно-Казахстанской области // Republican scientific journal 2015, №4 (73). – С.29-32

34. Data were provided by the Northern Ireland Cancer Registry on request, March 2015. Similar data can be found here: <https://www.qub.ac.uk/research-centres/nicr/AboutUs/news-events/>

35. Kearney TM, Donnelly C, Kelly JM, O'Callaghan EP, Fox CR, Gavin AT. Validation of the completeness and accuracy of the Northern Ireland Cancer Registry. *Cancer Epidemiol.* 2015 Jun;39(3):401-4. doi: 10.1016/j.canep.2019.02.005. Epub 2015 Mar 12. PMID: 25770641.

36. Siegel RL, Miller KD, Fuchs HE, Jemal A. Cancer Statistics, 2021. *CA Cancer J Clin* 2021; 71:7. <https://www.uptodate.com/contents/invasive-cervical-cancer-epidemiology-risk-factors-clinical-manifestations-and-diagnosis/abstract/1>

1. 37. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin* 2021; 71:209.

38. Data were provided by the Welsh Cancer Intelligence and Surveillance Unit on request, February 2018. Similar data can be found here: <https://phw.nhs.wales/services-and-teams/welsh-cancer-intelligence-and-surveillance-unit-wcisu/>

39. Jedy-Agba E, Joko WY, Liu B, et al. Trends in cervical cancer incidence in sub-Saharan Africa. *Br J Cancer* 2020; 123:148.

40. Bosetti C., Bertuccio P., Malvezzi M., et al. Cancer mortality in Europe, 2005–2009 and an overview of trends since 1980 // *Ann Oncol.* -2019. P.2657–2671. [PubMed]. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23921790/>

41. Smith A., Crouch S., Howell D., Burton C., Patmore R., Roman E. Impact of age and socioeconomic status on treatment and survival from aggressive lymphoma: a UK population-based study of diffuse large B-cell lymphoma // *Cancer Epidemiol.* -2019.39(6). P1103-1112. [PubMed].

42. Pun C.B., Pradhananga K.K., Siwakoti B., Subedi K., Zlokachestvennoe tumor burden in Nepal - Data from major cancer service Hospitals Seven in 2019 // [PubMed].

43. Jorge Garcia., Robert Dreicer., Prostate Cancer Published: September 2013 <http://www.clevelandclinicmeded.com/m>

44. Dominici L, Hu J, Zheng Y, et al. Ассоциация местной терапии с результатами для улучшения качества жизни молодых женщин с раком груди. *JAMA Surg.* 2021; 156 (10): e213758. DOI: 10.1001 / jamasurg.2021.3758 <https://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/article-abstract/2783554>

45. Jessica R. B. Musselman Logan., Spector G., Mark D., Krail O., Gregory H., Reaman Amy., The Children's Oncology Group Childhood Cancer

Research Network (CCRN) Case Catchment in the United States // Cancer Author manuscript; available in PMC.2019. P. 3007–3015.

46. Zhou F1., Shi J., Fang C., Zou X., Huang Q. Gastric Carcinomas in Young (Younger than 40 Years) Chinese Patients: Clinicopathology, Family History, and Postresection Survival // Korean J Helicobacter Up Gastrointest Res. 2016.16(3) P. 139-146.

47. Akinde OR, Phillips AA, Oguntunde OA, Afolayan OM. Cancer mortality pattern in lagos university teaching hospital, lagos, Nigeria. J Cancer Epidemiol. 2015;2015:842032. doi: 10.1155/2015/842032. Epub 2015 Jan 5. PMID: 25628656; PMCID: PMC4299790. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25628656/>

48. Fatiregun OA, Bakare O, Ayeni S, Oyerinde A, Sowunmi AC, Popoola A, Salako O, Alabi A, Joseph A. 10-Year Mortality Pattern Among Cancer Patients in Lagos State University Teaching Hospital, Ikeja, Lagos. Front Oncol. 2020 Nov 30;10:573036. doi: 10.3389/fonc.2020.573036. PMID: 33330046; PMCID: PMC7735062. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33330046/>

49. Bucyibaruta G, Rugwizangoga B, Rulisa S. Premenopausal Breast Cancer Risk Factors and Associations with Molecular Subtypes: A Case-Control Study. Int J Breast Cancer. 2021 Oct 8;2021:5560559. doi: 10.1155/2021/5560559. PMID: 34659834; PMCID: PMC8519716. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34659834/>

50. Akinyemiju T, Jones K, Gupta A, Oyekunle T, Saraiya V, Deveaux A, Salako O, Hall A, Alatise O, Ogun G, Adeniyi A, Ayandipo O, Olajide T, Olasehinde O, Arowolo O, Adisa A, Afuwape O, Olusanya A, Adegoke A, Tollefsbol TO, Arnett D; H3 Africa Kidney Research Network, Daramola A. Association of body composition with odds of breast cancer by molecular subtype: analysis of the Mechanisms for Established and Novel Risk Factors for Breast Cancer in Nigerian Women (MEND) study. BMC Cancer. 2021 Sep 25;21(1):1051. doi: 10.1186/s12885-021-08775-8. PMID: 34563146; PMCID: PMC8464100. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34563146/>

51. Miranda M., Isabelle Soerjomataram F., Freddie B. A global view on cancer incidence and national levels of the human development index // International Journal of Cancer. 2016. P.139.

52. Rubinstein., Pamela Harris., Takayuki Yoshino., Toshihiko Doi., Atsushi Ohtsu., John Welch., Naoko Takebe. Analysis of esophagogastric cancer patients enrolled in the National Cancer Institute Cancer Therapy Evaluation Program sponsored phase 1 trials // Gastric Cancer. 2016.

53. Gupta A, Oyekunle T, Salako O, Daramola A, Alatise O, Ogun G, Adeniyi A, Deveaux A, Saraiya V, Hall A, Ayandipo O, Olajide T, Olasehinde O, Arowolo O, Adisa A, Afuwape O, Olusanya A, Adegoke A, Tollefsbol TO, Arnett D, Muehlbauer MJ, Newgard CB; H3 Africa Kidney Research Network, Akinyemiju T. Association of high-sensitivity C-reactive protein and odds of breast cancer by molecular subtype: analysis of the MEND study. Oncotarget. 2021 Jun 22;12(13):1230-1242. doi: 10.18632/oncotarget.27991. PMID: 34194621; PMCID: PMC8238238. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34194621/>

54. Miranda M., Isabelle Soerjomataram F., Freddie B. A global view on cancer incidence and national levels of the human development index // International Journal of Cancer. 2019. P.139.

55. Ntirenganya F, Twagirumukiza JD, Bucyibaruta G, Rugwizangoga B, Rulisa S. Premenopausal Breast Cancer Risk Factors and Associations with Molecular Subtypes: A Case-Control Study. Int J Breast Cancer. 2021 Oct 8;2021:5560559. doi: 10.1155/2021/5560559. PMID: 34659834; PMCID: PMC8519716. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34659834/>

56. Nyström L., Moss S., et al. Breast cancer mortality in mammographic screening in Europe: a review of incidence-based mortality studies // J Med Screen. 2012. 19 P. 33–41. [PubMed].

57. Rubinstein., Pamela Harris., Takayuki Yoshino., Toshihiko Doi., Atsushi Ohtsu., John Welch., Naoko Takebe. Analysis of esophagogastric cancer patients enrolled in the National Cancer Institute Cancer Therapy Evaluation Program sponsored phase 1 trials // Gastric Cancer. 2019.

58. Vishnu P., Mathew J., Tan WW. Current therapeutic strategies for invasive and metastatic bladder cancer // Onco Targets Ther. 2011. №4. P. 97-113.

59. Akshay Bhat., Marika Mokou., Jerome Zoidakis., Vera Jankowski., Antonia Vlahou., Harald Mischak. A Bladder Cancer Database at the Molecular Level // Bladder Cancer.- 2019.P. 65

60. Freddie B., Kevin D. International Encyclopedia // of Public Health. 2017. P. 347.

61. Jacques F., Soerjomataram I., Rajesh D., Eser S., Mathers C., Rebelo M., Maxwell Parkin D., Forman D., Freddie B. Cancer incidence and mortality worldwide // Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. International Journal of Cancer. 2015. №5. P. 359-386.

62. Cancer understanding statistics based on 2010-2012// [Https://www.cancer.gov/about](https://www.cancer.gov/about)

63. А. И. Шибанова, Ж. Б. Елеубаева, Д. Сабитов, М. Ш. Кашмагамбетова, Н. Г. Каримова, А. Ж. Жылкайдарова Организация скрининга рака шейки матки в Республике Казахстан и пути совершенствования // Методическая рекомендация. № 10/53 Октябрь 2016.

64. Шалгумбаева Г.М. Оценка эффективности проведения скрининговой программы по раннему выявлению раковых и предраковых заболеваний шейки матки по Восточно-Казахстанскому региону и пути улучшения ее качества. Диссертация. Семей. 2014.

65. Mehta AA, Kumar K S, Venkitakrishnan R. A diagnostic dilemma: a young boy with loss of weight, pulmonary infiltrates and cervical lymphadenitis. J Clin Diagn Res. 2013 Aug;7(8):1745-6. doi: 10.7860/JCDR/2013/5756.3251. Epub 2019 Aug 1. PMID: 24086900; PMCID: PMC3782957. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24086900/>

66. Аветисян И.Л., Самойлов А.А., Гульчий Н.В., Яровой А.О. «Аспирационная биопсия щитовидной железы: клинические аспекты цитологических исследований» // Український медичний часопис 2019. №3. С. 121-126.

67. Ravetto C, Colombo L, Dottorini ME (2000). «Usefulness of fine-needle aspiration in the diagnosis of thyroid carcinoma: a retrospective study in 37,895 patients». *Cancer* 90 (6): 357-63. 68.

68. Sofiadis A, Dinets A, Orre LM, Branca RM, Juhlin CC, Foukakis T, Wallin G, Höög A, «Proteomic study of thyroid tumors reveals frequent up-regulation of the Ca²⁺-binding protein S100A6 in papillary thyroid carcinoma.». *Thyroid*. 2010. (10): P.1067.

69. М.А. Булешов, К.Н. Тажибаева, А.М. Булешова, А.М. Гржибовский. Қазақстанда және шетелде еңбек ету жасындағы тұрғындар арасында ұйымдастырылатын онкологиялық скринингтің тиімділігін бағалау нәтижелері. Жүйелі әдебиеттік шолу//Наука и Здравоохранение, 2016, №6.- С.123-145.

70. Autier P., Boniol M., Gavin A., Vatten LJ. Breast cancer mortality in neighbouring European countries with different levels of screening but similar access to treatment: trend analysis of WHO mortality database. 2019. P. 343 [PubMed].

71. Daniëlle W., Theodora M., Ripping André L.M., Mireille J.M. Breast cancer screening effect across breast density strata: A case-control study // *International Journal of Cancer*. 2019. P.140.

72. Steliarova-Foucher E., Lortet-Tieulent J., et al. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012// *Eur J Cancer*. -2019. P.1374–1403. [PubMed].

73. Jemal A., Bray F., Center MM., Ferlay J., Ward E., Forman D. Global cancer statistics // *CA Cancer J Clin*. 2019. №61. P.69–90. [PubMed].

74. Ferlay J., Shin HR., Bray F., Forman D., Mathers C., Parkin DM., GLOBOCAN 2008: Cancer Incidence and Mortality Worldwide IARC Cancerbase // *International Agency for Research on Cancer*. 2020.

75. Wei-Yu Chen., Kuo-Tai Hua., Wei-Jiunn Lee., Yung-Wei Lin. Akt Activation Correlates with Snail Expression and Potentially Determines the Recurrence of Prostate Cancer in Patients at Stage T2 after a Radical Prostatectomy// *International Journal of Molecular Sciences*. 2019. P.1194.

76. Қазақстан Республикасының халқына онкологиялық көмек көрсетуді ұйымдастыру стандарты. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2013 жылғы 02 тамыздағы № 452 бұйрығы. Қазақстан Республикасының Әділет министрлігінде 2013 жылы 10 қыркүйекте № 8687 тіркелді. <http://adilet.zan.kz/kaz/docs/V1300008687>

77. Қазақстан Республикасы № 540 12 тамыз 2011 жылғы Денсаулық сақтау министрінің бұйрығымен бекітілген «Қазақстан республикасы халқына онкологиялық көмек көрсететін Денсаулық сақтау ұйымының қызметі туралы қаулысы».

78. Кереева Н.М. Результаты скрининга рака молочной железы по Актюбинской области за 2011

год //Медицинский журнал Западного Казахстана, 2012, №2.- С.56-59

79. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 16 марта 2011 года № 145 О внесении изменений в приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 10 ноября 2009 года № 685 «Об

утверждении Правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения».

80. И.К. Луцкая. Предраковые заболевания красной каймы губ и слизистой оболочки полости рта // СОН, 2013. №6. - С.19.

81. Е. В. Боровский, В.С.Иванов, Ю.М. Максимовский, Л.Н. Максимовская Терапевтическая стоматология. - М.: Медицина, 2001. - 328с.

82. Терапевтическая стоматология. В 3-х ч. Ч.3 Заболевания слизистой оболочки полости рта: учебник для вузов / Е.А. Волков [и др]; под ред. Г. М. Барер. - М.: ГЭОТАР-Медиа. 2005. - 288 с. 616.31 Т-35 Аб. науч. лит.

83. Едранов, С.С. Структурные изменения слизистой оболочки верхнечелюстного синуса при его механической травме (экспериментальное исследование): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 03.00.25 / С.С. Едранов. - Владивосток: Б.и., 2005. - 22 с. А-34531 ч/з

84. Заболевания слизистой оболочки полости рта: учебник для вузов / Е.А. Волков, В.В. Гемонов, Т.И. Лемецкая, Н.Д. Брусенина, Л.В. Гришина; под ред. Г.М. Барер. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 288 с. 616.31 З-125 Аб. науч. лит.

85. Заболевания слизистой оболочки рта и губ: учебное пособие / Л.А. Цветкова, С.Д. Арутюнов, Л.В. Петрова, Ю.Н. Перламутров. - 2-е изд., испр. и доп. - М.: МЕДпресс-информ, 2016. - 208 с. 616.31 З-125 Аб. науч. лит.

86. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ у детей: учебное пособие для сист. послевуз. образ. врачей / С.И. Гажва, Л.Н. Казарина, С.Ю. Косюга, О.Н. Кочнева и Ю.Н. Лившиц; Изд. организация Нижегородская государственная медицинская академия. - Н.Новгород: НГМА, 2014. - 264 с. 616.31 З-125 Аб. науч. лит.

87. Заболевания эндодонта, пародонта и слизистой оболочки полости рта / под ред. К. Иорданишвили. - М.: МЕДпресс-информ, 2018. - 344 с. 616.31 З-125 Аб. науч. лит.

88. Ласкарис, Дж. Лечение заболеваний слизистой оболочки рта: руководство для врачей / Дж. Ласкарис. - М.: Медицинское информационное агентство, 2016. - 304 с.

89. Петрова, Л.В. Клиника, патогенез и лечение красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта: автореф. дис. д-ра мед. наук: 14.00.11 / Л.В. Петрова. - М.: Б.и., 2012. - 42 с.

90. Рустамова, С.С. Лечение красного плоского лишая слизистой оболочки рта с использованием лазера красного спектра: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21; 03.00.07 / С.Р. Сабина. - М.: Б.и., 2002. - 23 с.

91. Сабельникова, Е.В. Лингводиagnostика и ее эффективность при заболеваниях слизистой оболочки полости рта и желудочно-кишечного тракта: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 / Е.В. Сабельникова. - Пермь: Б.и., 2004. - 20 с.

92. Северина, Т.В. Эффективность применения поляризованного света в комплексном лечении хронического рецидивирующего афтозного стоматита и

парестезии слизистой оболочки рта: автореф. дис. канд. мед. наук: 14.00.21 / Т.В. Северина. - Краснодар: Б.и., 2019. - 23 с. А-38696

93. Суковач, О.Г. Патологическое обоснование применения комплексной антиоксидантной терапии при воспалении слизистой оболочки полости рта у больных сахарным диабетом II типа и атеросклерозом: автореф. дис... канд. мед. наук: 14.00.16; 14.00.21 / О.Г. Суковач. - Ростов-на-Дону: Б.и., 2018. - 22 с. А-37489

94. Современные аспекты патогенеза и лечения лейкоплакии слизистой оболочки полости рта: учебное пособие для системы послевуз. проф. образования / М. М. Пожарицкая [и др.]. - М.: ГОУ ВУНМЦ, 2004. - 48 с. 616.31 С-568

95. В. Ю. Сельчук, М. П. Никулин. Stomach cancer symptoms. Cancer Research UK: CancerHelp UK Модифицируемые факторы риска развития рака. // Факторы риска развития рака. Пер. с англ. Н. Д. Фирсова (2017).

96. Исаков В. А. Диагностика и лечение инфекции, вызванной *Helicobacter pylori*: IV Маастрихтское соглашение / Новые рекомендации по диагностике и лечению инфекции *H.Pylori* Маастрихт IV (Флоренция). Best Clinical Practice. Русское издание. 2019. С.4-23.

97. Циммерман Я.С. Проблема растущей резистентности микроорганизмов к антибактериальной терапии и перспективы эрадикации *Helicobacter pylori*-инфекции // В кн.: Нерешенные и спорные проблемы современной гастроэнтерологии. МЕДпресс-информ, 2013. С.147-166.

98. Угляница К.Н., Луд Н.Г., Угляница Н.К. Общая онкология. Учебное пособие. - Гродно, ГрГМУ, 2007. - 815с.

99. Succaria F, Kvistborg P, Stein JE, Engle EL, McMiller TL, Rooper LM, Thompson E, Berger AE, van den Brekel M, Zuur CL, Haanen J, Topalian SL, Taube JM. Characterization of the tumor immune microenvironment in human papillomavirus-positive and -negative head and neck squamous cell carcinomas. *Cancer Immunol Immunother.* 2021 May;70(5):1227-1237. doi: 10.1007/s00262-020-02747-w. Epub 2020 Oct 30. PMID: 33125511; PMCID: PMC8188514. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33125511/>

100. Sokolova A, Lakhani SR. Lobular carcinoma in situ: diagnostic criteria and molecular correlates. *Mod Pathol.* 2021 Jan;34(Suppl 1):8-14. doi: 10.1038/s41379-020-00689-3. Epub 2020 Oct 6. PMID: 33024303. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33024303/>

101. Steeb T, Koch EAT, Wessely A, Wiest LG, Schmitz L, Berking C, Heppt MV. Chemical peelings for the treatment of actinic keratosis: a systematic review and meta-analysis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2021 Mar;35(3):641-649. doi: 10.1111/jdv.16844. Epub 2020 Aug 18. PMID: 32745330. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32745330/>

102. Guerrero-Putz MD, Fernández LT, Ocampo-Candiani J, Muñoz-Garza FZ. Field of cancerization in patients with skin cancer-predisposing conditions: Disadvantaged population. *J Am Acad Dermatol.* 2021 Mar;84(3):e169. doi: 10.1016/j.jaad.2020.10.080. Epub 2020 Nov 1. PMID: 33137437. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33137437/>

103. Lallas A, Lallas K, Tschandl P, Kittler H, Apalla Z, Longo C, Argenziano G. The dermoscopic inverse approach significantly improves the accuracy of human readers for lentigo maligna diagnosis. *J Am Acad Dermatol*. 2021 Feb;84(2):381-389. doi: 10.1016/j.jaad.2020.06.085. Epub 2020 Jun 24. PMID: 32592885. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32592885/>

104. Алиев Х.И. Пигментная ксеродерма у жителей Республики Таджикистан (особенности распространения и течения, лечение и профилактика) Автореферат дисс. канд. мед. наук. –Душанбе, 2020. - 24с.

105. Fania L, Massone C, Cusano F, Fantini F, Dellambra E, Samela T, Passarelli F, Morese R, Tartaglione T, Maggiore M, Gentile P, Falchetto Osti M, Sampogna F, Pallotta S, Abeni D, Marchetti P, Naldi L. Integrated care pathways and the hub-and-spoke model for the management of non-melanoma skin cancer: A proposal of the Italian Association of Hospital Dermatologists (ADOI). *Dermatol Reports*. 2021 Aug 5;13(2):9278. doi: 10.4081/dr.2021.9278. PMID: 34497705; PMCID: PMC8404423. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34497705/>

106. Navarrete-Dechent C, Marghoob AA, Marchetti MA. Contemporary management of actinic keratosis. *J Dermatolog Treat*. 2021 Aug;32(5):572-574. doi: 10.1080/09546634.2019.1682504. Epub 2019 Oct 30. PMID: 31621454. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31621454/>

107. Osmani V, Klug SJ. HPV-Impfung zur Prävention von Genitalwarzen und Krebsvorstufen – Evidenzlage und Bewertung [HPV vaccination and the prevention of genital warts and precancerous lesions-current evidence and evaluation]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2021 May;64(5):590-599. German. doi: 10.1007/s00103-021-03316-x. Epub 2021 Apr 13. PMID: 33851224; PMCID: PMC8087596. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33851224/>

108. Demirdag HG, Tugrul B. Evaluation of relationship between antihypertensive drug usage and dermoscopic features in patients with keratinizing skin cancer. *Dermatol Ther*. 2021 Jul;34(4):e14957. doi: 10.1111/dth.14957. Epub 2021 Apr 21. PMID: 33843141. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33843141/>

109. Keshavarz-Fathi M, Rezaei N. Cancer Immunoprevention: Current Status and Future Directions. *Arch Immunol Ther Exp (Warsz)*. 2021 Feb 27;69(1):3. doi: 10.1007/s00005-021-00604-x. PMID: 33638703. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33638703/>

110. Bauer A, Haufe E, Heinrich L, Seidler A, Schmitt J. Neues zum berufsbedingten Hautkrebs – Basalzellkarzinom und solare UV-Exposition [Update on occupational skin cancer-basal cell carcinoma and solar UV exposure]. *Hautarzt*. 2021 Jun;72(6):484-492. German. doi: 10.1007/s00105-021-04818-0. Epub 2021 Apr 21. PMID: 33884436. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33884436/>

111. Abati S, Bramati C, Bondi S, Lissoni A, Trimarchi M. Oral Cancer and Precancer: A Narrative Review on the Relevance of Early Diagnosis. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Dec 8;17(24):9160. doi: 10.3390/ijerph17249160. PMID: 33302498; PMCID: PMC7764090. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33302498/>

112. Doss DM, Nirmal M, Veeravarmal, Saravanan R, Venkatesh A. Evaluating the expression of GLUT-1 in oral leukoplakia. *J Oral Maxillofac Pathol*.

2020 May-Aug;24(2):308-314. doi: 10.4103/jomfp.JOMFP_220_17. Epub 2020 Sep 9. PMID: 33456240; PMCID: PMC7802877. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33456240/>

113. Wang YY, Wang WC, Su CW, Hsu CW, Yuan SS, Chen YK. Overexpression of sprouty 1 protein in human oral squamous cell carcinogenesis. *J Dent Sci.* 2021 Jan;16(1):21-28. doi: 10.1016/j.jds.2020.07.013. Epub 2020 Aug 18. PMID: 33384774; PMCID: PMC7770302. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33384774/>

114. Santoro AL, Drummond RD, Silva IT, Ferreira SS, Juliano L, Vendramini PH, Lemos MBDC, Eberlin MN, Andrade VP. *In Situ* DESI-MSI Lipidomic Profiles of Breast Cancer Molecular Subtypes and Precursor Lesions. *Cancer Res.* 2020 Mar 15;80(6):1246-1257. doi: 10.1158/0008-5472.CAN-18-3574. Epub 2020 Jan 7. PMID: 31911556. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31911556/>

115. Ralaidovy AH, Gopalappa C, Ilbawi A, Pretorius C, Lauer JA. Cost-effective interventions for breast cancer, cervical cancer, and colorectal cancer: new results from WHO-CHOICE. *Cost Eff Resour Alloc.* 2018 Oct 29;16:38. doi: 10.1186/s12962-018-0157-0. PMID: 30450014; PMCID: PMC6206923. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30450014/>

116. Wang R, Pan W, Jin L, Huang W, Li Y, Wu D, Gao C, Ma D, Liao S. Human papillomavirus vaccine against cervical cancer: Opportunity and challenge. *Cancer Lett.* 2020 Feb 28;471:88-102. doi: 10.1016/j.canlet.2019.11.039. Epub 2019 Dec 5. PMID: 31812696. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31812696/>

117. Guo J, Fu L, Zhao J, Lei L, Zhan Q, Liu M, Ruan Y, Li H, Xu J, Li N, Wang H, Zhu H, Han Z, Li F. The value of microendoscopy in the diagnosis of cervical precancerous lesions and cervical microinvasive carcinoma. *Arch Gynecol Obstet.* 2020 Aug;302(2):455-462. doi: 10.1007/s00404-020-05565-8. Epub 2020 Jun 5. PMID: 32504196. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32504196/>

118. Mapanga W, Singh E, Feresu SA, Girdler-Brown B. Treatment of pre- and confirmed cervical cancer in HIV-seropositive women from developing countries: a systematic review. *Syst Rev.* 2020 Apr 10;9(1):79. doi: 10.1186/s13643-020-01345-2. PMID: 32276672; PMCID: PMC7149877. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32276672/>

119. Saraiya M, Cheung LC, Soman A, Mix J, Kenney K, Chen X, Perkins RB, Schiffman M, Wentzensen N, Miller J. Risk of cervical precancer and cancer among uninsured and underserved women from 2009 to 2017. *Am J Obstet Gynecol.* 2021 Apr;224(4):366.e1-366.e32. doi: 10.1016/j.ajog.2020.10.001. Epub 2020 Oct 6. PMID: 33035473; PMCID: PMC8009811. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33035473/>

120. Zhang Y, Zhao L, Yang S, Cen Y, Zhu T, Wang L, Xia L, Liu Y, Zou J, Xu J, Li Y, Cheng X, Lu W, Wang X, Xie X. CircCDKN2B-AS1 interacts with IMP3 to stabilize hexokinase 2 mRNA and facilitate cervical squamous cell carcinoma aerobic glycolysis progression. *J Exp Clin Cancer Res.* 2020 Dec 11;39(1):281. doi: 10.1186/s13046-020-01793-7. PMID: 33308298; PMCID: PMC7731507. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33308298/>

121. Hailemariam G, Gebreyesus H, Wubayehu T, Gebregyorgis T, Gebrecherkos K, Teweldemedhin M, Kifle M. Magnitude and associated factors of VIA positive test results for cervical cancer screening among refugee women aged 25-49 years in North Ethiopia. *BMC Cancer*. 2020 Sep 7;20(1):858. doi: 10.1186/s12885-020-07344-9. PMID: 32894100; PMCID: PMC7487853. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32894100/>
122. Calys-Tagoe BNL, Aheto JMK, Mensah G, Biritwum RB, Yawson AE. Cervical cancer screening practices among women in Ghana: evidence from wave 2 of the WHO study on global AGEing and adult health. *BMC Womens Health*. 2020 Mar 5;20(1):49. doi: 10.1186/s12905-020-00915-9. PMID: 32138737; PMCID: PMC7059370. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32138737/>
123. de Kok IMCM, Burger EA, Naber SK, Canfell K, Killen J, Simms K, Kulasingam S, Groene E, Sy S, Kim JJ, van Ballegooijen M. The Impact of Different Screening Model Structures on Cervical Cancer Incidence and Mortality Predictions: The Maximum Clinical Incidence Reduction (MCLIR) Methodology. *Med Decis Making*. 2020 May;40(4):474-482. doi: 10.1177/0272989X20924007. Epub 2020 Jun 3. PMID: 32486894; PMCID: PMC7322998. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32486894/>
124. Zhang Y, Wang J, Zhang R, Lei F, Lai S. Application Value of Detection of High-Risk HPV Infection in Early Cervical Cancer Patients in Disease Diagnosis and Prognosis Evaluation. *Clin Lab*. 2020 Dec 1;66(12). doi: 10.7754/Clin.Lab.2020.200245. PMID: 33337824. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33337824/>
125. Mahumud RA, Keramat SA, Ormsby GM, Sultana M, Rawal LB, Alam K, Gow J, Renzaho AMN. Wealth-related inequalities of women's knowledge of cervical cancer screening and service utilisation in 18 resource-constrained countries: evidence from a pooled decomposition analysis. *Int J Equity Health*. 2020 Mar 26;19(1):42. doi: 10.1186/s12939-020-01159-7. PMID: 32216799; PMCID: PMC7098106. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32216799/>
126. Kim J, Lee D, Son KB, Bae S. The Burden of Cervical Cancer in Korea: A Population-Based Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Aug 30;17(17):6308. doi: 10.3390/ijerph17176308. PMID: 32872616; PMCID: PMC7503353. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32872616/>
127. Keinan Boker L, Twig G, Klaitman-Meir V, Derazne E, Shina A, Levine H, Kark JD. Adolescent characteristics and incidence of pre-malignant disease and invasive tumors of the cervix. *Int J Gynecol Cancer*. 2020 Jul;30(7):959-968. doi: 10.1136/ijgc-2019-000884. Epub 2020 Mar 12. PMID: 32169875. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32169875/>
128. Escobar N, Plugge E. Prevalence of human papillomavirus infection, cervical intraepithelial neoplasia and cervical cancer in imprisoned women worldwide: a systematic review and meta-analysis. *J Epidemiol Community Health*. 2020 Jan;74(1):95-102. doi: 10.1136/jech-2019-212557. Epub 2019 Oct 23. PMID: 31649041. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31649041/>

129. Gottschlich A, van Niekerk D, Smith LW, Gondara L, Melnikow J, Cook DA, Lee M, Stuart G, Martin RE, Peacock S, Franco EL, Coldman A, Krajden M, Ogilvie G. Assessing 10-Year Safety of a Single Negative HPV Test for Cervical Cancer Screening: Evidence from FOCAL-DECADE Cohort. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2021 Jan;30(1):22-29. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-20-1177. Epub 2020 Oct 20. PMID: 33082202; PMCID: PMC8284866. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33082202/> фЙЭ»
130. Dunder P, Gregová M, Němejcová K, Bártů M, Hájková N, Hojný J, Stružinská I, Fischerová D. Ovarian mesonephric-like adenocarcinoma arising in serous borderline tumor: a case report with complex morphological and molecular analysis. *Diagn Pathol.* 2020 Jul 21;15(1):91. doi: 10.1186/s13000-020-01012-z. PMID: 32693840; PMCID: PMC7372838. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32693840/>
131. Kuroki L, Guntupalli SR. Treatment of epithelial ovarian cancer. *BMJ.* 2020 Nov 9;371:m3773. doi: 10.1136/bmj.m3773. PMID: 33168565. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33168565/>
132. Yang C, Xia BR, Zhang ZC, Zhang YJ, Lou G, Jin WL. Immunotherapy for Ovarian Cancer: Adjuvant, Combination, and Neoadjuvant. *Front Immunol.* 2020 Oct 6;11:577869. doi: 10.3389/fimmu.2020.577869. PMID: 33123161; PMCID: PMC7572849. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33123161/>
133. Pietragalla A, Arcieri M, Marchetti C, Scambia G, Fagotti A. Ovarian cancer predisposition beyond BRCA1 and BRCA2 genes. *Int J Gynecol Cancer.* 2020 Nov;30(11):1803-1810. doi: 10.1136/ijgc-2020-001556. Epub 2020 Sep 6. PMID: 32895312. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32895312/>
134. Liu HD, Xia BR, Jin MZ, Lou G. Organoid of ovarian cancer: genomic analysis and drug screening. *Clin Transl Oncol.* 2020 Aug;22(8):1240-1251. doi: 10.1007/s12094-019-02276-8. Epub 2020 Jan 14. PMID: 31939100; PMCID: PMC7316695. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=ovarian+cancer+++2020>
135. Murakami K, Kotani Y, Shiro R, Takaya H, Nakai H, Matsumura N. Endometriosis-associated ovarian cancer occurs early during follow-up of endometrial cysts. *Int J Clin Oncol.* 2020 Jan;25(1):51-58. doi: 10.1007/s10147-019-01536-5. Epub 2019 Aug 31. PMID: 31473885.
136. Young, R.C. Management of early ovarian cancer / R.C. Young, S. Pecorelly // Semin Králíčková M, Laganà AS, Ghezzi F, Vetvicka V. Endometriosis and risk of ovarian cancer: what do we know? *Arch Gynecol Obstet.* 2020 Jan;301(1):1-10. doi: 10.1007/s00404-019-05358-8. Epub 2019 Nov 19. PMID: 31745637. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31745637/>
137. Ammirati AL. Chronic Kidney Disease. *Rev Assoc Med Bras (1992).* 2020 Jan 13;66Suppl 1(Suppl 1):s03-s09. doi: 10.1590/1806-9282.66.S1.3. PMID: 31939529. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31939529/>
138. Ciarallo A, Rivera J. Radioactive Iodine Therapy in Differentiated Thyroid Cancer: 2020 Update. *AJR Am J Roentgenol.* 2020 Aug;215(2):285-291. doi: 10.2214/AJR.19.22626. Epub 2020 Jun 17. PMID: 32551904. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32551904/>

139. Алиева Т.М. Скрининг рака шейки матки. ошибки в диагностике и пути их предупреждения // Международный Конгресс Здоровье для всех. – Алматы, 2013. – С. 24-27.
140. Ferlay J., Shin H.R., Bray F., Forman D., Mathers C., Parkin D.M. GLOBOCAN 2008: Cancer Incidence and Mortality Worldwide IARC Cancerbase // International Agency for Research on Cancer. – 2010.
141. № 145 от 16 марта 2011 года О внесении изменений в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан «Об утв.: Правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения». С. – 2. // https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=30986389#pos=0;85.
142. Кайдаров Б.К., Балтаев Н.А., Афонин Г.А. Заболеваемость колоректальным раком и состояние хирургической помощи онкологическим больным с данной патологией // Онкология и радиология Казахстана. – 2011. -№4. – С. 37-40.
143. Boyle P., Levin B. Eds. World Cancer Report 2010. International Agency for Research on Cancer (IARC). – Geneva, 2010. – P. 1-6.
144. Alanbay I., Emre Karasahin K., Ozturk M., Cemal Yenen M. The cytohistological discrepancies of cervicovaginal smears and hpv status // ESGO eAcademy Alanbayi. – 2015. – №24. – P. 107-109.
145. [Oberaigner W.](#), [Geiger-Gritsch S.](#), [Edlinger M.](#), [Daniaux M.](#), [Knapp R.](#), [Hubalek M.](#), [Siebert U.](#), [Marth C.](#), [Buchberger W.](#) Reduction in advanced breast cancer after introduction of a mammography screening program in Tyrol // Austria Jun. – 2017. – №33. – P. 178-182.
146. Autier P., Boniol M., Gavin A., Vatten L.J. Breast cancer mortality in neighbouring European countries with different levels of screening // Trend analysis of WHO. BMJ. – 2011. - №28. - P. 343-4411.
147. [Gnerlich J.L.](#), [Deshpande A.D.](#), [Jeffe D.B.](#), [Sweet A.](#), [White N.](#), [Margenthaler J.A.](#) Elevated breast cancer mortality in women younger than age 40 years compared with older women is attributed to poorer survival in early-stage disease // [Journal of the American College of Surgeons](#). – 2009. – №21. – P. 341-347.
148. Deshpande A.D., Jeffe D.B., [Seelam S.](#), [Kimbuende E.](#), [Margenthaler J.A.](#) Poorer survival outcomes for male breast cancer compared with female breast cancer may be attributable to in-stage migration // Annals of Surgical Oncology. – 2011. – № 18(7). – P. 1837-1844.
149. [Haifa Dbouk](#), [Lana E. Khalil](#), [Tarek H. Mouhieddine](#), and [Nagi S. El Saghir](#) Epidemiology and prognosis of breast cancer in young women // [J Thorac Dis](#). – 2013. – №5. – P. 2–8.

150. Andrae B., Kemetli L., Sparen P., Silfverdal L., Strander B., Ryd W., Dillner J., Törnberg S. Screening-preventable cervical cancer risk: a national audit data in Sweden // *J Natl Cancer Inst.* – 2008. - №100. – P.622- 629.
151. Andriole G.L., Crawford E.D., Grubb R.L. Mortality results from a randomized prostate-cancer screening trial // *N Engl J Med.* – 2009. – №360. – P. 1310-1319.
152. Bretthauer M., Kalager M. Principles effectiveness and caveats in screening for cancer // *Br. J. Surg.* – 2014. - №100. – P. 55-65.
153. Brenner H., Hoffmeister M., Birkner B.C. Breast Cancer Estimated Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012 // *GLOBOCAN 2012 (IARC), Section of Cancer Surveillance.* - 2017 // <http://globocan.iarc.fr/old/FactSheets/cancers/breast-new.asp>.
154. Ferlay J., Soerjomataram I., Ervik M., Dikshit R., Eser S., Mathers C., Rebelo M., Parkin D.M., Forman D., Bray F. *GLOBOCAN Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase.* – Lyon; France: International Agency for Research on Cancer, 2012. – Vol. 1, №11 // <http://globocan.iarc.fr>, accessed on 16/01/2015.
155. Комарова Л.Е. Современное состояние скрининговых программ в онкологии ФГБУ // *Российский онкологический журнал.* - М., 2013. - №5. - С. 48-51.
156. Поддубная И.В., Франк Г.А., Ягудина Р.И. и др. Эпидемиологическая программа скрининга HER2-статуса у больных раком молочной железы: результаты 2014 года // *Журнал Современная онкология.* – 2015. - №3. – С. 108-18.
157. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2012 году (заболеваемость и смертность). – М.: ФГБУ «МНИОИ им. П. А. Герцена» Минздрава России, 2014. –250 с.
158. Наврузов С.Н., Ходжаев А.В., Худайкулов А.Т. Рак молочной железы. Проблемы ранней диагностики и профилактики: методические рекомендации. – Ташкент, 2013.
159. Худайкулов А.Т., Худайкулов Т.К. Социально-экономические последствия смертности женщин от рака молочной железы в Узбекистане // *Злокачественные опухоли.* – 2015.- №1.– С. 53-56.
160. Mahshid Ghoncheh, Neda Mahdaviifar, Efat Darvishi, Hamid Salehiniya. *Epidemiology, Incidence and Mortality of Breast Cancer in Asia.* // *Incidence and Mortality of Breast Cancer in Asia.* – 2016.– №17. – P. 47–52.
161. By Jennifer S., Margaret A., Leslie A., Carolyn M., Elizabeth M. Screening for Colorectal Cancer US Preventive Services Task Force Recommendation Statement // *American Medical Association. JAMA.* – 2016. – №315 (23). – P. 2564-2575.
162. [Samson Okello](#), [Cristina Churchill](#), [Rogers Owor](#), [Benson Nasasira](#), [Christine Tumuhimbise](#), [Charles Lagoro Abonga](#). Population attributable

fraction of Esophageal squamous cell carcinoma due to smoking and alcohol in Uganda. [Corey// J. ListBMC Cancer](#). – 2016. - [Vol. 16](#). - P. 1-6.

163. Tseng T.S., Lin H.Y., Moody-Thomas S., Martin M., Chen T. Who tended to continue smoking after cancer diagnosis // *BMC Public Health*. - 2012. - №12. - P.784.

164. Westmaas J. L., [Kassandra I.](#), [AlcarazI.](#), [Kevin D.](#)Prevalence and Correlates of Smoking and Cessation-Related Behavior among Survivors of Ten Cancers // *Cancer Epidemiology. Biomarkers & Prevention*.- 2014. - №23 (9). – P. 23-36.

165. Warren G.W., Kasza K.A., Reid M.E. Smoking at diagnosis and survival in cancer patients // *J. Int. Cancer*.-2013. - №132 (2). - P. 10.

166. Ervik I., Dikshit M., Eser R., Mathers S. Cancer incidence and mortality worldwide // International Agency for Research on Cancer. – 2016 // <http://globocan.iarc.fr>, accessed.

167. Canfield S. Annual screening for prostate cancer did not reduce mortality from prostate cancer // *Evid Based Med*. – 2009. – №14. – P. 104-105.

168. Schröder F.H., Hugosson J., Roobol M.J. Screening and prostate-cancer mortality in a randomized European study // *N Engl J Med*. – 2009. - №360. - P. 1320-1328.

169. Umberto Restelli, Luca Dellavedova. Davide Croce. Lorenzo Maffioli // *Bone Metastases from Prostate Cancer*.– 2017. - №16. -P. 271-279.

170. Терновой С.К., Матхев С., Абдураимов А.Б., Солоова А.Е., Лесько К.А. Влияние абсолютного количества факторов риска на заболеваемость и стадию рака молочной железы // *Российский электронный Журнал Лучевой Диагностики*. – 2012. – Т. 2, № 2. – С. 575–576

171. Use of mammography in women aged 40 years and older by selected characteristics.: United States, selected years 1987-2010 National Center for Health Statistics. – 2015 // www.cdc.gov/nchs/data/hus/2013/083.pdf~~ pobj November

172. Фомин Е.П. Удовлетворенность пациентов амбулаторно-поликлинической помощью (по материалам социологического опроса) // *Социально-гигиенический мониторинг здоровья населения //Статистика Беларусий*. – 2013. - №1. – С.- 107-109.

173. Agreus L., Kuipers E.J., Kupcinskas L., Malfertheiner P., et al.Rationale in diagnosis and screening of atrophic gastritis with stomach-specific plasma biomarkers // *Scand J Gastroenterol*. - 2012. - №47. - P. 136-147.

174. [Ran Xu Zhu](#),[Wai-Kay Seto](#),[Ching-Lung Lai](#),[Man-Fung Yuen](#)Epidemiology of Hepatocellular Carcinoma in the Asia-Pacific Region // *Gut Liver*. – 2016. – №10(3). – P. 332–339.

175. [Lacey J.V.](#), [Kreimer A.R.](#), [Buys S.S.](#), [Marcus P.M.](#), [Chang S.C.](#), [Leitzmann M.F.](#), [Hoover R.N.](#) Breast cancer epidemiology according to recognized breast cancer risk factors in the Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian

(PLCO) // Cancer Screening Trial Cohort. BMC Cancer. – 2009. - №9 (84). – P. 9-84.

176. Bando H., Rubinstein L., Harris P., Yoshino T., Doi T., Ohtsu A., Welch J., Takebe N. Analysis of esophagogastric cancer patients enrolled in the National Cancer Institute Cancer Therapy Evaluation Program sponsored phase 1 trials // Gastric Cancer.- 2016.-№10.-P.1-8.

177. [Pakzad R.](#), [Mohammadian-Hafshejani A.](#), [Mohammadian M.](#), [Pakzad I.](#), [Safiri S.](#), [Khazaei S.](#), [Salehiniya H.](#) Incidence and Mortality of Bladder Cancer and their Relationship with Development in Asia // [Asian Pac J Cancer Prev.](#) – 2015. –№16(16). – P. 7365-7374.

178. [Fitzmaurice C.](#), [Dicker D.](#), [Pain A.](#), [Hamavid H.](#), [Moradi-Lakeh M.](#) [Global Burden of Disease Cancer Collaboration.](#) The Global Burden of Cancer 2013 Global Burden of Disease Cancer Collaboration. - 2015. - №1(4).- P. 505-527.

179. Jemal A., Siegel R., Ward E. et al. Cancer statistics 2007 // CA Cancer J. Clin. – 2008. - №58. - C. 71-96.

180. The Royal Australian College of General Practitioners. Guidelines for prevention activities in general practice. - 8 - ed. // Early detection of cancer. – 2012. - №7. – P. 60-72.

181. Lindsey A.Freddie Bray Rebecca L. Global cancer statistics 2012 // CA: A Cancer Journal for Clinicians.– 2015. - №65 (2)– P.87-108.

182. [DonnellyD.W.](#), [GavinA.T.](#) Mortality Among Children And Young People Who Survive Cancer In Northern Ireland // [Ulster Med J.](#) – 2016. – №85(3). -P. 158–163.

183. Cancer Registration Statistics, England: 2014 Cancer diagnoses and age-standardized incidence rates for all cancer sites by age, gender, and region. Cancer Registration Statistics, England - Office for National Statistics // <http://www.ons.gov.uk/p>

184. Stiller C.A. Childhood cancer in Britain: Incidence, survival, mortality. -Oxford: Oxford University Press, 2007. - P. 7.

185. Dickinson J., Tsakonas E., Conner Gorber S., Lewin G. E. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Shaw and other recommendations for screening cervical cancer // CMAJ. – 2013. – №185. – P. 35-45.

186. Edwards B.K., Kohler B.A. Annual report to the nation on the state of cancer, 1975-2006, featuring colorectal cancer trends and the effects of interventions (risk factors, screening and treatment) to reduce future morbidity cancer. – 2010. – №116(3). – P. 544-573.

187. Evidence Summary Other Supporting Document for Colorectal Cancer: Screening. – 2016. – №2. – P. 123-126.

188. Feb J., Dancourt V.S. The decrease of colorectal cancer mortality using fecal occult blood screening in the French controlled study of Gastroenterology. – 2009. – №126(7). – P. 1674-1680.

189. Falk R.S., Hofvind S., Skaane P. Overdiagnosis among women attending a population-based mammography screening programme // *Int. J. Cancer.* – 2013. - №133(3). – P. 705-712.

190. О'Шонесси Дж. Увеличение выживаемости с помощью химиотерапии при метастатическом раке молочной железы // *The Oncologist.* – 2009. - №10. – С. 20–29.

191. Байрамов Э.Т., Белоногов А.В., Брусничкина В.В., Булах А.Г., Бяхов М.Ю., Гуров С.Н., Еремеев Г.Г., Жуков Н.В. Резолюция по итогам научно-практической конференции «клинические доказательства увеличения общей выживаемости при лечении метастатического рака молочной железы» Исследования и практика в медицине. – 2015. – №2. - С.102-104.

192. Манихас Г.М. Организация скринингового обследования женщин для раннего выявления рака молочной железы в Санкт-Петербурге // *Материалы VIII Всероссийский съезд онкологов России.* - Санкт-Петербург, 2013. – 303 с.

193. Бахтеева Т. Онкологические заболевания в Украине под пристальным вниманием общественности // *Аптека* – 2014. - №8. – С.2334.

194. Блохина Н.Н., Хасанов Р.Ш., Шакиров К.Т., Габитова С.Е. Состояние онкологической помощи населению трудоспособного возраста в республике Татарстан сентябрь // *Медицинский Альманах.* – 2010. - №3. – С.40-42.

195. Саукенова Л.Н., Бермағамбетова Ғ.Н., Нұғыманов Т.Қ., Шубина С.В., Пономарева С.В. 2014 жылда Қазақстан Республикасы халқының денсаулығы және денсаулық сақтау ұйымдарының қызметі // *Стат. жинақ.*- Астана, 2015. – Б. 292-297.

196. Абдримов Е.Г. Роль смертности в комплексе с некоторыми показателями онкологии. Общие вопросы диагностики и лечения в онкологии. – 2014 // http://www.onco.kz/docs/tesis_v_siezd.pdf

197. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігі 2014 жылда Қазақстан Республикасы халқының денсаулығы және Денсаулық сақтау ұйымдарының қызметі // *Статистикалық жинақ.* – Астана, 2015 // http://www.mz.gov.kz/sites/default/files/pages/sbornik_2014.

198. Приказ Министерства здравоохранения (МЗ) РК № 607 от 15 октября 2007 года «О совершенствовании профилактических медицинских осмотров отдельных категорий взрослого населения» для ранней диагностики РШМ в 35-60 лет с интервалом 5 лет, для раннего выявления РМЖ в 50-60 лет с интервалом 2 года.

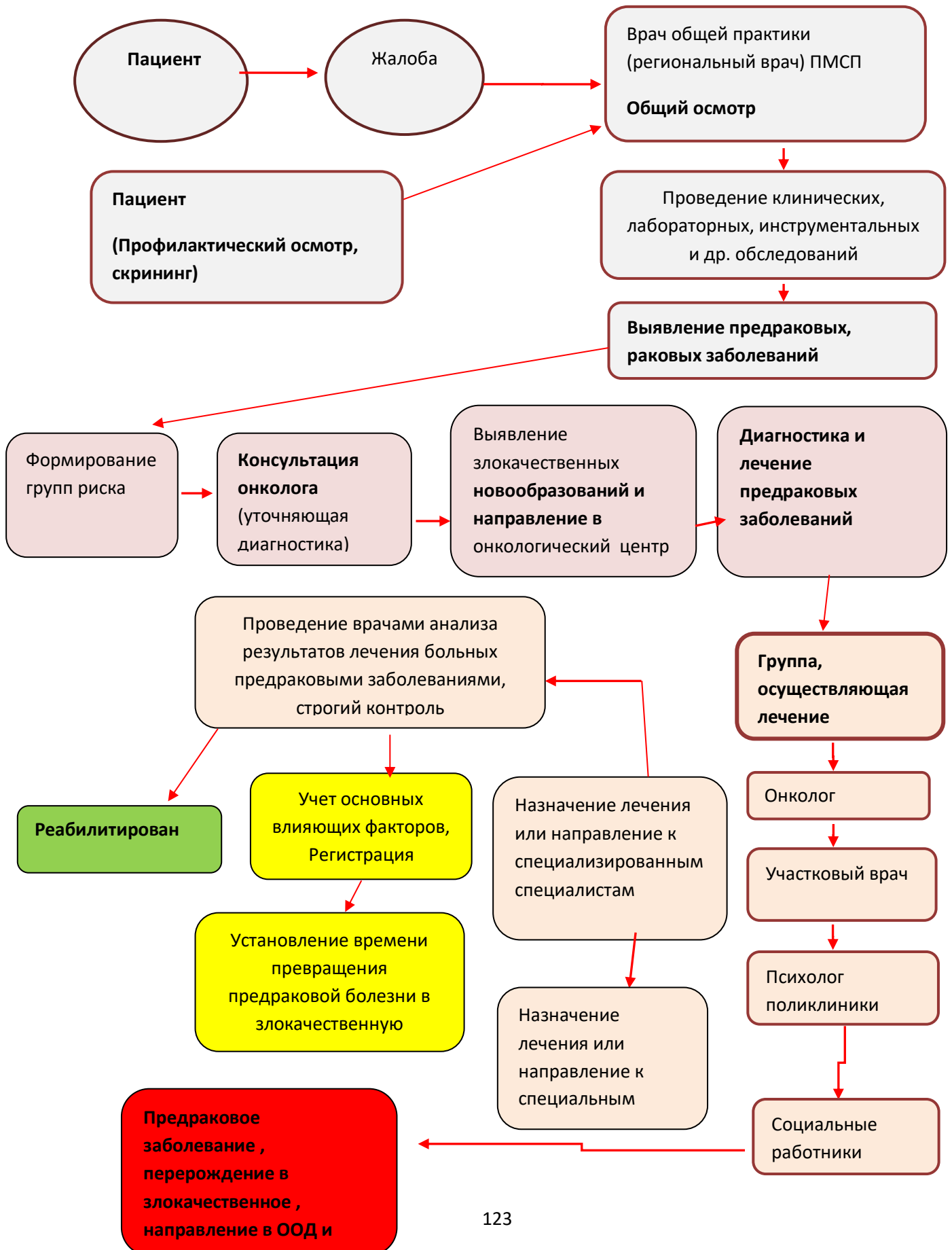
199. Тажибаева К.Н., Юсупова А.Б., Несипбаева З.Ж., Алдекеева А.Т. Оңтүстік Қазақстан облысында қатерлі жаңа түзілістер бойынша тұрғындар денсаулығын бағалау // *VESTNIK” of the South-Kazakhstan state pharmaceutical academy Republican scientific journal.* – Shymkent, 2015. - №4 (73). - P. 6-9.

200. Тажибаева К.Н., Булешов М.А., Молдалиев Ы.С., Боташева М., Абдешова Ж.М., Гржибовский А.М. Әлемдегі және Қазақстандағы онкологиялық аурулардың эпидемиологиялық ахуалы (Жүйелі әдебиеттік шолу) // Materials of the II International scientific-practical conferenc "The europe and the turkic world: Science, engineering and technology". – Izmir; Turkey, 2017. – №1. – P. 285-299.
201. Mandel J.S., Church T.R., Bond J.H., Ederer F., Geisser M.S., Mongin S.J. Effect of faecal occult blood screening on the incidence of colorectal cancer // N Engl J Med. – 2009. -№343 (22). – P. 1603.
202. Цитологический скрининг рака шейки матки в Республике Казахстан: методические рекомендации. - Алматы: МЗ РК КазНИИОиР, 2008.- С. 20.
203. Нелюбина Л.А. Рак молочной железы: причины, тенденции заболеваемости и профилактика. Вместе против рака. Врачам всех специальностей. Казань. Обыстық онкологиялық диспансерде // Обыстық онкологиялық диспансерде. – 2008.- №4. –С.13-29.
204. Программа развития онкологической помощи в Республике Казахстан (РК) на 2012-2016 гг. Постановление Правительства РК от 29 марта 2012 г.
205. China Fei Wang, Zhi-Gang Yu. Current status of breast cancer prevention in Chronic // Diseases and Translational Medicine.– 2015.- №1. – P. 2-8.
206. Daniëlle van der Waal, Theodora M. Ripping, André L.M., Verbeek Mireille J.M. Broeders, Breast cancer screening effect across breast density strata: A case-control study // International Journal of Cancer.– 2017. - №140(1). - P.140.
207. Ferlay J., Steliarova-Foucher E., Lortet-Tieulent J. et al. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012 // Eur J Cancer. – 2013.- №49.– P. 1374-1403.
208. Njor S., Nyström L., Moss S. et al. Breast cancer mortality in mammographic screening in Europe: a review of incidence-based mortality studies // J Med Screen.– 2012.-№19.– P.33-41.
209. Beemsterboer P.M., de Koning H.J., Warmerdam P.G. et al. Prediction of the effects and costs of breast-cancer screening in Germany // Int J Cancer. – 2011. – №58. – P.623-628.

Лист контроля по обнаружению злокачественных образований

ФИО пациента или больного					
Орган, в котором находится опухоль.	Месяц, число, год обнаружения.	Диагноз пред-ракового заболевания .	Направление на лечение к специалистам (время).	Результат лечения	Перерождение в рак (время).
Кожа					
Красная кайма губ					
Органы ротовой полости					
Лимфатические узлы					
Щитовидная железа					
Молочные железы					
Матка					
Шейка матки					
Придатки матки					
Прямая кишка					
Предстательные железы					

Технология раннего выявления предраковых и раковых заболеваний



Алгоритм проведения предраковых заболеваний губ

Предраковые заболевания губ	Клинические симптомы предраковых заболеваний губ	Фактор риска	Тактика ведения больного
<p>Заболевания, которые с высокой частотой превращаются в злокачественные (облигатные)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Кистозная или узловатая предраковая болезнь красной каймы губ 2. Ограниченный предраковый гиперкератоз губ. 3. Абразивный хейлит Манганотти <p>Заболевания, переходящие с низкой частотой в злокачественные (факультативные)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Папиллома, папилломатоз 2. Кератоакантома. 3. Кожный рог 4. Эрозивный и гиперкератотальный тип красной волчанки и красной плоской железки 	<p>Предраковое заболевание красной каймы губ</p> <p>В большинстве случаев пациенты приходят к врачу за медицинской помощью из-за косметического дефекта. У людей среднего и пожилого возраста, особенно у мужчин, часто развивается нижняя губа. При осмотре определяется в виде одного узла диаметром от 4 мм до 10 мм, расположенного между углом и центральной линией нижней губы. Цвет узла-от нормального до темно-красного или темно-красного, соответствующего цвету губ. Поверхность шероховатая, иногда покрытая трудно удаляемыми пленками тонкого серого цвета. В течение 1-2 месяцев от начала заболевания быстро перерастает в злокачественную опухоль.</p> <p>Гиперкератоз-чрезмерное утолщение рогового слоя эпителия в результате чрезмерного образования кератина или задержки отшелушивания эпителия. В основе гиперкератоза лежит интенсивный синтез кератина. Риск перерождения в рак встречается у 1/3 больных.</p> <p>Манганотти хейлит. Плоская эрозия неправильной или овальной формы имеет «блестящую» поверхность, основание не утолщено, иногда покрыто сернистыми или кровянистыми чешуйками. Вблизи эрозии имеется небольшая воспалительная инфильтрация, ткани не изменены.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Влияние метеорологического фактора (чрезмерное облучение, обветривание 2. Воздействие химических веществ (факторы профессиональной вредности). 3. Курение умеренное (до 10 сигарет в день), интенсивное (свыше 10 сигарет в день). 4. Множественные механические повреждения красной каймы губы зубами, инородными предметами. 	<p>Шаг 1. Жалоба и анамнез пациента</p> <p>Шаг 2. Клинический осмотр терапевта, врача общей практики (ВОП), дерматолога.</p> <p>Шаг 3. Лабораторные и инструментальные исследования</p> <p>Шаг 4. Формирование групп опасности - Организация диспансеризации лиц с повышенной опасностью.</p> <p>Шаг 5. Консультация онколога (уточняющая диагностика)</p> <p>Шаг 6. Цитологические, гистологические исследования (морфологическая верификация диагноза)</p> <p>Шаг 7. Пункция увеличенного лимфатического узла.</p> <p>Шаг 8. Диспансерное наблюдение больных с предраковыми заболеваниями в амбулаторных условиях</p>

Алгоритм проведения предраковых заболеваний полости рта

Предрако-вые заболевания органов полости рта	Клинические проявления предраковых заболеваний органов полости рта	Фактор риска	Тактика ведения больного
<p>Заболевания, которые с высокой частотой превращаются в злокачественные (облигатные)</p> <p>1. Болезнь Боуэна</p> <p>2. Эритроплазия Кейра</p> <p>С низкой частотой, превращаются в злокачественную опухоль (Факультативные заболевания)</p> <p>1. Лейкоплакия бородавчатых и эрозивных видов.</p> <p>2. Папилломы и папилломатоз</p>	<p>Болезнь Боуэна-поражения, медленно увеличивающиеся, с мелкими шероховатыми поверхностными и сосцевидными наростами, похожие на лейкоплакию или красную плоскую железку. Диагноз необходимо уточнить гистологическими исследованиями. Примерно в 8% случаев происходит обмен на инвазивный плоскоклеточный рак.</p> <p>Клиника эритроплазия Кейра- бессимптомная, мягкая, слабо инфильтрированная, четко очерченная, красная неправильной формы, бархатистая или блестящая поверхностная рана, часто встречающаяся на слизистой оболочке, особенно на головке полового члена у мужчин, реже в коронарной складке или на внутреннем листке полового члена. Поверхность поражения имеет гляцевый вид. Позже на этом фоне могут появиться чешуйки и эрозии. Долго стоящие очаги распространяются с поверхности слизистой оболочки на кожу. Примерно в 30% случаев кейрская эритроплазия превращается в инвазивный плоскоклеточный рак, в 20% из которых наблюдаются метастазы.</p> <p>Лейкоплакии. Бородавчатый тип-бородавчатые образования, имеющие на поверхности бородавчатые наросты, шероховатого, светло-серого или беловатого цвета.</p> <p>Узловидный тип покрытия с четкими границами, приподнятыми над поверхностью кожи, с гладкой или шероховатой поверхностью синюсного цвета. В 20-25% случаев бородавки и эрозивная лейкоплакия переходят в злокачественную форму.</p> <p>Папилломатоз. Множество переплетенных узлов. Шелушащиеся папилломы беловато-серого цвета, не шелушащиеся папилломы по цвету напоминают окрас красной каймы губ.</p> <p>При эрозивно-язвенной форме красной волчанки образуются язвы и эрозии, не склонные к эпителизации, гиперкератоз не выражен четко.</p>	<p>1. Потребление табака и алкоголя, является основным фактором развития рака ротовой полости.</p> <p>2. Не достаточное количество витамина "А" пациенты относятся к группам повышенного риска.</p> <p>3. Хронические механические травмы, вызванные поврежденной коронкой зуба, пломбой, острыми краями протеза.</p> <p>4. Соблюдение гигиены полости рта способствует развитию предраковых заболеваний.</p> <p>5. Систематическое употребление особо горячих и острых блюд также оказывает пагубное влияние.</p> <p>6. Установлено, что вирус типа Herpes simplex I и вирус папилломы человека участвуют в развитии опухолей полости рта.</p>	<p>Шаг 1. Жалоба и анамнез пациента</p> <p>Шаг 2. Клинический осмотр терапевта, стоматолога, оториноларинголога</p> <p>Шаг 3. Формирование групп опасности</p> <p>Шаг 4. Организация диспансеризации лиц с повышенной опасностью .</p> <p>Шаг 5. Консультация онколога (уточняющая диагностика)</p> <p>Шаг 6. Клиническое обследование и пальпация. Фиброарингоскопия с гистологическим, цитологическим исследованием (морфологическая верификация диагноза)</p> <p>Шаг 7. Диспансерное наблюдение больных с предраковыми заболеваниями в амбулаторных условиях</p>

Алгоритм проведения предраковых заболеваний глотки

Предраковые заболевания глотки	Клиническая картина предраковых заболеваний глотки	Фактор риска	Тактика ведения больного
<p>Заболевания, которые с высокой частотой превращаются в злокачественные (облигатные) 1. дискератоз глотки (лейкоплакия, лейкокератоз), 2. Пахидермия Заболевания, переходящие с низкой частотой в злокачественные (факультативные) 1. гранулемы боковые 2. рубцовые изменения глотки</p>	<p>Лейкоплакия при осмотре, имеет размеры от 2 до 10 мм, в виде бледного пятна. Они встречаются на уровне слизистой оболочки. Эти образования часто бывают единичными, но иногда во множественном числе. Лейкокератоз-это отслоение эпителия слизистой оболочки. Поражения при Лейко-кератозе имеют форму серо-белых чешуек. Поверхность неровная, волокнистая. Проявления этих заболеваний глотки будут минимальными. Пациенты отмечают жжение в горле, сухость, легкий жар в горле, кашель и хрипы. Пахидермия-это эпидермоидные наросты (это так называемые бородавки на глотке), расположенные между кольцевидным хрящом возле голосовых выростов. По внешнему виду-узловидные или складчатые образования. Папиллома горла имеет разную степень шелушения, наросты соска, склонные к рецидиву после удаления.</p>	<p>1. Возраст. Дыхательные пути мужчин старше 55 лет часто поражаются. 2. Пол. Предраковые заболевания слизистой оболочки глотки у мужчин встречаются чаще, чем у женщин. 3. курение. Люди, которые курят, чаще страдают от рака горла, чем некурящие. 4. Алкоголь. Потребление спиртных напитков увеличивает развитие предраковых заболеваний и рака горла-особенно этому способствует регулярное курение. 5.Профессия. Люди, работающие на производстве по выпуску никеля, асбеста и серной кислоты, имеют более высокий показатель предраковой заболеваемости, чем представители других профессий. 6. Раса. Существует определенная закономерность, что особенно африканцы чаще болеют раком, чем европейцы.</p>	<p>Шаг 1. Жалоба и анамнез пациента Шаг 2. Клинический осмотр терапевта, стоматолога, оториноларинголога Шаг 3. Лабораторные и инструментальные исследования Шаг 4. Формирование групп опасности Шаг 5. Консультация онколога (уточняющая диагностика) , клиническое обследование. Фиброларингоскопия. Шаг 6. Биоптатты гистологические, цитологические исследования Шаг 7. Обследование шейно-бугристых и верхних передних лимфатических узлов. - Компьютерная томография глотки (КТ) Шаг 8. Диспансерное наблюдение больных с предраковыми заболеваниями в амбулаторных условиях Шаг 9. Направление всех выявленных больных с подозрением на онкопатологию к онкологу в ООД.</p>

Алгоритм проведения предраковых заболеваний носоглотки

Предраковые заболевания глотки	Клиническая картина предраковых заболеваний глотки	Фактор – риска	Тактика ведения больного
<p>1. Юношеская ангиофиброма</p> <p>2. Папиллома</p> <p>3. Аденома</p>	<p>Юношеская ангиофиброма – доброкачественная опухоль, характеризующаяся прогрессирующим, локально-деструктивным ростом, склонностью к рецидивам. На клиническом начальном этапе наблюдается носовое дыхание, с кровотоком, приводящим к анемии. Далее, в зависимости от опухоли, появляются головные боли, недомогание, экзофтальм, ухудшение зрения, деформация мимики и др. Диагностика не вызывает затруднений, при риноскопии выявляется опухоль красного цвета, при прикосновении-кровоточащая.</p> <p>Папиллома - на втором месте после ангио-фибромы в зависимости от частоты ее появления, встречается в 8-14% случаев. Опухоль мягкой консистенции, широконогая с мелкозернистой поверхностью. Часто сопровождается поражением полости носа. Встречается в любом возрасте, но характерен для пожилых людей. Лечение хирургическое.</p> <p>Аденома-очень редко. Образуется из мелких слюнных желез, обнаруженных вблизи слуховой трубы и отверстия Розена - Мюллера. Увеличиваясь, он ухудшает слух на поверхности поражения. Гладкая поверхность, как Сфера, плотной эластичной консистенции, слизистая поверхность не изменена. Лечение хирургическим путем.</p> <p>Тревожные симптомы: одноступенчатое ухудшение слуха, длительное нарушение носового дыхания, увеличение шейных лимфатических узлов.</p>	<p>1. Пол. У мужчин предраковые заболевания горла встречаются чаще, чем у женщин.</p> <p>2. Курение. Люди, которые курят, чаще страдают от рака горла, чем некурящие люди</p> <p>3. Алкоголь. Потребление спиртных напитков увеличивает развитие предраковых заболеваний и рака горла , особенно этому способствует регулярное курение.</p> <p>4. Профессия. Люди, работающие на производстве по выпуску никеля, асбеста и серной кислоты, имеют более высокий показатель предраковой заболеваемости, чем представители других профессий.</p> <p>5. Раса. Существует определенная закономерность, что особенно в отличие от европейцев, африканцы чаще болеют раком и не исключают влияния генетических факторов.</p>	<p>Шаг 1. Жалоба и анамнез пациента</p> <p>Шаг 2. Клинический осмотр терапевта, стоматолога, оториноларинголога</p> <p>Шаг 3. Лабораторные и инструментальные исследования</p> <p>Шаг 4. Формирование групп опасности. Организация диспансеризации лиц с повышенной опасностью.</p> <p>Шаг 5. Совет Онкологов (уточняющая диагностика) клиническое обследование. Фиброларингоскопия.</p> <p>Шаг 6. Гистологические биоптатты, цитологические исследования</p> <p>Шаг 7. Обследование шейно-бугристых, подкожных лимфатических узлов. - КТ для уточнения диагностики</p> <p>Шаг 8. Диспансерное наблюдение больных с предраковыми заболеваниями в амбулаторных условиях</p> <p>Шаг 9. Направление всех выявленных больных с подозрением на онкопатологию к онкологу в ООД или в ГОЦ.</p>

Алгоритм проведения предраковых заболеваний пищевода

Предраковые заболевания пищевода	Клиническая картина предраковых заболеваний пищевода	Фактор риска	Тактика ведения больного
<p>1. Лейкоплакия. 2. Эзофагит пищевода 3. Дивертикул пищевода 4. Аденоматозные полипы 5. Рубцы после ожогов 6. Язвенная болезнь 7. Гипертрофическая гастропатия (болезнь Менетрия) 8. Лица, перенесшие операцию по причине доброкачественной опухоли желудка 10-15 лет назад 9. Пищевод Барреты или эзофагит Барреты</p>	<p>Лейкоплакия пищевода-это его отслоение, то есть эпителиальная оболочка пищевода покрывается толстой оболочкой, царапается и воспаляется. Если заболевание остается без лечения, то в пищеводе впоследствии появляется рак. <i>Симптомы лейкоплакии пищевода.</i> Лейкоплакия развивается медленно. В начале заболевания на слизистой оболочке языка появляются белые веки. В этих местах образуются толстые кожные рога, выступающие из слизистой оболочки рта и пищевода.</p> <p>Эзофагиты - как фактор опасности рака пищевода, это воспаление стенок пищевода под воздействием какого - либо раздражителя - например, желудочного сока, пищи или алкоголя. <i>Симптомы</i> - заикание, неприятное на вкус чувство жжения. <i>Клинические симптомы</i> - рефлюкс эзофагит. Рефлюкс-эзофагитом связано другое предраковое заболевание-пищевод Баррета или эзофагит Баррета, характеризующееся обменом нормального эпителия желудка с кишечным эпителием. Дивертикул - это выход стенки пищевода наружу, как мешок. Это происходит из-за ослабления мышечного скелета ребра, часто в тех областях, где проходят крупные сосуды. Клиническая картина: дивертикуловая полость постоянно заполнена остатками пищи и не полностью очищена, оказывает давление на окружающие ткани, нарушает глотание, из ротовой полости исходит неприятный запах и периодически на шее появляются опухолевидные образования. Диагноз «дивертикул» ставят в результате рентгенографии с контрастным веществом. Полип пищевода относится к редким, но сложным заболеваниям пищеварительной системы. Патология развивается бессимптомно, вследствие чего диагностируется на поздней стадии. Боль в грудной клетке и глотание пищи из-за сдавления трахеи, боли в грудной клетке характеризуется такими трудностями.</p>	<p>1. Курение, чрезмерное потребление алкоголя. 2. возраст старше 50 лет, с возрастом риск развития рака пищевода увеличивается. 3. мужчины болеют в 3 раза больше, чем женщины. 4. контакт с канцерогенными веществами, хронические лучевые поражения, механическое, термическое, химическое раздражение, рубцовое сужение пищевода, грыжа пищеводного отверстия, грудной клетки, потребление плохо обработанной пищи (например, при стоматологических проблемах), привычка есть сухой корм, привычка есть слишком горячую или слишком холодную, острую, кислую пищу.</p>	<p>Шаг 1. Жалоба, анамнез пациента Шаг 2. Клинический осмотр участкового терапевта, гастроэнтеролога, хирурга Шаг 3. Лабораторные и инструментальные обследования - рентгенологическое исследование желудка, легких, пищевода - эзофагогастроскопия Шаг 4. Цитологические и гистологические исследования Шаг 5. Консультация онколога (уточняющая диагностика-КТ по показаниям) Шаг 5. Диспансерное наблюдение больных с предраковыми заболеваниями в амбулаторных условиях Шаг 6. Направление всех выявленных больных с подозрением на онкопатологию к онкологу в ООД.</p>

Алгоритм проведения предраковых заболеваний желудка

Предраковые заболевания желудка	Клиническая картина предраковых заболеваний желудка	Фактор риска	Тактика введение больного
<p>Облигатные предраковые заболевания</p> <p>1. Интраэпителиальная неоплазия (дисплазия) и РЖ</p> <p>2. Семейный аденоматозный полипоз (синдром Гарднера).</p> <p>3. Аденоматозные полипы</p> <p>4. Пищевод Барретта (при проксимальном раке желудка).</p> <p>5. Каллезная язва.</p> <p>6. Кишечная метаплазия желудка.</p>	<p>Дисплазия желудочного эпителия - приводит к нарушениям работы желудка и его функциональных свойств. В основе заболевания лежит мутация клеток эпителиального слоя и их обмен с пораженными болезнями клетками.</p> <p>Симптомы: ранние стадии заболевания характеризуются отсутствием такого симптома заболевания, как предраковые состояния.</p> <p>Аденоматозный полип предназначен для проведения дифференциальной диагностики на ранней стадии, в желудке отсутствуют клинические признаки. Пациенты могут заметить ощущение дискомфорта после еды, могут страдать метеоризмом и иметь слабую тошноту. Аппетит у больных отсутствует, начинается внутреннее кровотечение, развивается общая слабость, бледнеют поверхности кожи. На этом этапе у пациента наблюдаются сильные боли в эпигастральной области. У пациента может наблюдаться кровотечение из прямой кишки и диарея. Это основные симптомы аденоматозного полипа.</p>	<p>1. Возраст: предраковые и раковые заболевания желудка развиваются у пожилых людей. В 95% случаев рак желудка выявляется у лиц старше 55 лет.</p> <p>1. Наличие инфекции <i>Helicobacter pylori</i>: <i>H. pylori</i>-это тип бактерий, которые поселяются во внутреннем слое желудка. <i>H. pylori</i> вызывает воспаление желудка и развитие пептических язв. Кроме того, повышается риск развития рака желудка.</p> <p>2. Курение: у курильщиков рак желудка и раковые заболевания развиваются чаще, чем у некурящих, особенно те, кто курит длительное время, имеют более высокий риск</p> <p>4. семейный анамнез. У близких родственников риск развития выше у людей с предраковыми заболеваниями желудка</p> <p>3. Плохое питание и ожирение: исследования доказали, что люди, потребляющие больше острой, соленой, маринованной пищи, имеют более высокий риск развития предраковых заболеваний и раковых заболеваний. С другой стороны, соблюдение диеты, богатой свежими овощами, снижает вероятность заболевания.</p>	<p>1- шаг. Жалоба, анамнез пациента</p> <p>Шаг 2. Клинический осмотр участкового терапевта, гастроэнтеролога, хирурга</p> <p>Шаг 3. Лабораторные и инструментальные обследования</p> <p>- ФГДС</p> <p>- рентгенологическое обследование желудка</p> <p>- УЗИ желудочных, лимфатических узлов, шейно-бугристых узлов</p> <p>Шаг 4. Консультация онколога (уточняющая диагностика)</p> <p>Шаг 5. Гистологическое и цитологическое исследование</p> <p>Шаг 6. Определение опухолевых маркеров : В сыворотке крови РЭА, Ca19-9, Ca 72-4</p> <p>Шаг 7. Диспансерное наблюдение больных с предраковыми заболеваниями в амбулаторных условиях</p>

<p>Факультативные предраковые заболевания</p> <p>1. хронический атрофический гастрит</p> <p>2. хронический гастрит типа В (с наличием</p>	<p>Пищевод Баррета.</p> <p>Частое и длительное чувство жжения, затруднение глотания (дисфагия) кровавая рвота, болезненные ощущения в месте соединения желудка с пищеводом (в эпигастрии).</p> <p>Каллезная язва желудка может быть вызвана появлением болевых ощущений, локализацией очага поражения. Прием пищи сопровождается сильными болями имеет покалывающий характер. Если в одном случае каллезная</p>	<p>1</p> <p>Недостаточная физическая активность повышает риск развития предраковых заболеваний желудка. Кроме того, у людей с ожирением развиваются злокачественные опухоли в верхней части желудка.</p> <p>2</p> <p>Работа с химическими веществами некоторые исследования показали, что в процессе работы высока опасность развития предраковых заболеваний и раковых заболеваний у тех, кто</p>	<p>Шаг 8. Направление всех выявленных больных с подозрением на онкопатологию к онкологу в ООД.</p>
--	---	--	---

<p>Helicobacter pylori), 3. болезнь Менетрия и др.</p>	<p>язва находится на левой стороне желудка, то в некоторых случаях она может находиться в узле двенадцатиперстной кишки желудка. Для каждого случая болевые ощущения различны. Кишечная метаплазия-заболевание, при котором эпителий желудка обменивается с эпителием кишечника. Обмен может происходить только в некоторых железах желудка в железистых группах, бороздках и суставах. Если бороздка заполнена эпителием кишечника, они будут похожи на кишечные крипты, если бороздки заполнены, они будут похожи на волокна кишечника.</p>	<p>работает в карьерах или занимается камнерезным делом. Некоторые заболевания и операции показали, что они увеличивают риск развития предраковых заболеваний желудка, поскольку они приводят к уменьшению количества кислоты в желудке. Снижение кислотности желудочного сока способствует росту бактерий, продуцирующих химические вещества-нитриты и нитрозамины, которые влияют на раковые заболевания желудка.</p>	
--	--	---	--

Алгоритм проведения предраковых заболеваний толстой и прямой кишки

Предраковые заболевания толстой и прямой кишки	Клиническая картина предраковых заболеваний толстой и прямой кишки	Фактор риска	Тактика ведения больного
<p>1. Семейный аденоматозный полипоз (FAP) 2. наследственный не полипозный синдром рака (HNPCC). Факультативные предраковые заболевания 1. специфический язвенный колит (СОК) 2. Болезнь Крона 3. полипы 4. фиброзные опухоли прямой кишки 5. дивертикулез прямой кишки 6. инфекционный язвенный колит</p>	<p>Семейный аденоматозный полипоз. До полового созревания встречается редко и протекает бессимптомно. Заболевание развивается с 25-30 лет. В 20% новых случаев семейный анамнез отсутствует. Клиническая картина характеризуется изменением характера кала, скрытым кровоизлиянием с калом, болями в животе. Полип на 10-15 лет после его появления превращается в рак на 100%, встречается как у молодежи, так и у пожилых людей. При сигмоидоскопии достаточно вынести решение о семейном анамнезе и диагнозе выявления 100 аденоматозных полипов. Наследственный полипозный нераковый синдром, молекулярно-генетическая причина наследственного не полипозного рака заключается в мутации генов, но 95% этих мутаций основаны на 2 генах - MLH1 и MSH2. Неспецифический язвенный колит (СОК) Язвенный колит. Могут быть жидкий стул, кровь, гной, слизистый стул, иногда возможно наличие тенезмов (болезненные, ложные формы стула), частота стула увеличивается и уменьшается независимо от проводимого лечения. Наблюдается ухудшение аппетита и потеря веса. - Малярия. -Нарушение водно-электролитного баланса в организме, характеризующееся нарушением работы почек, сердца.</p>	<p>1. наследственность, наследственная предрасположенность к предраковым и опухолевым заболеваниям прямой кишки 2.Рацион питания. Риск возникновения рака прямой кишки может быть связан с пищей с низким содержанием клетчатки, обогащенной мясом. 3. Гиподинамия. Низкий уровень физической активности 4.Ожирение. При ожирении уровень заболеваемости раком прямой кишки выше. 5.Курение. При курении повышается опасность предракового заболевания кишечника. 6. Хронический алкоголизм. Алкоголь воздействует непосредственно на внутреннюю стенку кишечника и, образуя токсические вещества в печени, оказывает влияние на превращение нормальных клеток кишечника в опухолевые клетки.</p>	<p>Шаг 1. Жалоба и анамнез пациента Шаг 2. Клинический осмотр терапевта, хирурга, проктолога (осмотр прямой кишки пальцем) Шаг 3. Лабораторные и инструментальные исследования Шаг 4. Формирование групп опасности - Организация диспансеризации лиц с повышенной опасностью. Шаг 5. Совет Онколога (уточняющая диагностика) - Клиническое обследование - пальцевое обследование Ректороманоскопия - Ирригоскопия - Колоноскопия - Гистологическое и цитологическое исследование определение раково-эмбрионального антигена в сыворотке крови</p>
	<p>Болезнь Крона: - Боли в животе, диарея, лихорадка, потеря веса, вздутие живота - Боль в заднем проходе при испускании стула - Поражение перианальной кишки - Абсцессы прямой кишки - Частые кровотечения; - Болевой синдром. Фиброзная опухоль прямой кишки. К его основным симптомам относятся</p>	<p>2.1</p>	<p>Шаг 6. Диспансерное наблюдение больных с предраковыми заболеваниями в амбулаторных условиях Шаг 7. Направление всех выявленных больных с подозрением на онкопатологию к онкологу в ООД.</p>

	<p>слизистые и кровянистые выделения, медленно развивающаяся анемия, общая слабость и бледность больного. Прозрачная слизь, напоминающая яичный белок, скапливается на поверхности опухоли в кишечной трубке, а затем выделяется крупными выделениями.</p> <p>Дивертикулез прямой кишки.</p> <p>Дивертикулит (воспаление дивертикула), кровотечения, перфорация образование инфильтрата, внутренних и наружных свищей (редко), острая и хроническая непроходимость кишечника.</p>		
--	--	--	--

Алгоритм проведения предраковых заболеваний печени

Предраковые заболевания печени	Клиническая картина предраковой патологии	Фактор опасности	Тактика ведения больного
<p>1. Гепатит А</p> <p>2. Холецистит</p> <p>3. Хронический В гепатиты</p> <p>4. Полипы желчного пузыря</p> <p>5. Печень цирроз печени</p>	<p>Гепатит А (также называемый болезнью Боткина) вызывается вирусом гепатита А (англ. HAV), возникающее острое инфекционное заболевание печени. Гепатит А характеризуется воспалительными и некротическими изменениями тканей печени, синдромом интоксикации, увеличением печени и селезенки, нарушением клинико–лабораторных признаков печеночной деятельности, в ряде случаев желтухой и потемнением цвета мочи и обесцвечиванием кала.</p> <p>Холецистит - заболевание, сопровождающееся образованием конкрементов в желчном пузыре, желчных протоках и протеканием по ним желчных протоков, сопровождающееся печеночной коликой, холестазом и поражением печени. При начальном течении заболевания сильно болит под правым ребром в виде припадка. Боль передается вверх, т. е. в правое плечо, в область лопатки.</p> <p>Хронический гепатит В. К предраковым заболеваниям печени относится хронический гепатит В. Установлена устойчивая связь между длительным носителем вируса гепатита В и первичным раком печени.</p> <p>Симптомы. Клиническая картина гепатитов зависит от степени нарушения функции печени.</p> <p>Цирроз печени-неспецифическое заболевание; считается последней стадией заболевания, которое приводит к хроническому поражению клеток печени. Цирроз печени-нерегулярное состояние, наблюдаются нарушения архитектуры печени в виде фиброза и узловой регенерации. Резко увеличивается количество соединительной ткани, клетки печени не образуют циннус и частицы, регенерируются в виде узелков с неправильной структурой частицы.</p>	<p>1. Мужчины - больше болеют раком печени.</p> <p>Анаболические стероиды (мужской гормон), при увеличении их в размерах от нормальных, оказывают противораковое действие.</p> <p>2. Диабет-некоторые исследования показали потенциальную ассоциацию диабета и рака печени.</p> <p>3. Алкоголь-частое, хроническое употребление вызывает цирроз печени.</p> <p>4. Врожденные нарушения обмена веществ.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Дефицит Альфа-1-антитрипсина - Поздняя порфирия кожи - Болезнь Коновалова-Уилсона - Болезни хранения гликогена - Тирозинемия - Сахарный диабет <p>5. Ожирение-увеличивает риск рака печени. Это способствует подавлению жира в печени и циррозу печени.</p>	<p>Шаг 1. Жалоба, анамнез пациента</p> <p>Шаг 2. Клинический осмотр регионального терапевта, гастроэнтеролога</p> <p>Шаг 3. Инструментальное, лабораторное обследование - с цифровой обработкой данных</p> <p>Шаг 4. Цитологические и гистологические исследования Консультация онколога (уточняющая диагностика-КТ по показаниям)</p> <p>Шаг 5. Диспансерное наблюдение больных с предраковыми заболеваниями в амбулаторных условиях</p> <p>Шаг 6. Направление всех выявленных больных с подозрением на онкопатологию к онкологу в ООД.</p>

Алгоритм проведения предраковых заболеваний трахеи, бронхов, легких

Предраковые заболевания трахеи, бронхов, легких	Клиническая картина предраковой патологии	Фактор риска	Тактика ведение больного
<p>Факультативные предраковые заболевания.</p> <p>1. трахея, бронхиальная карцинома (Сагсипома in situ)</p> <p>2. метаплазия бронхиального эпителия с дисплазией I-III степени</p> <p>1. хронический бронхит</p> <p>2. Пневмосклероз</p> <p>3. хронический гнойный процесс в легких</p> <p>4. некоторые формы хронического туберкулеза</p> <p>5. аденома бронхов</p> <p>6. кисты</p> <p>7. Поликистоз</p> <p>8. доброкачественные опухоли легких.</p>	<p>Карцинома-предраковое заболевание, способное трансформироваться в инвазионную плоскоклеточную карциному. На ранней стадии заболевание протекает бессимптомно.</p> <p>Метаплазия бронхиального эпителия с дисплазией - предраковое заболевание, при котором происходит трансформация клеток. У 5-15% больных данное заболевание протекает без клинической симптоматики: в этом случае опухоль обнаруживается при случайном флюорографическом исследовании.</p> <p>Симптомы хронического бронхита.</p> <p>1. кашель основной симптом неосложненного хронического бронхита;</p> <p>2. одышка без бронхобструкции, типичное состояние хронического бронхита, одышка, хрипы, отхождение мокроты, кровопускание, астматический синдром, цианоз, аускультативные данные отсутствуют.</p>	<p>1. Курение. Несомненно, что трахея, бронхи, легкие являются опасными факторами развития предраковых заболеваний. В развитых странах примерно 90% случаев смерти связаны с курением</p> <p>2. Радон. Радон-радиоактивный одноатомный бесцветный газ без запаха. Он образуется в горных рудах. Люди, работающие в шахте, подвержены воздействию радона. Действие радона сильнее, чем табака.</p> <p>3. Асбест и другие вещества. Люди, работающие в строительном и химическом производстве в зависимости от своей деятельности, производят такие вещества, как асбест, мышьяк, хром, никель, смола, поэтому риск заболеть выше.</p> <p>4. Загрязнение воздуха также становится опасным для развития предраковой болезни легких.</p> <p>5. Генетическая предрасположенность подвержена риску заболевания.</p> <p>б.возраст от 65 лет и старше.</p>	<p>Шаг 1. Жалоба, анамнез пациента</p> <p>Шаг 2. Клиническое обследование участкового терапевта, фтизиатра</p> <p>Шаг 3. Инструментальная проверка</p> <ul style="list-style-type: none"> - рентгенологическое исследование с цифровой обработкой данных - трахеобронхоскопия с биопсией - трансторакальная биопсия опухоли. <p>Шаг 4. Цитологические и гистологические исследования</p> <p>Консультация онколога (КТ по показателю уточняющей диагностики)</p> <p>Шаг 5. Диспансерное наблюдение больных с предраковыми заболеваниями в амбулаторных условиях</p> <p>Шаг 6. Направление всех выявленных больных с подозрением на онкопатологию к онкологу в ООД.</p>

Алгоритм ведения опасных заболеваний меланомы кожи

Заб олевания, опасные для меланомы кожи	Клиническая картина заболеваний, опасных для меланомы кожи	Фактор опасности	Тактика ведения больного
<p>1. Периферический опухольевый меланоз Дюбрей</p> <p>2. Пигментный невус (Синий невус)</p> <p>3. Гигантский пигментный невус</p> <p>4. Операция невус</p> <p>5. диспластический невус.</p>	<p>Меланоз Дюбрей- определяется в виде пятна бурого цвета. Он, как правило, имеет провисшую форму. Его форма неправильная, но границы достаточно ограничены. Цвет пятна неравномерный: цвет варьируется от коричневого до Черного. В некоторых случаях новообразования имеют вид темного пятна коричневого цвета.</p> <p>Область расположения пятна-открытые участки кожи, чаще всего лица. Размер новообразования от 2 мм до 20 мм. Рост пятна не является радиально большим, что может длиться от года до нескольких десятилетий. Но, несмотря на это, риск вертикального роста достаточно высок.</p> <p>Симптом малигнизации меланоза: появление темных участков; превращение реальной границы из вида фестона в форму волны, изменение размеров и формы, появление очагов рубцовой атрофии, изменение рельефа, сопровождающееся образованием папул или узелков.</p>	<p>Факторы экзогенной опасности. Данная группа факторов опасности представлена физическими, химическими и биологическими агентами, обладающими способностью окружающей среды воздействовать непосредственно на кожу.</p> <p>1. Физические факторы:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Ультрафиолетовый (УФ) солнечный свет. * Ионизирующая радиация. * Электромагнитные лучи. * Флюоресцентное освещение. * Хроническая травма кожи <p>2. Химические факторы</p> <p>Таким образом, меланома кожи часто выявляется у следующих работников:</p> <ul style="list-style-type: none"> - производитель нефтехимических веществ - химические (в том числе производители азотной кислоты), - места изготовления резины, - заводы по изготовлению винилхлорида, поливинилхлорида, пластмасс, бензола, пестицидов <p>3.Особое место в формировании меланомы кожи от</p>	<p>Шаг 1. Жалоба, анамнез пациента</p> <p>Шаг 2. Клинический осмотр терапевта, дерматолога</p> <p>Шаг 3. Лабораторные и инструментальные исследования</p> <p>Шаг 4. Формирование групп опасности, организация диспансеризации лиц с повышенной опасностью</p> <p>Шаг 5. Консультация онколога (уточняющая диагностика)</p> <p>Шаг 6. Клиническое обследование</p> <ul style="list-style-type: none"> - Флуоресцентная диагностика <p>Шаг 7. Лабораторные и инструментальные исследования</p> <ul style="list-style-type: none"> - цитологическое исследование мазки с поверхности опухоли - Гистологическое исследование (морфологическая верификация диагноза) - УЗИ регионарных лимфатических узлов при меланоме кожи <p>Определение уровня онкомаркера в сыворотке крови S 100 (для меланомы кожи)</p> <p>Шаг 8. Диспансерное наблюдение больных с опасными заболеваниями меланомы в амбулаторных условиях</p> <p>Шаг 9. Направление больных с подозрением на онкопатологию и злокачественными новообразованиями к онкологу в ООД.</p>

1	<p>Переход злокачественных невусов в меланому увеличение тяги (горизонтальный прирост); - изменение цвета меланомы; - изменение формы; - выступы с поверхности кожи - наличие очага воспаления; - наличие зуда; - смягчение остатка; - изменение границ кожи; - изменение волосяного покрова в зоне; - эксплуатация; - обводненности; - появление язв; - образование мелкомерных распределительных образований; - появление сухой твердой пленки.</p>	<p>биологических факторов занимают особенности питания, кожные заболевания, вирусные инфекции, некоторые лекарственные препараты. II. Эндогенные факторы Относится к первой группе эндогенных факторов: * расовые и этнические особенности * пигментированный уровень организма, • наследственность (семейный) факторы, * антропометрические показатели , • иммунных расстройств * эндокринные факторы, * репродуктивные факторы у женщин</p>	
---	---	---	--

Алгоритм проведения предраковых заболеваний кожи

Предраковые заболевания кожи	Клиническая картина предраковых заболеваний кожи	Фактор опасности	Тактика ведения больного
<p>Заболевания, которые высокой частотой превращаются в злокачественные (облигатные)</p> <p>1. болезнь Боуэна 2. Болезнь Педжета 3. Синонимы пигментной ксеродермы: ретикулярная прогрессирующая меланома (острый ретикулярный Пик меланоз) 4. Кейра эритроплазия сы</p> <p>Заболевания, переходящие с низкой частотой в злокачественные (факультативные)</p> <p>1. Кожный рог 2. Старость 3. Профессиональные дерматозы 4. Кератозы солнечного света</p>	<p>К проявлениям болезни Боуэна относится появление на поверхности кожи пятна с нечеткими границами. Со временем пятно становится желто-красным, отслаивающимся налетом. С поверхности налета легко удалить шелуху.</p> <p>Основные симптомы болезни Педжета: шелушение или шелушение кожи уретры (грудного отдела) некоторые женщины жалуются на ощущение жары или жжения уретры. В первый год начало заболевания начинается с высыпаний на открытом участке кожи, сопровождающихся многочисленными пигментированными белками, похожими на блески. Атрофические изменения приводят к образованию блестящих очагов на поверхности кожи, истонченной телеангио - эктазией.</p> <p>Кейра эритроплазия-часто локализуется на головке мужского полового члена. Пораженная часть эритроплазии Кейры имеет четкую кайму, вишневого цвета. Поверхность эритроплазии Кейры может быть блестящей и бархатистой. Эритроплазия Кейры развивается медленно. При кейровой эритроплазии на половом члене образуется легко удаляемое нагноение или белая накипь.</p> <p>Пигментная ксеродерма-заболевание кожи, склонное к наследственности, наблюдается при повышенной чувствительности к ультрафиолетовому излучению, выявляется в возрасте 2-3 лет и постоянно обостряется.</p> <p>Клиника ксеродермы характеризуется тремя этапами. Первый этап наблюдается у детей 2-3 лет (редко-выявляется в поздние сроки), особенно в весенне – летний период, в послеполуденное время. На открытых участках кожи (лицо, шея, плечи) возникает стойкая воспалительная реакция, характеризующаяся пятнами, шелушением, лентиго, неравномерным по типу выпячивания, шелушением.</p>	<p>I экзогенные факторы</p> <p>- Уфа лучи, ожоги, - Длительное воздействие Ионизирующих лучей - Длительное термическое воздействие, ожог. - Химические, механические травмы (профессиональные вредности: смола, деготь, краски, искра, ГСМ и др.).</p> <p>II. Эндогенные факторы</p> <p>Относится к первой группе эндогенных факторов:</p> <p>- Расовые и этнические особенности - Пигментированный уровень организма, - Наследственные (семейные) факторы, - Антропометрические показатели, - Иммунные нарушения - Эндокринные факторы, - Репродуктивные факторы у женщин</p>	<p>Шаг 1. Жалоба, анамнез пациента Шаг 2. Клинический осмотр терапевта, дерматолога, кожного венеролога Шаг 3. Лабораторные и инструментальные исследования Шаг 4. Формирование групп опасности - Организация диспансеризации лиц с повышенной опасностью Шаг 5. Консультация онколога (уточняющая диагностика) Шаг 6. Клиническое обследование Шаг 7. Лабораторные и инструментальные исследования - флуоресцентное исследование - цитологическое исследование мазки с поверхности опухоли - Гистологическое исследование - УЗИ регионарных лимфатических узлов Шаг 8 диспансерное наблюдение больных с предраковыми заболеваниями в амбулаторных условиях Шаг 9. Направление всех выявленных больных с подозрением на онкопатологию к онкологу в ООД.</p>

Алгоритм проведения предраковой болезни молочных желез

Предраковые заболевания молочных желез	Клиническая картина предраковых заболеваний молочных желез	Фактор опасности	Тактика ведения больного
<p>1. Фиброзно-кистозная мастопатия или фиброаденоматоз или дисгормональная гиперплазия</p> <p>2. Внутриматочная папиллома молочной железы</p>	<p>При фиброзно-кистозной мастопатии-до 15% женщин не жалуются на боль. Как правило, перед менструацией симптомы появляются или усиливаются, то есть носят периодический характер. В молочных железах в зависимости от формы пальпируются плотные очаги, хронические очаги без четкой границы, переходящие в окружающие ткани, или кистозные образования эластической консистенции, изолированные от здоровых тканей. Чаще всего встречается смешанный тип.</p> <p>При узловом фиброзно-кистозном состоянии мастопатии пальпируются единичные узлы или плотные участки, которые в отличие от рака молочной железы не слипаются с кожей. Мастопатия может быть с увеличением подмышечных лимфатических узлов, но она встречается редко. Интенсивные болевые ощущения могут распространяться на лопатки и руки.</p> <p>Цвет выделений, выделяемых на грудном узле, меняется при прогрессировании заболевания. Вместо выделений прозрачного или молочного цвета идут выделения коричневого, а затем зеленого цвета.</p> <p>Внутрипеченочная папиллома (папиллярные цистаденомы, цистаденопапилломы) - доброкачественные опухолевые сосковидные наросты, образующиеся из эпителия протока молочной железы. Они могут развиваться в любом возрасте от пубертатного периода до постменопаузы. Частота выявления цистаденопапиллом составляет в маммологии около 10% от общего числа опухолевидных заболеваний молочных желез.</p>	<p>1. Существует наследственная предрасположенность к предраковым заболеваниям и опухолевым заболеваниям.</p> <p>2. нарушения гормонального баланса, в том числе нарушения рецепции и выработки гонадотропного гормона гипофиза и нарушения функции пролактина, основного регулятора пролиферации и дифференцировки эпителия альвеолы и канальцев молочной железы, эстрагенов, прогестеронов, гормонов щитовидной железы.</p> <p>3. возраст - 85% предраковые заболевания развиваются после 40 лет.</p> <p>4. развитие иммунодефицита и элиминации опухолевых клеток, развитие рака яичников. Наличие феминизированной опухоли яичников, сопровождающейся гиперэстрогенией.</p> <p>5. применение заместительной эстрогенной терапии с целью устранения климактерических и посткастрационных симптомов.</p> <p>6. экстрагенитальные патологии, такие как ожирение, диабет, гипертония, а также хроническое воздействие раздражителей стресса.</p>	<p>Шаг 1. Жалоба, анамнез пациента</p> <p>Шаг 2. Клинический осмотр терапевта, маммолога, гинеколога</p> <p>Шаг 3. Лабораторные и инструментальные исследования</p> <p>Шаг 4. Формирование групп опасности</p> <p>Организация диспансеризации лиц с повышенной опасностью</p> <p>Шаг 5. Лабораторные и инструментальные исследования</p> <ul style="list-style-type: none"> - маммография (показательная балса) - в случае необходимости - пункция под контролем УЗИ. - цитологическое исследование пунктата <p>Шаг 6. диспансерное наблюдение больных с предраковыми заболеваниями в амбулаторных условиях</p> <p>Шаг 7. Направление всех выявленных больных с подозрением на онкопатологию к онкологу в ООД.</p>

Алгоритм проведения предраковых заболеваний наружных половых органов женщины

Предраковые заболевания наружных половых органов	Клинико-макроскопическая характеристика предраковых заболеваний	Фактор опасности	Тактика ведения больного
<p>1. Крауроз наружных половых органов</p> <p>2. Лейкоплакия наружных половых органов</p> <p>3. Остроконечные кандиломы</p>	<p>Крауроз. Наблюдаются выраженные атрофические процессы. Постепенно кожа половых губ морщится, появляется атрофия слизистой оболочки, сужается вход во влагалище. Процессы сопровождаются зудом, затрудненным мочеиспусканием и невозможностью полового акта.</p> <p>Лейкоплакия- дистрофические изменения слизистой оболочки, обусловленные отслоением эпителия с образованием на наружных половых органах узелков различной формы сухого белого цвета. Помимо вульвы, лейкоплакия также может локализоваться в шейке матки и влагалище.</p> <p>Остроконечные кандиломы-это узелковые или характеризующиеся образованием на поверхности кожи и слизи сосцевидного отростка. Чаще всего выявляется на наружных половых органах. Редко переходит в рак.</p>	<p>Фактор риска развития воспалительных заболеваний</p> <p>1.Генитальному фактору относятся хронические воспалительные заболевания половых органов, бактериальный вагиноз, урогенитальная болезнь половых партнеров, инфекции, передающиеся половым путем (ИППП).</p> <p>2.Социальные факторы хронические стрессовые состояния, недостаточность питания, авитаминоз, алкоголизм и наркомания.</p> <p>3.Поведенческие факторы состоят из некоторых особенностей половой жизни: раннее начало половой жизни, высокая частота полового контакта, большое количество партнеров, нетрадиционные формы сексуального контакта.</p> <p>4.Экстрагенитальные факторы: сахарный диабет, ожирение, анемия, воспалительные заболевания мочевыделительной системы, дисбактериоз, иммунодефицитное состояние.</p> <p>5. Количество штаммов микроорганизмов-устойчивость к действию антибиотика имеет важное значение во всем мире, что в настоящее время является одним из опасных факторов.</p> <p>6.Развитие воспалительного процесса в результате ослабления или большого поражения барьерной функции, к опасным факторам также относится образование щелей, входящих в патогенную флору.</p>	<p>Шаг 1. Жалоба, анамнез пациента</p> <p>Шаг 2. Осмотр гинеколога с зеркалом, кольпоскопия, клинический осмотр</p> <p>Цитологическое обследование</p> <p>УЗИ брюшной полости и органов малого таза</p> <p>Шаг 3. Формирование групп опасности</p> <p>Организация диспансеризации лиц с повышенной опасностью</p> <p>Шаг 4. Консультация онкогинеколога (уточняющая диагностика)</p> <p>Рассмотрение зеркалом - онкоцитологическое, гистологическое исследование</p> <p>Шаг 5. После лечения проводится диспансерное наблюдение за предраковыми заболеваниями в течение 2 лет.</p> <p>Шаг 6. Направление всех выявленных больных с подозрением на онкопатологию к онкологу в ООД.</p>

Алгоритм проведения предраковых заболеваний шейки матки

Предраковые заболевания шейки матки	Клинико-макроскопическая характеристика предраковых заболеваний шейки матки	Фактор опасности	Тактика ведения больного
<p>Фооновые процессы</p> <p>1. истинная эрозия</p> <p>2. Псевдоэрозия</p> <p>3. Папиллома</p> <p>4. полип цервикального канала</p> <p>5. Эритроплакия</p> <p>6. Цервикоз</p> <p>7. Лейкоплакия</p> <p>8. хронический эндоцервицит</p> <p>9. Эндометриоз</p> <p>10. Эктропион эрозированный</p> <p>Предраковые процессы</p> <p>1. Дисплазия: (CIN 1)-слабая, (CIN 2)-средний (CIN 3) - тяжелый</p> <p>2.Преинвазионный рак (Ca in situ, эпителиальный внутричерепной рак).</p> <p>4. Микроинвазивный рак.</p>	<p>Истинная эрозия не имеет специфической клиники, пациенты не предъявляют никаких претензий. Поясничные или патологические выделения обусловлены экзоцервицитом, кольпитом. Истинная эрозия бывает от 2-3 дней, до 1-2 недель, экзоцервикс имеет бледно-красный цвет, неправильной формы, не покрыт эпителием, рассматривается как диагностируемый при кольпоскопии очаг.</p> <p>Макроскопическая характеристика псевдоэрозии:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Шейка матки расположена во внешней части; - Светло-красного цвета; - Поверхность бархатистая или гранулированная; - Различные по форме и размеру, длительное течение и обусловлены выраженностью патологических процессов. - Диагностируется кольпоскопией <p>1 симптома могут отсутствовать.</p> <p>Папиллома: папиллома в виде розетки во влагалищной части обнаруживаются наросты, внешний вид которых схож с типом экзофитного рака. Папиллома серовато-красная или белая, четко ограниченная от окружающей среды. При кольпоскопии выявляется большое количество древовидных сосудов на поверхности; при нанесении раствора Люголя на поверхность папилломы выявляется положительный результат йода.</p> <p>Папиллома относительно часто поражается раком.</p>	<p>1.Воспалительные заболевания половых органов. Некробioз многослойного плоского эпителия шейки матки и его десквамации. Среди видов ВИЧ – инфекции выделяют группы онкологической опасности. К группе высокого риска относятся группы вирусов 16 и 18.</p> <p>2.Травматические повреждения шейки матки, возникающие после родов и абортoв (предрасполагающие факторы включают нарушение трофики и иннервации тканей) и повреждение барьерных предметов контрацепции и влагалища тампонами.</p> <p>3.Гормональные нарушения (увеличение гонадотропной активности, колебания метаболизма эстрагена и повышение эстрадиола).</p>	<p>Шаг 1. Жалоба, анамнез пациента</p> <p>Шаг 2. Осмотр гинеколога с зеркалом, кольпоскопия, клинический осмотр</p> <p>Цитологическое обследование</p> <p>УЗИ брюшной полости и органов малого таза</p> <p>- Трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ)</p> <p>Шаг 3. Формирование групп опасности</p> <p>Организация диспансеризации лиц с повышенной опасностью</p> <p>Шаг 4. Консультация онкогинеколога (уточняющая диагностика) Рассмотрение зеркалом</p> <p>- онкоцитологическое, гистологическое исследование</p> <p>- определение онкомаркера в сыворотке крови SCC</p>
	<p>Полипы выявляются у 5-11% больных старше 40 лет.</p> <p>Макроскопическая характеристика полипа:</p> <p>1 образования темно-красного или красного цвета 2-40 мм;</p> <p>2 форма овальная или круглая;</p>	<p>4. Иммунные нарушения (повышение уровня цито - токсических Т – лимфоцитов, увеличение клеток Лангерганса в шейке матки. Уровень дисплазии</p>	<p>Шаг 5. Женщина должна состоять на диспансерном учете в женской консультации в течение года после лечения шейки матки,</p>

	<p>3 поверхность гладкая; Во влагалище на тонкой ножке провисает. Симптомы могут отсутствовать, иногда наблюдается поясничная или непрямая эксплуатация. Эритроплакия-кольпит и цервицит могут быть вместе. При эритроплакии с помощью влагалищного зеркала раневая область встречается реже в единичном, множественном числе, беловато-красного или темно-красного цвета, овальной или округлой формы, слабо выступающая с поверхности слизистой оболочки. Лейкоплакия: имеет форму полупрозрачной беловатой пленки или плотного узелка серого цвета. Не моется и не снимается при обжиге. При шейном эндометриозе женщины не предъявляют никаких жалоб, диагноз ставится только на осмотре у гинеколога. Дисплазия шейки матки (в переводе – хаотический рост) характеризуется наличием аномально развитых клеток на поверхности матки или в ее трубке. Под влиянием известных факторов изменяется строение клеток слизистой оболочки. Это состояние называется предраковым. Опасность дисплазии заключается в том, что в начале заболевания симптомы отсутствуют.</p>	<p>пропорционален уровню иммуносупрессии. 5. Сексуальная активность (раннее начало половой жизни и большое количество половых партнеров). 6.Инволютивные (возрастные) изменения половых органов и снижение резистентности организма, нарушение обмена веществ-кожные и гормональные нарушения. 7. Курение (опасность заболевания зависит от количества выкуренных сигарет в день и продолжительности курения).</p>	<p>периодичность обследования- через 1 месяц 3, 6 месяца и через 1 год. Снимается с учета при выздоровлении. Шаг 6. После лечения предраковых процессов (дисплазия плоского эпителия различной степени) в течение 2 лет находиться под диспансерным наблюдением. Шаг 7. Направление всех выявленных больных с подозрением на онкопатологию к онкологу в ООД</p>
--	---	--	---

Алгоритм проведения предраковых заболеваний тела матки

Предраковые заболевания матки	Клинико-макроскопическая характеристика предраковых заболеваний матки	Фактор опасности	Тактика ведения больного
<p>Фоновые процессы</p> <p>1. рецидивирующая гиперплазия железистого эндометрия (диффузная или очаговая)</p> <p>2. Полип эндометрия.</p> <p>3. Пузырчатая беременность (пузырный занос).</p> <p>4. Доброкачественное новообразование</p> <p>Анабеза</p> <p>Предраковые заболевания</p> <p>1. Атипичная гиперплазия эндометрия (аденоматоз)</p>	<p>Рецидивирующая гиперплазия железистого эндометрия-различают гиперплазную форму эндометрии в зависимости от возраста, сопутствующего заболевания и этиологии и патогенеза:</p> <p>1) симптомы и метаболические процессы нарушения менструальной функции</p> <p>2) миома матки, с мастопатией, склерополикистозом анабеа и другими заболеваниями</p> <p>3) в постменопаузе наблюдается у женщин, принимающих эстроген с целью заместительной терапии.</p> <p>Диагностика основана на клинических проявлениях и результатах вспомогательных методов исследования:</p> <p>а) гистологическое исследование соскоба эндометрии перед менструацией;</p> <p>б) цитологическое исследование эндометрии, полученное с помощью аспирации;</p> <p>в) ультразвуковое исследование;</p> <p>г) гистероскопия.</p> <p>Полип эндометрии. Полип эндометрии развивается вследствие пролиферации железы базального слоя, очаговой гиперплазии эндометрии, состоящей из фиброзной и гладкомышечной ткани. Они выявляются у 0,5-5,0% гинекологических больных в возрасте 35-50 лет, т. е. в основной репродуктивный период. Клиника характеризуется различными маточными кровотечениями. У молодых женщин и перед менопаузой они проходят в виде мено-и метроррагии.</p> <p>Атипичная гиперплазия эндометрия-патологические разрастания внутреннего слоя матки с образованием атипичных клеток. Способствует чрезмерному избытку эстрогена и недостаточному прогестерону рассматривается как предраковое заболевание. Развивается в любом возрасте, но чаще выявляется после 45 лет.</p>	<p>I. внутренние факторы опасности :</p> <p>- Избыточный вес</p> <p>- Диабет.</p> <p>- Гипертонические заболевания</p> <p>- Раннее начало менструации.</p> <p>- Поздняя остановка менструации</p> <p>- Женщины, не родившиеся в анамнезе</p> <p>- Гормональные: гормональные опухоли анабеа.</p> <p>II. Внешний :</p> <p>- Женщины относятся к группе риска длительного приема гормональной заместительной терапии (эстрогены).</p>	<p>Шаг 1. Жалоба, анамнез пациента</p> <p>Шаг 2. Осмотр гинеколога, кольпоскопия, клиническое обследование</p> <p>- Цитологическое обследование</p> <p>- УЗИ органов малого таза</p> <p>- Трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ)</p> <p>Шаг 3. Формирование групп опасности</p> <p>Шаг 4. Осмотр онкогинеколога</p> <p>- клиническое исследование с зеркалом</p> <p>- Кольпоскопия</p> <p>- УЗИ</p> <p>- Цервикогистероскопия, - верификация диагноза по цервикальному каналу и соскобу полости матки .</p> <p>- Цитологическое и гистологическое исследование</p> <p>- Проведение КТ и МРТ для точной оценки.</p> <p>Шаг 5. После лечения проводится диспансерное наблюдение за предраковыми заболеваниями в течение 2 лет.</p> <p>Шаг 6. Направление всех выявленных больных с подозрением на онкопатологию к онкологу в ООД.</p>

Алгоритм проведения предраковых заболеваний яичников

Предраковые заболевания анабеа	Клиническая картина предраковых заболеваний анабеа	Фактор опасности	Тактика ведения больного
<p>1. Добракачественные опухоли Анабеа</p> <p>2. Киста Анабеа</p> <p>3. Хроническая аденокиста</p> <p>4. Спайки, Аменорея</p> <p>5. Атрофия Анабеа</p>	<p>Добракачественные опухоли яичника - группа патологических доброкачественных образований овариальной ткани, развиваются в результате нарушения процесса клеточной пролиферации и дифференцировки.</p> <p>Развитие доброкачественной опухоли анабеа сопровождается болями в желудке, нарушением менструальной и репродуктивной функции, дизурией, нарушениями дефекации, увеличением размеров желудка.</p> <p>Цист или обыкновенная киста. До проведения гистологического исследования его принимают как фолликулярную кисту. Рассмотрена малигнизация кисты серозной, что до конца не доказано. Киста развивается из первичного зародыша почки и представляет собой подвижное плотное эластическое образование диаметром около 10 см, иногда больших размеров.</p>	<p>1. Возраст. Риск развития предраковых и раковых заболеваний анабеа возрастает с возрастом. Редко встречается у женщин моложе 40 лет. В большинстве случаев рак анабеа возникает после менопаузы. Предраковые и раковые заболевания выявляются у женщин в половине случаев выше 63 лет.</p> <p>2. Ожирение. Взаимосвязь ожирения и различных исследований выявлена в различных исследованиях. В целом, пациенты с ожирением (индекс массы тела выше 30) имеют более высокий риск развития рака анабеа.</p> <p>3. Репродуктивная деятельность. Риск развития рака у рожениц ниже, чем у женщин, не родивших детей. С каждой последующей беременностью риск снижается.</p> <p>4. Гинекологические операции с осложнениями. Лекарственные препараты для лечения бесплодия. В некоторых исследованиях кломифен цитрат (Кломид) определяется как фактор обратного действия при приеме препаратов для лечения бесплодия более года.</p> <p>5. Андрогены. Андрогены-это мужские половые гормоны. В некоторых исследованиях было установлено, что препарат Даназол, который повышает уровень андрогена, увеличивает риск развития рака анабиоза.</p>	<p>Шаг 1. Жалоба, анамнез пациента</p> <p>Шаг 2. Клинический осмотр гинеколога, бимануальное ректовагинальное и зеркальное исследование</p> <p>- Кольпоскопия</p> <p>цитологическое исследование, УЗИ.</p> <p>- Трансректальное ультразвуковое исследование</p> <p>Шаг 3. Формирование групп опасности.</p> <p>Шаг 4. Совет онкогинеколога</p> <p>- Эффективны бимануальное ректовагинальное исследование и цитологический контроль шейки матки и эндометрия, пункция дуги влагалища для верификации опухолевого процесса.</p> <p>- рентгенологическое исследование грудной клетки</p> <p>- УЗИ органов брюшной полости и малого таза с цветной доплерометрией или с применением КТ, МРТ</p> <p>Обследование органов желудочно-кишечного тракта (эндоскопическое или рентгенологическое)</p> <p>- исследование уровня опухолевого маркера: -СА-125 для эпителиальной опухоли;</p>

Продолжение таблицы (Приложение 18)

	<p>Опухоль чаще всего выявляется в результате вращения конечностей или при проведении УЗИ по другой причине. При этом вместе с новообразованием хорошо видны ткани анабеза.</p>	<p>2</p> <p>строгенная заместительная терапия.</p> <p>В некоторых работах прием эстрогена после менопаузы увеличивает риск развития рака анабиоза.</p>	<p>Шаг 5. Диспансерное наблюдение больных с предраковыми заболеваниями в амбулаторных условиях</p> <p>Шаг 6. Направление всех выявленных больных с подозрением на онкопатологию к онкологу в ООД.</p>
--	---	---	---

Алгоритм проведения предраковых заболеваний мужского полового органа

Предраковые заболевания мужского полового члена	Клиническая картина предраковых заболеваний полового члена	Фактор опасности	Тактика ведения больного
<p>1. Лейкоплакия 2. Кожный рог 3. Склероатрофический лихен 4. Буше-Левенштейна 5. Остроконечные кандиломы 6. Болезнь Боуэна 7. Бовеноидный папулез</p>	<p>Лейкоплакия (лейкоплазия) Головка полового члена характеризуется неравномерным чрезмерным шелушением эпителия. Половой член находится в хронической травме, редко становится раком. Облитерирующий ксеротический баланит (склерозирующий лишай) Смегма расщепление происходит от нарушений процессов. Выявляется в виде белых пятен, покрывающих головку детородного органа, часто приводящих к стриктуру ретрального канала. <i>Острые бородавки (остроконечные кандиломы)</i> Вирусное заболевание, вызываемое вирусом папилломы человека. Мелкие наросты телесного цвета повреждают головку полового члена, уретру. При пальпации не болит. Кожный рог полового члена. Доброкачественные образования, состоящие из клеток эпидермиса, покрывающих головку полового члена. По внешнему виду животное становится похожим на рог, из-за чего и появилось название. В ряде случаев молочница возникает из-за повреждений, вызванных воспалением, бородавками, папилломами, кандиломами. Кожный рог единичен, множественная форма данной патологии встречается редко. Может быть первичным и вторичным. Кейра эритроплазия (бархатистая эпителиома) Новообразование с четкой каймой на голове полового члена со здоровой тканью светло-красного цвета. Чаще всего возникает у необрезанных больных. Размер будет отличаться. Повреждает кожу полового члена, имеет вид кровоточащих папул черного цвета. ВИЧ наблюдается у активных лиц.</p>	<p>Назовем некоторые факторы риска данной группы заболеваний: 1 фимоз; 2 рецидивирующий баланопостит; 3 рецидивирующий генитальный герпес; 4 генитальные бородавки; 5 хронические травмы поверхности кожи; 6 наследственная предрасположенность; 7 аутоиммунные процессы 8 сахарный диабет; 9 лучевые поражения.</p>	<p>Шаг 1. Жалоба, анамнез пациента Шаг 2. Клинический осмотр уролога. Шаг 3. Лабораторные и инструментальные исследования Шаг 4. Консультация онколога (уточняющая диагностика) Шаг 5. Диспансерное наблюдение больных с предраковыми заболеваниями в амбулаторных условиях Шаг 6. Направление всех выявленных больных с подозрением на онкопатологию к онкологу в ООД.</p>

Алгоритм проведения предраковых заболеваний предстательной железы

Предраковые заболевания предстательной железы	Клиническая картина предраковых заболеваний предстательной железы	Фактор опасности	Тактика ведения больного
<p>Фоновые процессы: 1. хронические простатиты 2. атипичная аденоматозная гиперплазия 3. Олигоспермия 4. бесплодие Предраковые процессы: 5. ПИН (простатическая интраэпителиальная неоплазия)</p>	<p>Хронический простатит. Боль и лихорадка в мочевыводящей трубке усиливаются при мочеиспускании и половом акте. Возникает ощущение тяжести и боли в половых органах и прямой кишке, боль в области желудка. Учащенное мочеиспускание, нарушение мочеиспускания, половое влечение: ослабление эрекции, преждевременная эякуляция, отсутствие оргазма. У каждого четвертого из больных хроническим простатитом симптомы заболевания отсутствуют. В таком случае больные обращаются к врачу с опозданием.</p> <p>Атипичная аденоматозная гиперплазия Как и ПИН, не имеет характерных клинических симптомов, не имеет четкой макроскопической картины. Симптомы простатической интраэпителиальной неоплазии</p> <p>1 болезнь не характеризуется никакими проявлениями. Чаще всего случайно обнаруживается при биопсии (при исследовании под микроскопом с удалением части ткани), отсутствует структурная и цитологическая малигнизация, симптомы характеризуются узловой пролиферацией мелких или средних циннусов</p>	<p>1. Возраст относится к основным факторам развития предраковых заболеваний яичников. - Вероятность развития данного заболевания возрастает в возрасте старше 50 лет .</p> <p>2. предрасположенность к наследственности Вероятность развития предраковых и раковых заболеваний возрастает при наличии у родственников признаков заболевания в молодом возрасте.</p> <p>3. Диета: влияние особенностей питания при раковых заболеваниях предстательной железы неясно, но изучены отдельные факторы. Мужчины, которые потребляют красное мясо или жирные молочные продукты, имеют более высокий предраковый и злокачественный показатель предстательной железы.</p> <p>4. Ожирение: многочисленные исследования показывают, что ожирение напрямую влияет на развитие предраковых заболеваний Пальцевое ректальное исследование.</p>	<p>Шаг 1. Жалоба, анамнез пациента Шаг 2. Клинический осмотр уролога, проктолога Пальцевое ректальное исследование Шаг 3. Трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ), по показанию УЗИ простаты – с биопсией Шаг 4. Консультация онкогинеколога (уточняющая диагностика) Шаг 5. Пальцевое ректальное исследование Шаг 6. Анализ ПСА от 50 лет, сдача анализов ежегодно. Шаг 7. Ежегодное пальцевое ректальное исследование и сдача анализа ПСА с 40 лет Шаг 8. Диспансерное наблюдение больных с предраковыми заболеваниями в амбулаторных условиях Шаг 9. Направление всех выявленных больных с подозрением на онкопатологию к онкологу в ООД.</p>

Алгоритм проведения предраковых заболеваний почек

Предракующие заболевания почек	Клиническая картина предраковых заболеваний почек	Фактор опасности	Тактика ведения больного
<p>1. Прогрессирующий аутоиммунный гломерулонефрит</p> <p>2. Хронический пиелонефрит</p> <p>3. Пространственное описание</p> <p>4. Кисты молочной железы</p> <p>5. Нефроз</p> <p>6. Нефропатии</p>	<p>Аутоиммунный гломерулонефрит-это заболевание, которое развивается вследствие выработки антител против здоровых тканей организма с различными клиническими проявлениями. Это приводит к повреждению нормальных, жизнеспособных тканей и возникновению воспаления аутоиммунного характера.</p> <p>Хронический пиелонефрит По клинической картине: заболевание, выраженное латентной, рецидивирующей, гипертонической, анемической, азотемической, гематурической симптомами.</p> <p>Хронический пиелонефрит характеризуется чередованием периодов обострения и ремиссии. У больных возникают стойкие неприятные ощущения в поясничной области, нарушается процесс мочеиспускания, после озноба может повыситься температура тела. Кроме того, появляются симптомы острого пиелонефрита.</p> <p>Киста почки-это жидкостные соединительнотканые образования, развивающиеся из эпителиальных клеток почечных каналов. Часто доброкачественные, но могут быть злокачественными, если возникают повторно.</p> <p>Вместе с ростом появляются и первые симптомы заболевания. Чаще всего это тяжесть, дискомфорт, боль. Постепенное давление кисты на почки приводит к затруднению оттока мочи. Накопление мочи будет хорошей питательной средой для болезнетворных микробов.</p> <p>Нефроз почек к общим симптомам интоксикации присоединяются симптомы острой почечной недостаточности: уменьшение количества мочи, появление в моче питательных веществ, появление небольшого количества эритроцитов и лейкоцитов.</p>	<p>1. Возраст и пол. Предраковые заболевания почек, в зависимости от возраста, достигают максимума в 70 лет. Мужчины болеют чаще, чем женщины.</p> <p>2. Курение. Развитие предраковых заболеваний почек у курящих обоих полов увеличивается на 30% - 60% по сравнению с некурящими. В случае отказа от курения риск развития заболевания снижается</p> <p>3. Артериальная гипертензия. У больных артериальной гипертензией развитие раковых и предраковых заболеваний выше на 20%.</p> <p>4. Лекарственные препараты. Многие авторы связывают появление почечно-клеточного рака с применением мочегонных препаратов. У больных, получающих препараты для мочеиспускания по разным показателям, развитие данной патологии выше на 30%.</p> <p>5. Профессия. Данная патология распространена в швейном, резино – каучуковом, бумажном производстве, у людей, контактирующих с промышленными красками, контактирующих с нефтью и ее продуктами, промышленными и ядохимикатами, солями тяжелых металлов.</p>	<p>Шаг 1. Жалоба, анамнез пациента</p> <p>Шаг 2. Клинический осмотр участкового терапевта, уролога</p> <p>Шаг 3. Оценка симптома Пастернацкого</p> <p>Шаг 4. Лабораторные и инструментальные исследования</p> <p>Шаг 5. УЗИ органов брюшной полости, почек контроль</p> <p>Шаг 6. Рентгенологическое обследование мочевыводящих путей проводится по назначению уролога. Консультация онколога (уточняющая диагностика) , пункция под контролем УЗИ, цитологическое исследование по показаниям, КТ</p> <p>Шаг 7. диспансерное наблюдение больных с предраковыми заболеваниями в амбулаторных условиях</p> <p>Шаг 8. Направление всех выявленных больных с подозрением на онкопатологию к онкологу в ООД.</p>

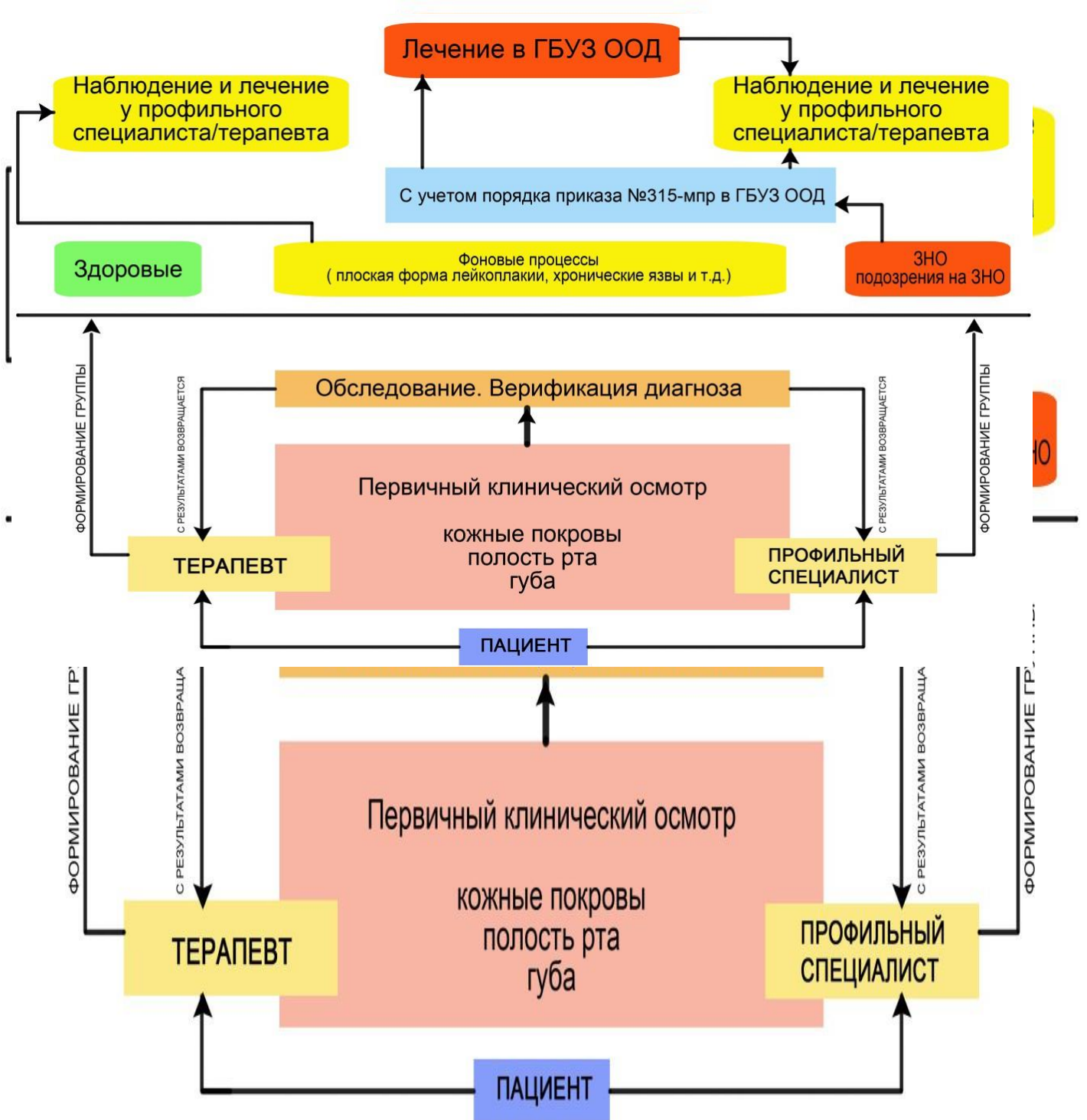
Алгоритм проведения предраковых заболеваний щитовидной железы

Предраковые заболевания щитовидной железы	Клиническая картина предраковых заболеваний щитовидной железы			Фактор опасности	Тактика ведения больного
<p>1. Кисты, аденома щитовидной железы (коллоидный узел, аденома, киста). 2. Атипия щитовидной железы при эндемическом зобе 3. Узелковый зоб 4. Диффузный зоб 5. Аутоиммунный тиреоидит</p>	Киста меньше сантиметра	Киста 1 сантиметр	Киста выше 3 сантиметров	<p>1. Женщины: женщины более подвержены риску, чем мужчины. 2. Возраст-это возраст с наибольшим риском заболевания от 50 лет и выше, но заболевание может быть выявлено в любом возрасте . 3. Личный или семейный анамнез заболевания щитовидной железы и аутоиммунные заболевания повышают риск. 4. Беременность и первые роды. 5. Курение. 6. Воздействие йода с помощью контрастных веществ или хирургического антисептика. 7. Жизнь в зоне с недостаточным содержанием йода проведение различных терапевтических процедур, включая интерферон бета-1b, интерлейкин-4, иммунодепрессанты 8. Чрезмерное потребление зобогенных продуктов: брюссельской капусты, репы, цветной капусты, соевых продуктов и других. 9. Недавние травмы, биопсия, инъекции или хирургические вмешательства</p>	<p>Шаг 1. Жалоба, анамнез пациента Шаг 2. Клинический осмотр участкового терапевта, эндокринолога Шаг 3. Клиническое обследование, пальпация Шаг 4. УЗИ щитовидной железы и шейных лимфатических узлов Шаг 5. Пункция плотного очага под контролем ЛС Шаг 6. Цитологическое исследование (морфологическая верификация диагноза Шаг 7. Консультация онколога (уточняющая диагностика)</p>
	объективные ощущения	возможность самоопределения при пальпации	Образование пальпируется, визуально проявляется		
	клиническая картина отсутствует	проявляется деформация шеи. В горле, шейном отделе периодически наблюдается дискомфорт	Деформированная шея Одышка Расширение сосудов шеи Дисфагия (затруднение глотания пищи) Боль при пальпации, увеличение лимфатических узлов Повышение температуры тела происходит редко.		

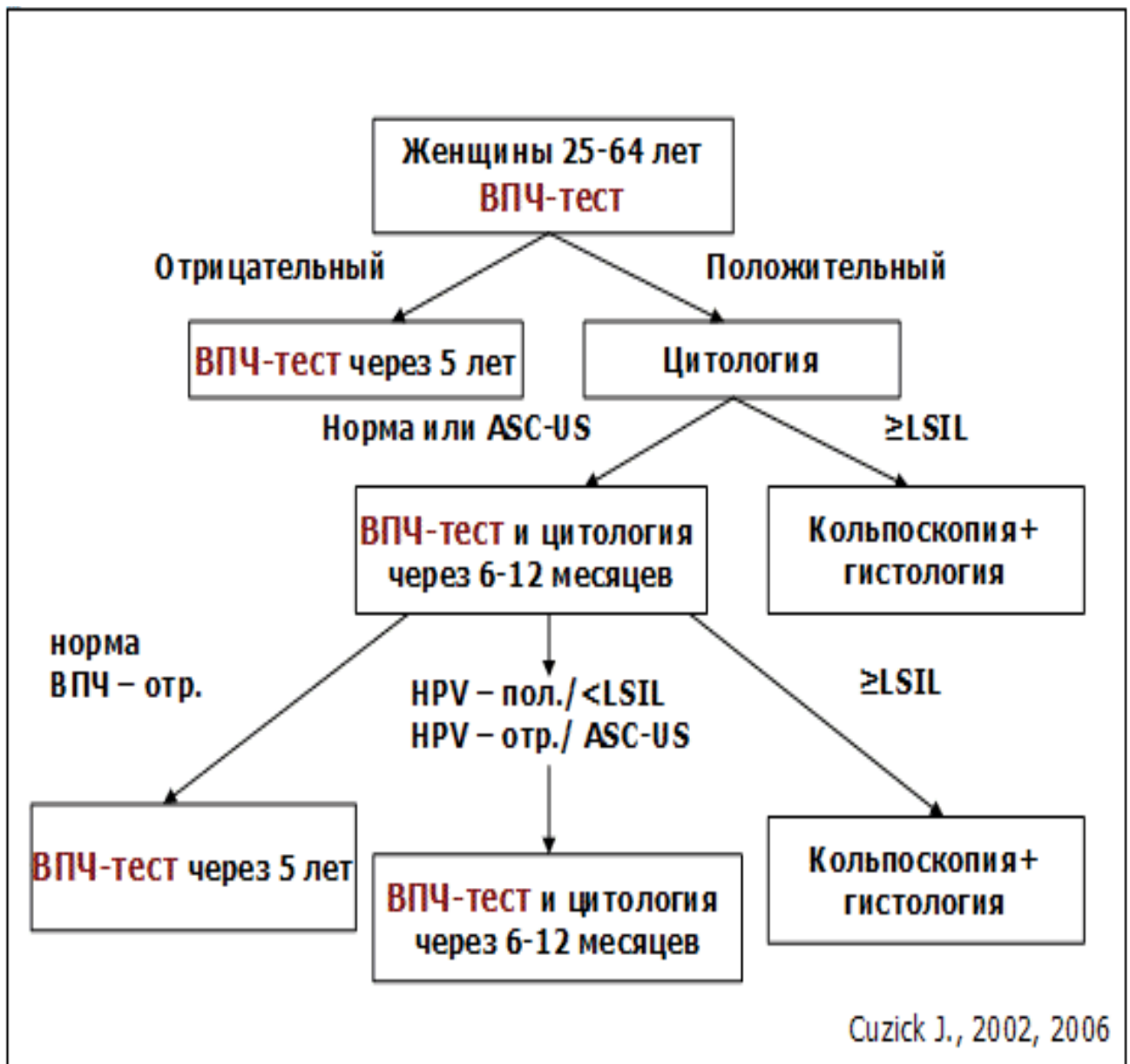
Продолжение таблицы (Приложение 22)

	<p>Эндемический зоб. Из-за внешних факторов КДН относится к заболеваниям щитовидной железы, и требует тщательного постоянного мониторинга. Это заболевание очень опасно из-за вероятности злокачественного процесса. Узловой зоб часто диагностируется поздно у больных с зобными формами рака щитовидной железы. Повышенная общая слабость, отсутствие аппетита и потеря веса. В большинстве случаев его количество достигает 90%, вместо щитовидной железы на передней поверхности шеи располагается опухоль различной плотности. Ощущение компрессии шеи пациента также может быть симптомом "тугого воротника".</p> <p>Аутоиммунный тиреоидит щитовидной железы, хроническое воспалительное аутоиммунное заболевание. Причиной заболевания является частичный генетический дефект иммунной системы.</p> <p>Клинические симптомы аутоиммунного тиреоидита определяются пальпацией плотность щитовидной железы, которая является значительной локальной или диффузной (обычно симметричной). Пациенты могут жаловаться на частую работу щитовидной железы, затруднения дыхания, глотание. Атрофическая форма проявляется в гипертрофической форме при нормальном тиреоидите или даже тиреоидите аутоиммунного тиреоидита.</p>	<p>10. Радиационное воздействие или воздействие катастрофы, как это было в Чернобыле</p> <p>11. жизненные ситуации, вызывающие стресс на высоком уровне .</p>	<p>Шаг 8. Диспансерное наблюдение больных с предраковыми заболеваниями в амбулаторных условиях</p> <p>Шаг 9. Направление всех выявленных больных с подозрением на онкопатофизику к онкологу в ООД.</p>
--	---	---	--

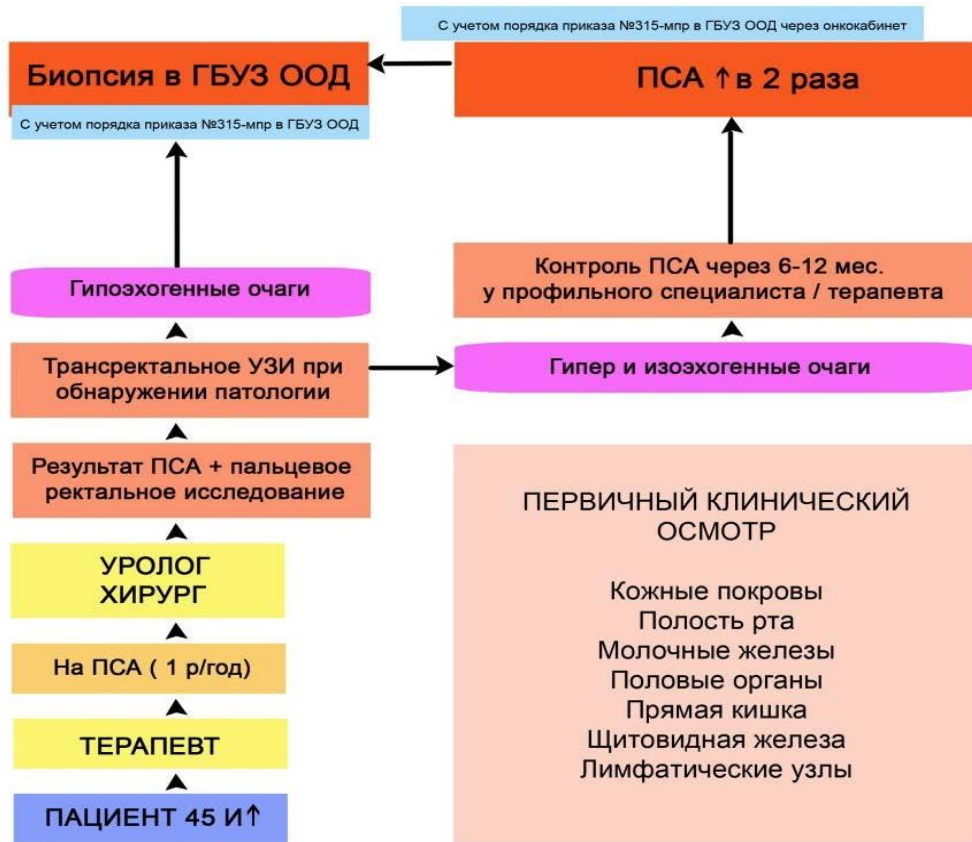
АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ РАКА ПОЛОСТИ РТА, ГУБЫ



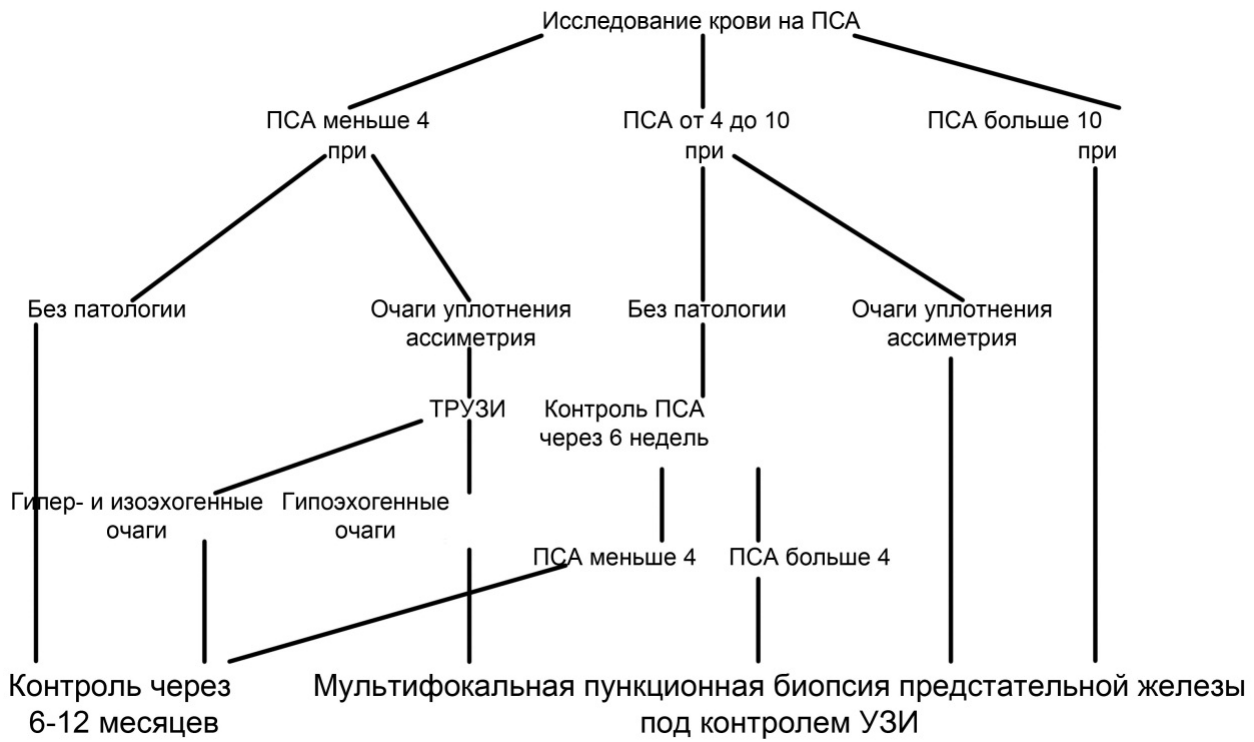
Алгоритм постановки диагноза рак шейки матки



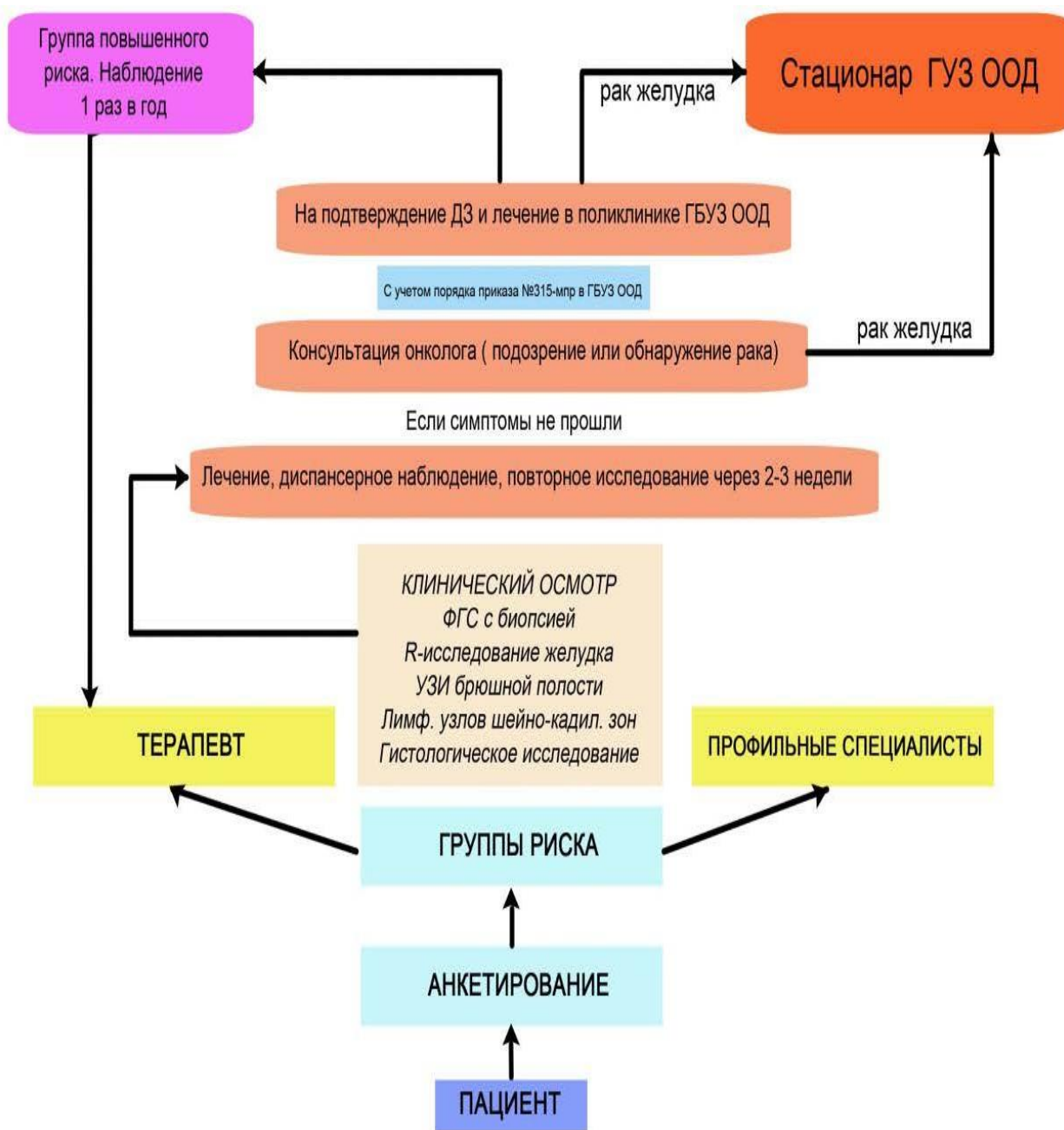
Алгоритм диагностики рака предстательной железы



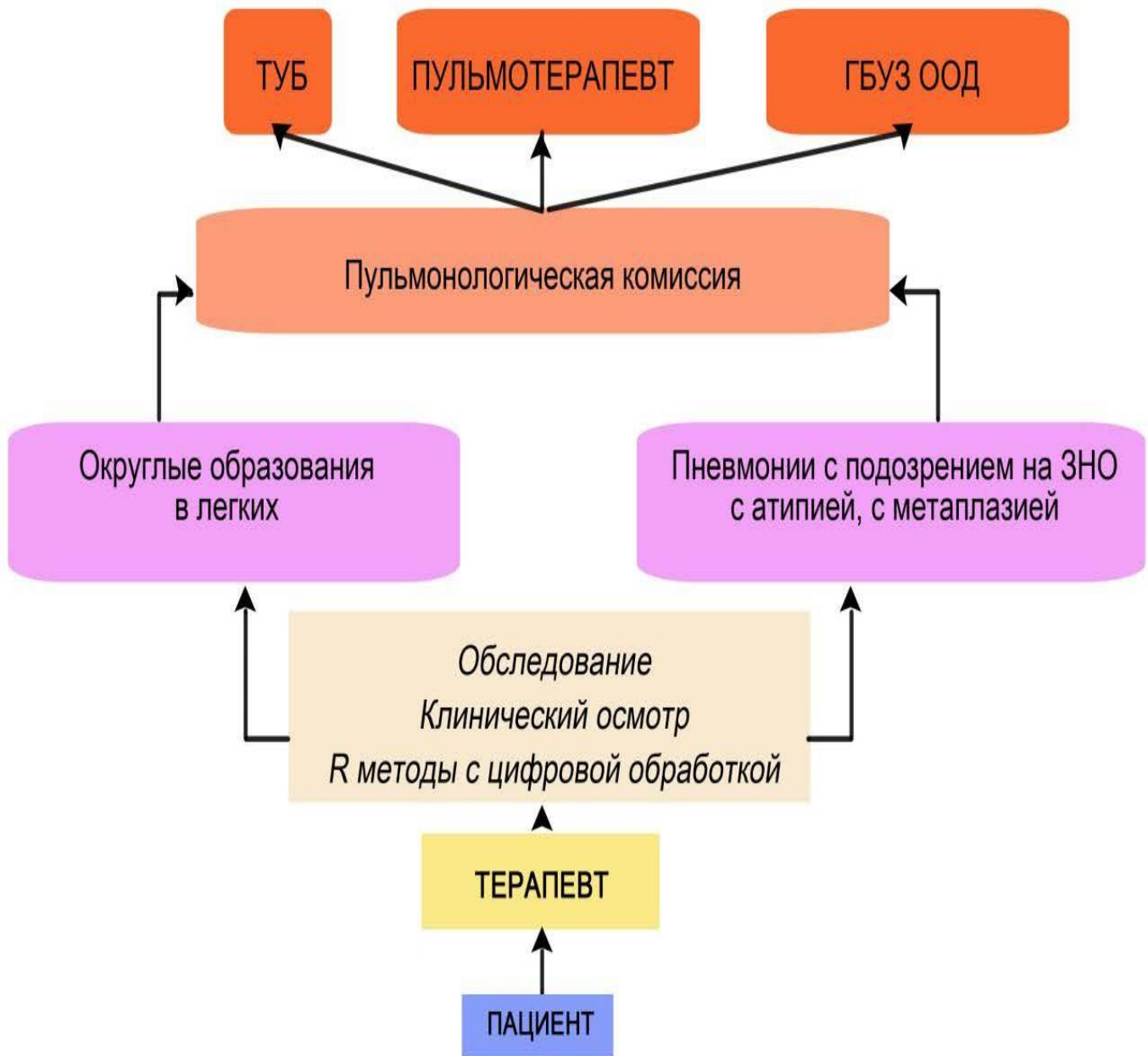
АЛГОРИТМ СТАНДАРТНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РАКА
ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ



АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ РАКА ЖЕЛУДКА



АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ РАКА ЛЕГКОГО



АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ



Поликлиника ГУЗ ООД
 При подозрении на рак молочной железы (узловые образования, кровянистые выделения из соска, либо обильные односторонние выделения)

Стационар ГУЗ ООД

Углубленное гинекологическое обследование:
 осмотр и пальпация
 маммография
 УЗС
 цитологическое исследование отделяемого из соска

Оказывается медицинская помощь и лечение доброкачественных заболеваний молочной железы с учетом сопутствующей гинекологической патологии + «Д» наблюдение Мастопатия - фиброзно-кистозная болезнь МКБ - 10 (№60-№64)

ЖЕНСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ ВРАЧ-ГИНЕКОЛОГ

При доброкачественных заболеваниях молочных желез

ПАЦИЕНТКА

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ И КОСТЕЙ



Клинический осмотр: R-исследования, цитологические исследования

