



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ
ИРКУТСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ –
ФИЛИАЛ ФЕДЕРАЛЬНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО БЮДЖЕТНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «РОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
НЕПРЕРЫВНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»

МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«ОБЛАСТНОЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР»

ОБЛАСТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«ИРКУТСКИЙ ОБЛАСТНОЙ ЦЕНТР ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ»

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ

Методические рекомендации

Иркутск, 2021 год

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ
ИРКУТСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ – ФИЛИАЛ ФЕДЕРАЛЬНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО БЮДЖЕТНОГО
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ «РОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ НЕПРЕРЫВНОГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ «ОБЛАСТНОЙ
ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР»
ОБЛАСТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«ИРКУТСКИЙ ОБЛАСТНОЙ ЦЕНТР ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И МЕДИЦИНСКОЙ
ПРОФИЛАКТИКИ»

Ранняя диагностика злокачественных новообразований

Методические рекомендации

Иркутск, 2021 год

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ
ИРКУТСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ – ФИЛИАЛ ФЕДЕРАЛЬНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО БЮДЖЕТНОГО
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ «РОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ НЕПРЕРЫВНОГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ «ОБЛАСТНОЙ
ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР»
ОБЛАСТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«ИРКУТСКИЙ ОБЛАСТНОЙ ЦЕНТР ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И МЕДИЦИНСКОЙ
ПРОФИЛАКТИКИ»

«Утверждаю»

министр здравоохранения
Иркутской области



Я.П. Сандаков

«24»

2021 г.

Ранняя диагностика злокачественных новообразований

Методические рекомендации

Ранняя диагностика злокачественных новообразований - Иркутск, 2021.
- 42 с.

Авторы-составители: президент ГБУЗ «Областной онкологический диспансер», д.м.н. Дворниченко В.В., заместитель главного врача по организационно-методической работе ГБУЗ «Областной онкологический диспансер», к.м.н. Ушакова И.В., главный внештатный специалист онколог министерства здравоохранения Иркутской области, к.м.н. Зубков Р.А., врач клинической лабораторной диагностики ГБУЗ «Областной онкологический диспансер» Лисичникова И.В.

Методические рекомендации предназначены для врачей различных специальностей; специалистов, принимающих участие в проведении профилактических мероприятий среди населения и диагностике злокачественных новообразований.

© министерство здравоохранения
Иркутской области
© ФГБОУ ДПО ИГМАПО - филиала
РМАНПО
© ГБУЗ «Областной онкологический
диспансер»
© ОГБУЗ «Иркутский областной
центр общественного здоровья и
медицинской профилактики»

СОДЕРЖАНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ, ИСПОЛЪЗУЕМЫХ В ТЕКСТЕ	5
ВВЕДЕНИЕ.....	6
1. РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА РАКА ВИЗУАЛЬНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ	8
1.1. РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	8
1.2. РАК ШЕЙКИ МАТКИ.....	12
1.3. ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ КОЖИ: РАК И МЕЛАНОМА	18
1.4. РАК ПОЛОСТИ РТА.....	24
1.5. РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	26
1.6. РАК ПРЯМОЙ КИШКИ.....	31
2. РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА РАКА ОСНОВНЫХ СКРЫТЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ.....	34
2.1. РАК ЛЕГКОГО	35
2.2. РАК ЖЕЛУДКА	34
2.3. РАК ОБОДОЧНОЙ КИШКИ	36
2.4. РАК ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	38
3. РОЛЬ СМОТРОВЫХ КАБИНЕТОВ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ	40
3.1. ОРГАНИЗАЦИЯ И РЕЖИМ РАБОТЫ СМОТРОВОГО КАБИНЕТА.....	40
3.2. АЛГОРИТМ ПРОВЕДЕНИЯ ОСМОТРА ПАЦИЕНТОВ, ПОСЕЩАЮЩИХ СМОТРОВОЙ КАБИНЕТ.....	41
3.3. УЧЕТНАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ СМОТРОВОГО КАБИНЕТА	42
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	44
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	45
ПРИЛОЖЕНИЕ 1. БЛАНК НАПРАВЛЕНИЯ НА ЦИТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МАЗКОВ С ШЕЙКИ МАТКИ	46
ПРИЛОЖЕНИЕ 2. СИГНАЛЬНОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ СМОТРОВОГО КАБИНЕТА ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЕ НОВООБРАЗОВАНИЕ.....	48
ПРИЛОЖЕНИЕ 3. ОТЧЕТ СМОТРОВОГО КАБИНЕТА	49
ПРИЛОЖЕНИЕ 4. ПОКАЗАТЕЛИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СМОТРОВОГО КАБИНЕТА	53
ПРИЛОЖЕНИЕ 5. ОПРОСНЫЙ ЛИСТ ДЛЯ АКТИВНОГО ВЫЯВЛЕНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА И СИГНАЛЬНЫХ СИМПТОМОВ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО НОВООБРАЗОВАНИЯ ..	54

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ В ТЕКСТЕ

ЗНО – злокачественное новообразование

ДГПЖ – диффузная гиперплазия предстательной железы

ПСА – простатспецифический антиген

ФГДС – фиброгастродуоденоскопия

ФКС – фиброколоноскопия

МСКТ – мультиспиральная компьютерная томография

УЗИ – ультразвуковое исследование

ТАП – тонкоигольная аспирационная пункция

НЯК – неспецифический язвенный колит

МЭН – множественная нейроэндокринная неоплазия

ПЭТ – позитронно-эмиссионная томография

ВВЕДЕНИЕ

Успех лечения, продолжительность и качество жизни онкологического больного напрямую зависят от степени распространенности опухолевого процесса на момент выявления. За последние 10 лет доля злокачественных новообразований, выявленных на I-II стадиях увеличилась с 40,7% до 54,4%, темп прироста составил 33,7%. В 2020 году показатель составил 49,9%, темп убыли по сравнению с 2019 годом – 8,3%, что связано с приостановлением диспансеризации и профилактических осмотров в связи с эпидемией новой коронавирусной инфекции. С 2019 года в Иркутской области реализуется региональная программа «Борьба с онкологическими заболеваниями», в рамках которой запланировано увеличение доли злокачественных новообразований, выявленных на I-II стадиях до 65%.

В настоящее время в Иркутской области в структуре онкологической заболеваемости злокачественные новообразования визуальных локализаций составляют 35,5% (по данным 2020 года), рак молочной железы -11,9%, рак кожи с меланомой – 11,1%, рак прямой кишки – 5%, рак шейки матки – 3,4%, рак полости рта – 1,9%, рак щитовидной железы – 1,7%, рак губы – 0,4%. Для диагностики злокачественных новообразований визуальных локализаций не требуется специальное медицинское оборудование, и элементарная онкологическая настороженность работников первичного звена является достаточной для своевременного выявления рака перечисленных выше локализаций. Несмотря на доступную для простого осмотра локализацию запущенность рака визуальных локализаций в Иркутской области остается высокой и составляет 28,8% по итогам 2020 года. В разрезе локализаций запущенность рака полости рта составляет 75,3%, рака влагалища 66,7%, шейки матки – 47,4%, прямой кишки, анального канала и заднего прохода 46,4%, полового члена 40%, вульвы – 38,2%, молочной железы 32%.

Существенный вклад в смертность от злокачественных новообразований вносят опухоли скрытых локализаций: рак легкого, рак желудка, рак ободочной кишки, рак предстательной железы. В структуре онкологической заболеваемости в 2020 году в Иркутской области рак легкого занял I место, рак ободочной кишки – IV место, рак предстательной железы – V место. По итогам 2020г. в структуре смертности по причине ЗНО населения Иркутской области лидируют ЗНО легких, трахеи, бронхов (19,8%), ЗНО желудка на втором месте (8,8%), третье место занимают ЗНО ободочной кишки, молочной железы и поджелудочной железы на них приходится по 7,1%, опухоли лимфатической и кроветворной ткани на четвертом месте 5,4%, на пятом опухоли прямой кишки и ректосигмоидного отдела (5,1%), на шестом - опухоли предстательной железы (4,4%). Большинство опухолей скрытых локализаций регистрируются на поздней стадии заболевания, когда пациенты сами обращаются с жалобами. Важными факторами ранней

диагностики являются активное выявление факторов риска, сигнальных симптомов заболевания и скрининговые программы.

Задача медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь обеспечить раннюю диагностику онкологических заболеваний путем качественного проведения профилактических мероприятий.

Настоящие методические рекомендации предназначены для врачей, фельдшеров и акушеров первичного звена. Авторами разработаны опросные листы для активного выявления факторов риска и сигнальных симптомов злокачественных новообразований скрытых локализаций, алгоритмы проведения осмотра с целью диагностики опухолей визуальных локализаций. В пособии подробно описаны онкоскрининги и необходимые диагностические мероприятия, позволяющие обнаружить рак основных локализаций на ранней стадии.

Опросные листы (Приложение 5) рекомендуется заполнять врачам участковым терапевтам, врачам общего профиля (семейным), врачам специалистам, фельдшерам, акушеркам смотровых кабинетов во время анкетирования при прохождении гражданами I этапа диспансеризации, обращении по поводу заболевания, вакцинации, прохождения медицинских осмотров, получения медицинских справок. Заполненный опросный лист с выявленными факторами риска и сигнальными симптомами злокачественных новообразований рекомендуется вклеивать в медицинскую карту пациента. Пациенты, имеющие факторы риска и сигнальные симптомы онкологического заболевания должны быть направлены на II этап диспансеризации или дополнительное обследование.

В пособии подробно описаны онкоскрининги и необходимые диагностические мероприятия, позволяющие обнаружить рак основных локализаций на ранней стадии.

1. РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ВИЗУАЛЬНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ

1.1 РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

Рак молочной железы наиболее частое онкологическое заболевание у женщин и находится на I месте в структуре смертности женского населения от злокачественных новообразований. В 2020 году в Иркутской области зарегистрировано новых случаев заболевания. За период с 2009г. до 2019г. в Иркутской области охват профилактическими маммографическими исследованиями женского населения в возрасте 40-75 лет увеличился с 12,5% до 44,5%, прирост составил 256%. Доля активно выявленных ЗНО молочной железы увеличилась с 20,8% до 58,1%, прирост составил 179%. Ранняя диагностика ЗНО молочной железы увеличилась с 53,7% до 73,7%, прирост составил 37,2%. Смертность от злокачественных новообразований молочной железы снизилась с 18,37 до 8,7 на 100 тыс. населения (показатель стандартизованный). Удельный вес контингента больных ЗНО молочной железы, состоящих на учете 5 лет и более увеличился с 52,0% до 60,3%, прирост составил 15,9%. Снижение смертности от злокачественных новообразований молочной железы и увеличение контингента больных, состоящих на учете 5 и более лет, позволяет заключить о положительной динамике в диагностике и лечении ЗНО молочной железы, а также и эффективности профилактических мероприятий.

Опросный лист для выявления факторов риска и сигнальных симптомов рака молочной железы.

1. Случаи заболевания раком молочной железы в семье
2. Раннее начало менструаций
3. Поздняя менопауза
4. Аборты
5. Отсутствие родов
6. Курение
7. Злоупотребление алкоголем
8. Ожирение
9. Сахарный диабет
10. Симметрия молочных желез
11. Наличие узловых образований и их подвижность в самой молочной железе и в подмышечной области
12. Втяжение кожи, соска
13. Отёк кожи

Алгоритм осмотра и пальпации молочных желез

Обследование молочных желез включает осмотр и их пальпацию. Осмотр проводится в положении «поднятые руки положены на затылок».

Обращают внимание на величину и форму молочных желез, состояние кожи, сосков, ареолы. Каждую железу осматривают отдельно, придав пациенту полубоковое положение и попросив его поднять руку. Изменения легче выявляются при сравнении одной железы с другой. В норме молочные железы, как правило, имеют одинаковую форму и величину. Соски располагаются на одной линии. Трещины, мокнутия, корочки, втяжение и фиксация соска, кожа, напоминающая лимонную корку, следует рассматривать как признаки злокачественного заболевания.

Пальпацию молочных желез всегда осуществляют в двух положениях обследуемого: стоя и лежа. Проводят "плоской" ладонью по молочной железе и ощупывают ее пальцами с целью выявления уплотнений и узлов в ткани молочной железы.

Ощупывать молочные железы нужно тщательно, последовательно обследуя каждый участок. Большую отвислую грудь удобнее исследовать в положении лежа, немного повернув пациента сначала на один, а затем на другой бок. Легко нажимая на сосок, медицинский работник должен выяснить, нет ли патологических выделений из соска.

В норме молочные железы мягкие, уплотнений не содержат. Злокачественные опухоли определяются в виде плотных, хорошо отграниченных узлов или уплотнений без четких границ, часто сопровождающихся втяжением соска и фиксацией кожи. При правильной пальпации можно выявить опухоли размером до 1 см. При больших размерах молочных желез, в которых трудно пальпаторно обнаружить опухоль, целесообразно направить пациента на маммографию (ультразвуковое исследование).

Методика осмотра грудных желез у мужчин не отличается от таковой у женщин. При осмотре и пальпации обращают внимание на величину и форму сосков, наличие уплотнений в железах, выделений и болевых ощущений. Рак грудной железы у мужчин составляет примерно 1% от всех случаев рака молочной железы у женщин, т.е. это заболевание у мужчин встречается в 100 раз реже, чем у женщин. Основным предрасполагающим фактором развития рака грудной железы у мужчин является гинекомастия - дисгормональное увеличение молочных желез. Средний возраст клинического проявления рака грудной железы у мужчин составляет 64 года. Основным симптомом рака грудной железы у мужчин является наличие узлового образования в грудной железе. Обычно опухоль располагается под соском, ареолой или недалеко от них. Нередко отмечаются кровянистые выделения из соска. При запущенном раке отмечается изъязвление кожи. При распространении опухоли в подмышечные лимфоузлы отмечается их увеличение и уплотнение.

Маммографический скрининг

Маммографический скрининг рака молочной железы проводится у женщин в возрасте от 40 до 75 лет один раз в два года. Маммография выполняется в двух проекциях: прямой и боковой. У женщин репродуктивного

возраста исследование проводится с 5-15 день менструального цикла. Интерпретация маммограмм выполняется как минимум двумя врачами-рентгенологами по шкале BIRADS.

Таблица 1. Система оценки BIRADS

Категории оценки BIRADS	Рекомендация	Вероятность рака
BIRADS 0 – требуется дополнительная визуализация	Повторить исследование	Не определена
BIRADS I – нет изменений	Обычное наблюдение	0%
BIRADS II – доброкачественные изменения	Обычное наблюдение	0%
BIRADS III – вероятно, доброкачественные изменения	Повторное обследование через 6 месяцев	0-2%
BIRADS IV – подозрение на рак	Биопсия	
BIRADS IV а – малоподозрительные изменения		2-10%
BIRADS IVb – подозрительные изменения		10-50%
BIRADS IVc – крайне подозрительные изменения		50-95%
BIRADS Vc – характерно для рака	Биопсия	Выше 95%
BIRADS VI – подтвержденный биопсией рак	Хирургическое лечение, если показано	Определена

С целью верификации узловых образований молочных желез в первичном звене может применяться тонкоигольная аспирационная пункция, которую может выполнять врач-онколог, хирург. Цель выполнения аспирационной тонкоигольной пункции – отбор кандидатов для проведения биопсии, которая выполняется в учреждении, оказывающем специализированную медицинскую помощь онкологическим пациентам. Тонкоигольная аспирационная пункция – это простая безопасная манипуляция, не требующая подготовки и местной анестезии. Показаниями к проведению пункции являются пальпируемые и непальпируемые образования молочной железы, кисты и галактоцеле, пальпируемые или обнаруженные на УЗИ, отек и гиперемия кожи над патологическим очагом. Не рекомендуется

проводить пункцию во время беременности и лактации, накануне и во время менструации.

Техника проведения тонкоигольной аспирационной пункции.

Пункция проводится в горизонтальном положении. Онколог укладывает пациентку на кушетку и определяет максимально выгодную позицию для пункции. Чаще всего это положение на спине с отведенными за голову руками. При этом ткань молочной железы распластывается по грудной стенке, что даёт доступ ко всем квадрантам. Кожа груди в области зоны интереса 3-хкратно обрабатывается раствором антисептика. Применение УЗ-контроля значительно повышает диагностическую точность исследования. После проведения пункции область интереса повторно обрабатывается раствором антисептика и на место инъекции накладывается асептическая повязка. Полученный материал равномерно наносится на чистое и сухое предметное стекло, и после высушивания направляется в цитологическую лабораторию.

При наличии выделений из сосков или изъязвленной опухоли возможно взятие мазков-отпечатков.

При взятии мазков-отпечатков из сосков осторожно сжимают молочную железу в ареолярной области одной рукой снизу большим пальцем, сверху – остальными. Другой рукой держат около соска предметное стекло (на небольшом расстоянии – если выделения обильные или неплотно прижатым к соску – если выделения скудные). После взятия материала последнее с помощью другого стекла равномерно распределяют по поверхности стекла. При взятии мазков отпечатков предметное стекло осторожно прикладывают к изъязвленной поверхности.

Интерпретацию найденных в цитологических препаратах изменений рекомендуется проводить в соответствии с международной Йокогамской системой, которая предполагает все найденные изменения относить к одной из 5 диагностических категорий.

Таблица 2. Йокогамская система интерпретации цитологических препаратов, полученных при пункции молочной железы.

Категории оценки цитологических препаратов	Рекомендации
C1 – неадекватный материал	Повторная пункция при наличии пальпируемых и непальпируемых узловых образований.*
C2 – доброкачественные изменения	Наблюдение
C3 – атипия, вероятнее всего, доброкачественная	Наблюдение
C4 – подозрение на злокачественное новообразование	Биопсия

С5 – злокачественное новообразование	Биопсия
--------------------------------------	---------

*Кисты без пристеночного компонента, спавшиеся после дренажа, которым является тонкоигольная аспирационная пункция, не нуждаются в повторной пункции.

1.2. РАК ШЕЙКИ МАТКИ

В 2020 году в Иркутской области было зарегистрировано 321 новый случай заболевания раком шейки матки. В структуре онкологической заболеваемости в Иркутской области у женщин рак шейки матки занимает 5 место, в структуре смертности от злокачественных новообразований 7 место. Несмотря на то, что за последние 10 лет в Иркутской области запущенность рака шейки матки снизилась на 30,6%, она все ещё остается высокой и в 2020 году составила 47,4%. Доля активно выявленных случаев рака шейки матки в 2020 году составила 51%. Важным фактором в снижении заболеваемости раком шейки матки и смертности от него является своевременное выявление и лечение предопухолевых заболеваний шейки матки. Хорошо организованный цитологический скрининг рака шейки матки в течение долгих лет позволил в экономически развитых странах существенно снизить запущенность и смертность. В Российской Федерации в рамках I этапа диспансеризации проводится скрининг на выявление рака шейки матки. Согласно Приказу №404 Н «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации определенных групп взрослого населения» в возрасте от 18 лет и старше проводится осмотр фельдшером, акушеркой или врачом акушером-гинекологом 1 раз в год. В возрасте от 18 лет и до 64 лет включительно выполняется цитологическое исследование мазка с шейки матки, окрашенного по Папаниколау 1 раз в 3 года.

В соответствии с Приказом №1130 Н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» скрининг для выявления рака шейки матки проводится в возрасте 21 - 29 лет с применением цитологии/жидкостной цитологии 1 раз в 3 года, в возрасте 30 - 65 лет - с применением ко-тестирования (цитология/жидкостная цитология с окраской по Папаниколау и ВПЧ-типирование, в том числе с использованием технологии самозабора) 1 раз в 5 лет. Охват населения должен быть максимальным, скрининг считается выполненным при охвате 80% и более. Широта охвата может достигаться путем активной рассылки приглашений на обследование с помощью электронной почты и мобильной связи, а также использованием технологии самозабора при исследовании на ВПЧ. В настоящее время в Иркутской области проведение котестирования на ВПЧ возможно в единичных лабораториях. Из-за низкого тарифа в системе ОМС на ПЦР-исследование ВПЧ-тестирование массово не выполняется, поэтому медицинским организациям рекомендуется придерживаться возрастных

интервалов и режимов скрининга, регламентированных в Приказе № 404 Н «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации определенных групп взрослого населения».

Опросный лист для выявления факторов риска и сигнальных симптомов рака шейки матки

1. Раннее начало половой жизни
2. Частая смена половых партнеров
3. Курение
4. ВПЧ –инфекция, высокоонкогенные штаммы 16/18
5. Водянистые бели
6. Контактные кровянистые выделения
7. Ациклические кровянистые выделения у женщин репродуктивного возраста
8. Периодические или постоянные кровянистые выделения у женщин в менопаузе
9. Дизурия
10. Боли в нижних отделах живота
11. Затруднение дефекации
12. Отек нижних конечностей

Алгоритм обследования женских половых органов.

В гинекологическом кресле при хорошем освещении осматривают слизистую вульвы. Проводят также пальпацию наружных половых органов. Белесоватый цвет и сухость слизистой вульвы с склонностью к образованию трещин, а также атрофия малых половых губ характерны для крауроза. Лейкоплакия выявляется в виде белых шероховатых налетов и бляшек. Эти изменения слизистой вульвы относятся к предраковым заболеваниям. Изъязвление слизистой с уплотнением ткани может быть признаком рака вульвы.

Осмотр с помощью зеркал.

Шейку матки обнажают ложкообразными зеркалами Симса и подъемниками. При осмотре определяют величину, форму шейки матки состояние ее слизистой и слизистой стенок влагалища. Наличие каймы или очагов гиперемии вокруг наружного зева шейки матки соответствует участкам цервикальной эктопии. Обнаружение белых налетов и бляшек говорит о лейкоплакии. При осмотре могут быть выявлены, образования, напоминающие цветную капусту, характерные для рака шейки матки.

Двуручное гинекологическое исследование.

При двуручном гинекологическом исследовании акушерка должна обращать внимание на величину и форму шейки матки, ее плотность, величину, форму, консистенцию и подвижность матки, положение матки в

малом тазу; состояние придатков, наличие уплотнений и опухолей у стенок малого таза.

Взятие мазков для цитологического исследования.

Во время осмотра шейки матки проводят забор мазков для цитологического исследования. Непременным условием получения клеточного материала для цитологической диагностики является взятие мазков до бимануального исследования, до проведения кольпоскопии и различных проб. Мазок не рекомендуется брать ранее 48 часов после полового контакта, во время менструации, во время лечения генитальных инфекций, ранее 48 часов после расширенной кольпоскопии, после спринцевания и вагинального исследования. Учитывая отсутствие видимой патологии, материал берется со всей поверхности шейки матки и из цервикального канала. В связи с тем, что рак чаще всего развивается на месте соединения плоского эпителия влагалищной части шейки матки с цилиндрическим эпителием цервикального канала по периметру маточного зева, соскоб для забора материала должен обязательно включать зону трансформации и цервикальный канал. Зона трансформации у женщин после 40 лет, а также после диатермокоагуляции и криодеструкции уходит в цервикальный канал на 2,5 см выше наружного маточного зева, что диктует необходимость забора материала для цитологического исследования из цервикального канала на глубину не менее 2,5 см.

У женщин с визуально нормальной шейкой матки мазки берутся методом поверхностного соскоба, производимого одноразовой цервикс-щеточкой типа «cervix brush» (рис.1) или «cyto brush».



Рис.1 Одноразовая цервикс-щеточка типа «cervix brush» или «cyto brush»

Это одноразовый инструмент, изготавливаемый из полиэтилена и имеющий общую длину 20 см. Верхняя часть цервикс-щеточки, используемая для сбора клеток, представляет собой гибкую щеточку. Состоящую из 57 полукруглых пластиковых щетинок различной длины. По форме она соответствует контурам шейки матки, а самые длинные средние щетинки захватывают достаточно глубокие участки цервикального канала. Более короткие боковые ворсинки предназначены для соскоба клеток с поверхности шейки матки и с зоны перехода плоского эпителия шейки матки в цилиндрический эпителий цервикального канала. Гибкость ворсинок щеточки позволяет собрать клетки со всей поверхности шейки матки и предотвращает повреждение ее тканей.

Методика забора материала традиционным методом и методом жидкостной цитологии.

При визуальном осмотре нормальной шейки матки необходимо оценить количество слизи на поверхности шейки матки. Ее осторожно удаляют, промокая мягким ватным тампоном. Упаковка щеточки вскрывается, щеточка вводится во влагалище под контролем глаза и ее конус осторожно направляется в цервикальный канал. После введения конуса щеточки в цервикальный канал щеточка прижимается к поверхности шейки и производится 5 полных круговых движений – трижды по часовой стрелке и дважды против., как на рис. 2.

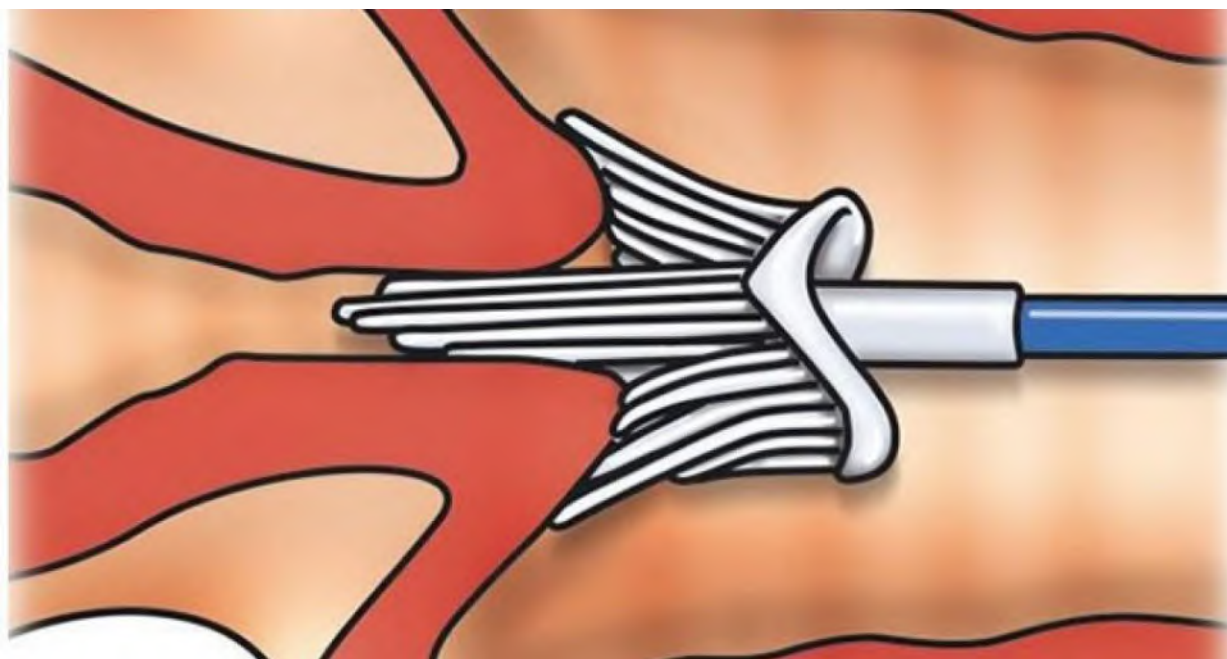


Рис.2. Забор материала на цитологическое исследование.

Для получения материала, максимально богатого клетками необходимо производить забор из зоны трансформации в виде скарификата до «кровоавой росы» и обязательно получение материала из цервикального канала и крипт эндоцервикса. Очень важно правильно ввести конус щеточки в цервикальный канал, т.к. от этой манипуляции зависит качество взятия соскоба. Далее

щеточка удаляется из влагалища, ее содержимое наносится при применении традиционного метода цитологического исследования на предметное стекло линейным движением вдоль стекла, используя обе стороны щеточки.

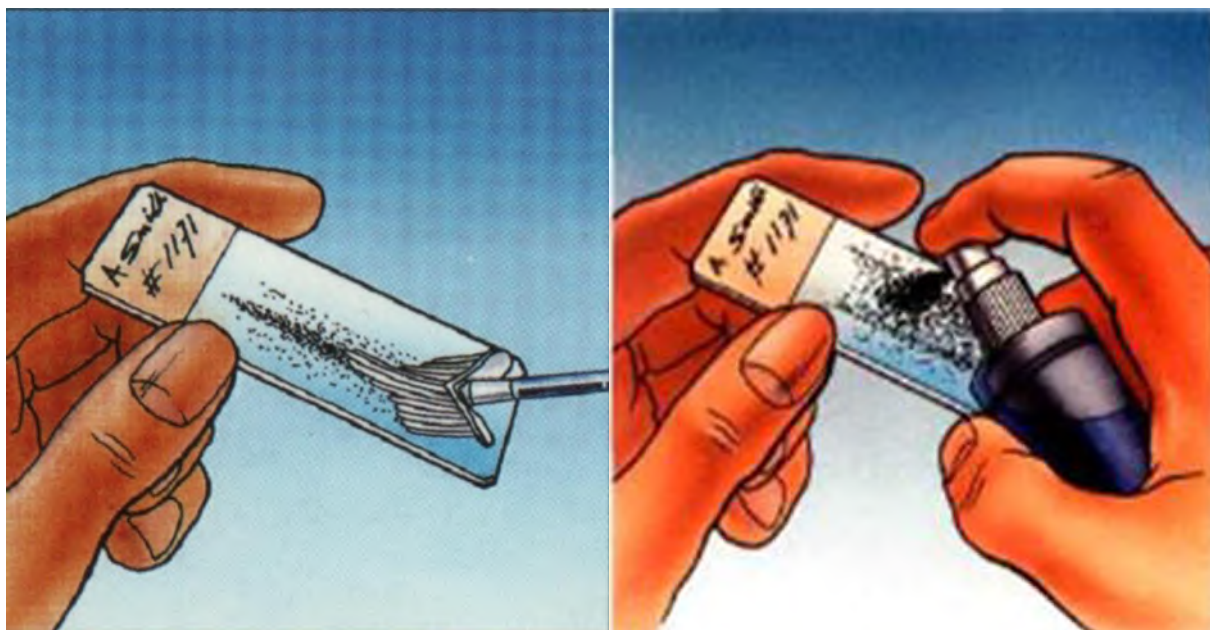


Рис.3. Приготовление мазка с шейки матки традиционным способом и влажная фиксация

При окраске по Папаниколау мазок сразу же до высыхания фиксируется акушеркой, фельдшером смотрового кабинета специальными готовыми растворами-фиксаторами; при окраске по Паппенгейму, Романовскому–Гимзе и др мазки высушиваются на воздухе. Для цитологического исследования рекомендуется использование одноразовых предметных стекол. При повторном применении предметных стекол они должны быть чистыми и обезжирены в растворе хромовокислого калия и смеси Никифорова не менее 24 часов.

Мазок с указанием фамилии женщины и оформленным направлением в этот же или на следующий день должен быть направлен в цитологическую лабораторию. Маркировка цитологических препаратов производится простым карандашом или стеклографом по матовой поверхности предметного стекла.

Если цитологическое исследование планируют проводить методом жидкостной цитологии, то цитощетка помещается в вialу с фиксатором, ополаскивается в трех направлениях: вращательным движением, вверх-вниз, и в горизонтальном направлении. Затем наконечник цитощетки снимается и оставляется в вiale с фиксатором.

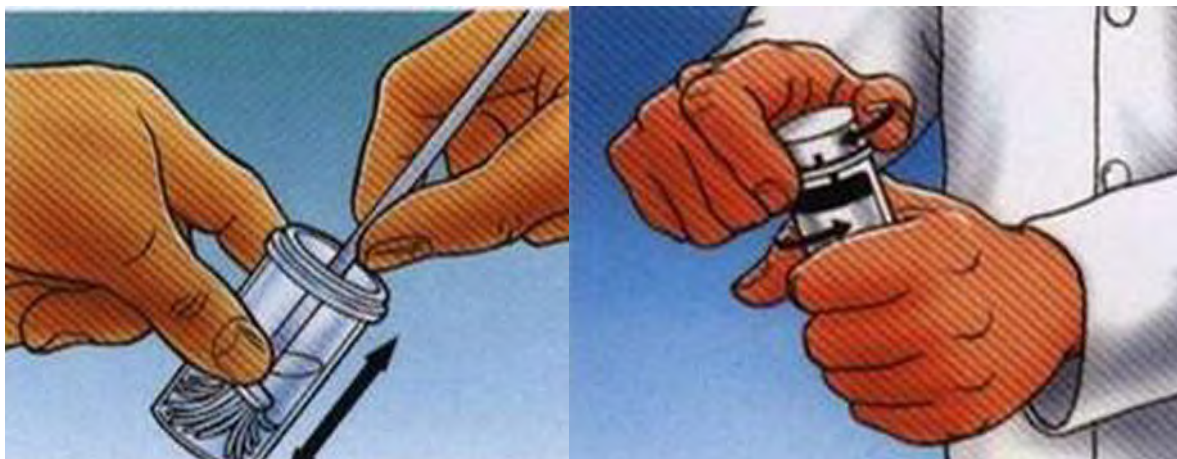


Рис.4. Забор мазка с шейки матки в жидкую среду

Виала с фиксатором и наконечником цитощетки маркируется, закладывается в контейнер для транспортировки, доставляется в лабораторию или помещается в холодильник для временного хранения.

Направление на цитологическое исследование, сопровождающее препарат, оформляется по форме № 446/у в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 апреля 2003 года № 174 «Об утверждении учетных форм для цитологических исследований» (Приложение 1 к настоящим методическим рекомендациям).

Учет и результаты цитологического исследования мазков.

Результаты цитологического исследования, поступившие из лаборатории, вклеиваются в карточки пациенток. В целом срок получения заключения из цитологической лаборатории не должен превышать 7 рабочих дней с момента поступления материала в лабораторию для лечебно-профилактических учреждений города, где имеется цитологическая лаборатория, и не более 30 дней для отдаленных районов области.

Таблица 3. Интерпретация цитологических мазков с шейки матки по системе Bethesda

Категории оценки цитологических препаратов	Рекомендация
Неадекватный материал	Повторный мазок
Отсутствие поражения эпителия (NILM)	Обычный режим скрининга 1 раз в 3 года
Атипичные клетки плоского эпителия неясного значения (ASC-US)	ВПЧ-тестирование, повторный мазок через 6-12 месяцев
Атипичные клетки, вероятнее всего, тяжелое поражение (ASC-H)	ВПЧ-тестирование, иммуноцитохимическое исследование – определение экспрессии p16, кольпоскопия, биопсия

Слабое поражение клеток плоского эпителия, связанное с вирусом папилломы человека (LSIL), включает ВПИ-инфекцию и CIN I	ВПЧ-тестирование, кольпоскопия, наблюдение
Тяжелое поражение клеток плоского эпителия (HSIL), включает CIN II, CIN III, рак in situ	Кольпоскопия, биопсия
Плоскоклеточный рак	Кольпоскопия, биопсия
Атипичные клетки железистого эпителия (AGC), подозрительные на опухолевые	Кольпоскопия, биопсия, выскабливание цервикального канала
Аденокарцинома in situ	Кольпоскопия, биопсия, выскабливание цервикального канала
Аденокарцинома	Кольпоскопия, биопсия, выскабливание цервикального канала

При получении в смотровом кабинете результата цитологического заключения ASCUS, ASC-H, LSIL, HSIL, Рак, AGUS, AGC, необходимо передать карту в женскую консультацию врачу акушеру-гинекологу, вызвать пациентку на приём к врачу.

1.3. ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ КОЖИ: РАК И МЕЛАНОМА

В течение последних 10 лет в Иркутской области опухоли кожи занимали I место в структуре онкологической заболеваемости. В 2020 году опухоли кожи переместились с первого места на третье, это обусловлено недовывявлением в связи с ограничением работы лечебно-профилактических учреждений из-за эпидемии новой коронавирусной инфекции. Большинство злокачественных новообразований кожи выявляется на ранней стадии заболевания: в 2020 году в Иркутской области доля рака кожи I-II стадии составила 80,7%, меланомы – 95,2%. Однако запущенность рака кожи несколько превышает общероссийский показатель: 4,8% - в Иркутской области и 3% в РФ. Запущенность меланомы в Иркутской области сопоставима с показателем по РФ – 19,3% и 19,6% соответственно, однако одногодичная летальность в Иркутской области выше чем в целом по РФ – 12,9% и 8,2% соответственно. Новообразования, возникающие на лице, являются косметическим дефектом, поэтому многие пациенты сами обращаются к врачу. Опухоли, возникающие на скрытых под одеждой частях тела и волосистой части головы, могут долгое время не причинять беспокойство. Поэтому любой пациент, обратившийся к медицинскому работнику первичного звена по поводу заболевания или с профилактической

целью должен быть осмотрен на предмет подозрительных новообразований кожи.

Опросный лист для выявления факторов риска и сигнальных симптомов рака кожи

1. Возраст старше 55 лет
2. Интенсивное периодически повторяющееся воздействие солнечного ультрафиолета (солнечные ожоги) в детстве
3. Светлая кожа
4. Случаи заболевания злокачественными новообразованиями кожи среди родственников
5. Наличие кожных заболеваний
6. Наличие образования на коже и длительность его существования

Алгоритм осмотра кожных покровов.

Последовательно осматривают кожу лица, головы, шеи, туловища и конечностей, кистей рук, стоп, ладонных и подошвенных поверхностей. Обязательна пальпация периферических лимфоузлов.

Следует обращать внимание на наличие длительно существующих гиперемизированных участков кожи с шероховатой поверхностью и склонностью к изъязвлению, которые располагаются в областях тела, подвергающихся воздействию раздражающих факторов: трение краем одежды, воздействие солнечных лучей, химических веществ и т.д. С течением времени на этих местах могут возникнуть узелковые и бородавчатые образования. Наиболее частой локализацией предрака и рака является кожа лица.

Базальноклеточный рак кожи.

Поверхностная форма представляет собой ограниченное шелушащееся пятно розового цвета. Затем пятно приобретает четкие контуры, по краю очага появляются плотные мелкие пятна, которые сливаются между собой и образуют приподнятый над уровнем кожи валикообразный край. Также опухоли могут быть представлены в виде узла или бляшки, или напоминать невулы.

Язвенная форма изъязвление и массивный, спаянный с подлежащими тканями инфильтрат с нечеткими границами, которые по размерам больше самой язвы.

Очаги поражения могут быть единичными и множественными, или множественными.



Рис. 5. Базальноклеточный рак кожи

Плоскоклеточный рак кожи имеет вид безболезненной бляшки желтого или серовато-белого цвета с восковидным оттенком. Поверхность ее гладкая, розовая. Четко визуализируется край с неровным контуром, позднее в центре бляшки появляется западение, покрытое корочкой. Удаление корочки приводит к кроточивости или отделяемому. При увеличении размеров опухоли определяется эрозированная поверхность, покрытая коркой и окруженная плотными неровными краями с геморрагическим отделяемым.

Инфильтративная форма представляет глубокое изъязвление с неровным, бугристым, покрытым корками из некротических масс дном по периферии опухоли инфильтрация мягких тканей кожи, становится неподвижной. Отделяемое с опухоли часто с зловонным запахом.



Рис. 6. Плоскоклеточный рак кожи

Опросный лист для выявления факторов риска и сигнальных симптомов меланомы

1. Бледная кожа, светлые волосы, глаза
2. Солнечные ожоги в анамнезе (сгорал 3 и более раз в течение жизни)
3. Наличие множественных пигментных образований (более 10)
4. Наличие образований в зоне хронической травмы (под ремнем брюк, слизистая полости рта и т. д.)
5. Самостоятельное удаление (или прижигание) образований кожи в анамнезе.
6. Меланома, рак кожи у ближайших кровных родственников в анамнезе
7. Асимметрия пигментного пятна
8. Неровные контуры пигментного пятна
9. Разные цветовые оттенки в пределах одного пигментного пятна
10. Зуд, жжение в области пигментного пятна

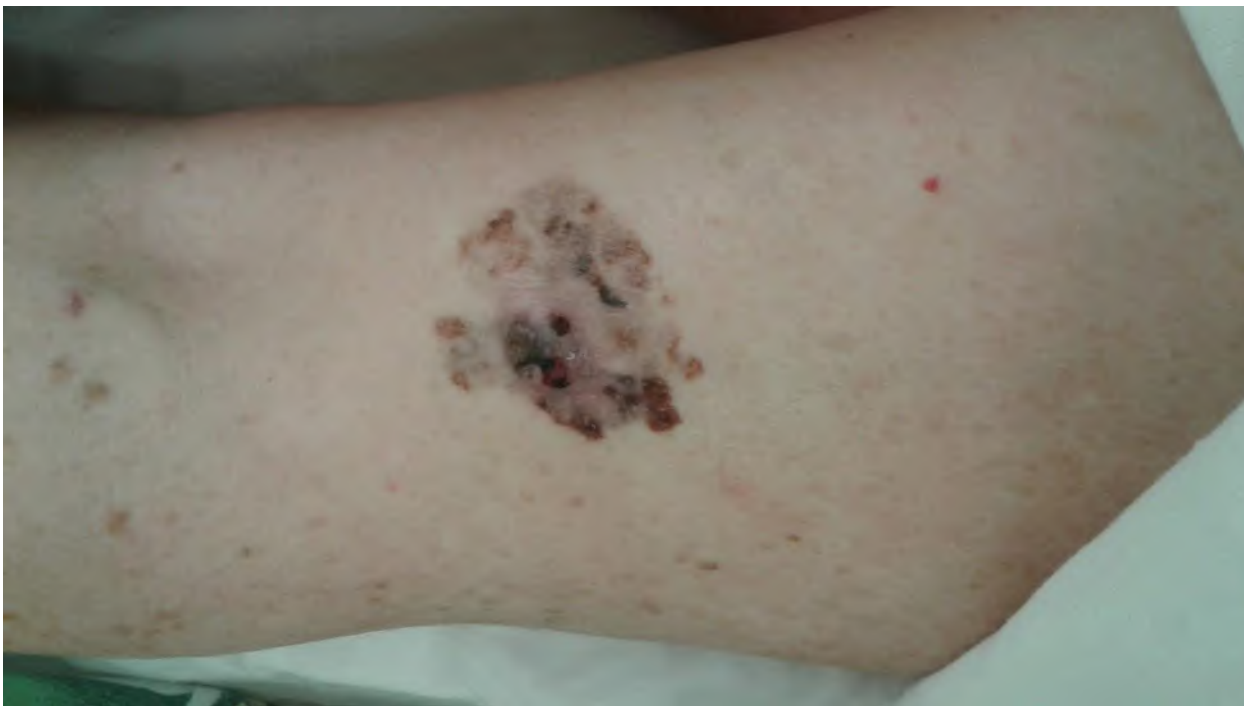


Рис. 7. Меланома



Рис. 8. Меланома

Таблица 4. Алгоритм осмотра пациента с подозрением на меланому

Пациент с подозрением на меланому кожи (МК)	
Жалобы, анамнез	1. Появление на месте неизмененного кожного покрова пигментного образования (пятная, родинки) впервые.

	2. Изменение старого образования. (Цвета, формы, размера, консистенции, роста волос в области образования, появление выделений, кровоточивости и т.д.)
Физикальное обследование ВСЕХ кожных покровов (для исключения первично множественных раков) + оценка регионарных лимфоузлов	Тестовая система ABCD Основные характеристики: А – асимметрия образования В – границы (их неровные контуры) С – цвет (не равномерный – монохромный, полихромный) Д – максимальный горизонтальный размер (>6мм). Дополнительные характеристики: 1. Свежее увеличение или изменение в размерах (последние 3 месяца) 2. Изменение характеристик поверхности образования или консистенции 3. Признаки воспаления в окружающей коже с возможной кровоточивостью, изъязвлением, зудом или болезненностью (покраснение, отек, повышение местной температуры, болезненность)
Изъязвление поверхности новообразования, кровоточивость, другие выделения	Любое отделяемое из новообразования направить на цитологическое исследование.
Новообразование узловое, возвышается над поверхностью кожи	Выполнение пункции новообразования. Цитологическое исследование материала.
Обследование регионарных лимфоузлов	
Обследование регионарных лимфоузлов	• Осмотр, пальпация • УЗИ регионарных лимфоузлов При подозрении на поражение: • ТАП или кор-биопсия регионарных лимфоузлов. Направить на цитологическое исследование.

Обязательно гистологическое исследование всех удаляемых образований кожи. Результат гистологического исследования должен быть вклеен в амбулаторную карту. При обнаружении при гистологическом исследовании злокачественного новообразования: пациент должен быть срочно направлен в онкологический диспансер с необходимым минимальным объемом обследования.

1.4. РАК ПОЛОСТИ РТА

В 2020 году в Иркутской области зарегистрирован 171 новый случай рака полости рта, 75,3% из которых были диагностированы на III-IV стадиях. Доля активно выявленных пациентов с раком полости рта составила 27%. Это свидетельствует о низкой онкологической настороженности врачей первичного звена: терапевтов, стоматологов, оториноларингологов, фельдшеров смотровых кабинетов. Чаще заболевают мужчины в возрасте от 50 до 69 лет.

Опросный лист для выявления факторов риска и сигнальных симптомов рака полости рта

2. Курение
3. Злоупотребление алкоголем
4. Наличие разрушенных зубов, некачественно изготовленных зубных протезов, травмирующих слизистую оболочку
5. Возраст старше 50 лет

Алгоритм осмотра полости рта.

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

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



Рис. 9. Патологические изменения слизистой полости рта

Соскоб на цитологическое исследование с язвенной поверхности слизистой оболочки рта, кожи, нижней и верхней губы осуществляют тупым скальпелем. Полученный материал наносят тонким слоем на обезжиренное предметное стекло. При наличии на язве гнойно-некротического налета его необходимо удалить сухим ватно-марлевым тампоном. Мазки подсушивают на воздухе и отправляют с заполненным направлением (ФИО, возраст, диагноз, характер взятия материала) в цитологическую лабораторию для исследования.

Обязательна пальпация регионарных лимфоузлов. При обнаружении увеличенных лимфоузлов фельдшером смотрового кабинета пациента необходимо направить к врачу: участковому терапевту, хирургу, онкологу. При обнаружении увеличенных лимфатических узлов врачом участковым терапевтом, хирургом необходимо выполнить УЗИ и тонкоигольную пункцию.

Пальпация лимфатических узлов.

Пальпация шейных и надключичных лимфатических узлов осуществляется в положении пациента стоя или сидя. При этом медицинский работник становится позади пациента. Пальпацию проводят двумя руками, при этом четырьмя пальцами каждой руки исследуют шейную и надключичную области, а большие пальцы рук располагаются на боковых поверхностях шеи.

В норме могут определяться мелкие лимфатические узлы эластической консистенции. Лимфатические узлы являются барьером на пути распространения злокачественного процесса. В них в первую очередь могут быть выявлены метастазы опухолей различных локализаций. Пораженные метастазами лимфатические узлы, представляют собой плотные, часто

1.5. РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В 2020 году в РФ зарегистрировано 11241 новый случай рака щитовидной железы, в Иркутской области – 162, из которых 80,9% было выявлено на I стадии, российский показатель – 69,4%. Добиться такого высокого показателя ранней диагностики удалось за счет проводимого в области скрининга узловых образований щитовидной железы. Чаще болеют женщины, также рак щитовидной железы встречается и у детей.

Опросный лист для выявления факторов риска и сигнальных симптомов рака щитовидной железы

1. Воздействие ионизирующего излучения в анамнезе
2. Наследственные синдромы (множественная эндокринная неоплазия – наличие у родственников случаев опухолей эндокринных желез, синдром Гарднера- множественный полипоз кишечника, болезнь Коудена – гамартомы внутренних органов)
3. Наличие узлового образования на боковой или передней поверхности шеи
4. Осиплость голоса
5. Дисфагия

Алгоритм осмотра

При физикальном обследовании рекомендовано обращать внимание на изменение контуров шеи, наличие узлового образования в щитовидной железе и увеличение регионарных лимфатических узлов, изменение голоса.

Пальпация щитовидной железы.

Пальпацию щитовидной железы можно проводить, стоя спереди или сзади от пациента. При положении медицинского работника сзади от пациента пальпация осуществляется обеими руками, четырьмя пальцами обеих рук, при этом большие пальцы располагаются на боковых поверхностях шеи.

При положении медицинского работника спереди от пациента пальпацию производят большими пальцами обеих рук, при этом остальные пальцы располагаются на боковых поверхностях шеи. Во время пальпации следует предложить пациенту сделать глотательное движение. При этом четко выявляются размеры и консистенция щитовидной железы. Щитовидная железа располагается на уровне гортанных хрящей и в норме не содержит уплотнений и опухолевых образований. При наличии предопухолевых заболеваний и опухолей отмечаются диффузное или локальное уплотнение, асимметрия железы за счет увеличения правой или левой ее доли.

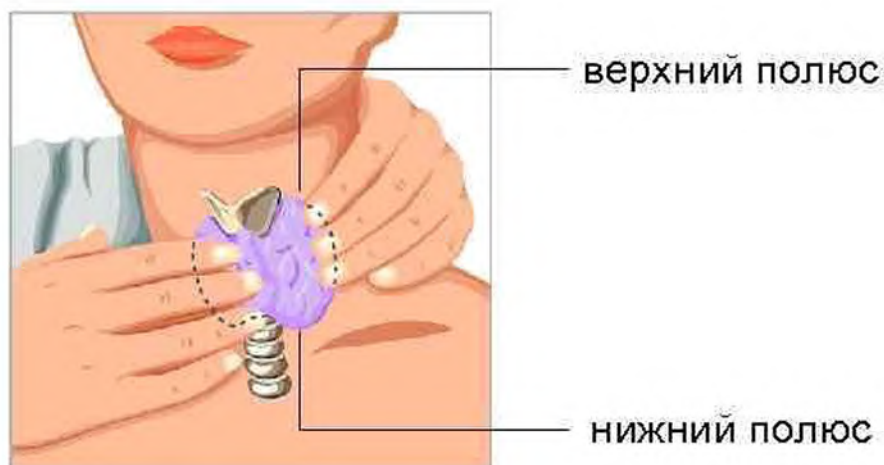


Рис. 10. Пальпация щитовидной железы.

При наличии узлового образования в щитовидной железе рекомендуется придерживаться следующей тактики ведения пациента:

Таблица 5. Тактика ведения пациентов с узловыми образованиями в щитовидной железе.

Одиночный узел диаметром более 1 см, клинически эутиреоидное состояние	Анализ на ТТГ и кальцитонин УЗИ ЩЖ УЗИ лимфоузлов шеи ТАП первичной опухоли ТАП подозрительных лимфоузлов
Узлы диаметром ≤ 1 см при отсутствии подозрительных результатов и подозрительных на метастатическое поражение лимфатических узлов шеи	Наблюдение (УЗИ ЩЖ раз в полгода) УЗИ лимфоузлов шеи Если опухоль ЩЖ более 1 см, прорастание капсулы ЩЖ и/или подозрение на регионарные метастазы - см. строку 1

Результаты УЗИ щитовидной железы рекомендуется интерпретировать по системе TIRADS (Thyroid image reporting and data system). Протокол УЗИ должен включать описание локализации и размеров образования щитовидной железы, оценку узлов по системе ТИРАДС описание лимфоузлов с учетом ультразвуковых характеристик. При наличии косвенных ультразвуковых

признаков опухоли щитовидной железы необходима оценка подвижности голосовых складок.

Таблица 6. Система TIRADS

Диагностическая категория	Рекомендация
TIRADS 1 – нормальная щитовидная железа.	ТАБ не показана
TIRADS 2 – доброкачественные изменения щитовидной железы.	ТАБ не показана
TIRADS 3 – вероятно доброкачественные изменения щитовидной железы.	При размере узла меньше или равному 1,5 см рекомендовано повторное исследование, при размере узла больше или равному 2,5 см рекомендована ТАБ. Повторные исследования выполняются через 1, 3, 5 лет
TIRADS 4 – подозрительные на злокачественные изменения щитовидной железы. Данная группа классифицируется на 4а, 4б, 4с в зависимости от увеличения риска злокачественности.	При размере узла меньше или равному 1,0 см рекомендовано повторное исследование, при размере узла больше или равному 1,5 см рекомендована ТАБ. Повторные исследования выполняются через 1, 3, 5 лет.
TIRADS 5 – вероятнее злокачественные изменения щитовидной железы (более 80% вероятность злокачественности).	При размере узла меньше или равному 0,5 см рекомендовано повторное исследование, при размере узла больше или равному 1,0 см рекомендована ТАБ. Повторные исследования выполняются через 1, 3, 5 лет.
TIRADS 6 – предшествующая биопсия доказала злокачественность.	

Для морфологической верификации узловых образований рекомендуется проводить тонкоигольную аспирационную пункцию (ТАП) опухоли ЩЖ под с последующим цитологическим исследованием.

Показания для проведения ТАП:

1. Впервые выявленные узловые образования щитовидной железы, равные или превышающие 1 см в диаметре.
2. Узловые образования менее 1 см, если пациент относится к группе риска.

При узловых образованиях менее 1 см, если пациент не относится к группе риска, проведение ТАП нецелесообразно независимо от ультразвуковых характеристик узла щитовидной железы, кроме пациентов моложе 20 лет.

Увеличение размеров доброкачественного узлового образования не является показанием к повторной ТАП, так как ТАП является методом первичной морфологической диагностики, но не методом динамического наблюдения при цитологически верифицированных доброкачественных узловых образованиях щитовидной железы. При кистозных анэхогенных узлах независимо от их размеров ТАП диагностического значения не имеет.

Критерии включения в группу риска:

1. Уровень базального или стимулированного кальцитонина более 100 пг/мл
2. Наличие увеличенных регионарных узлов
3. Облучение головы и шеи в анамнезе
4. Наличие в семье случаев медуллярного рака
5. Паралич голосовой складки
6. Узловые образования щитовидной железы, случайно выявленные при ПЭТ
7. Возраст пациентов моложе 20 лет
8. При изменении ультразвуковой структуры доброкачественных узлов щитовидной железы или при появлении увеличенных или измененных шейных лимфоузлов

Тонкоигольная аспирационная пункция узлового образования(ий) щитовидной железы проводится без анестезии. Вначале проводится обработка кожи в области щитовидной железы антисептиком, далее осуществляется пункция. Для большей точности пункционная биопсия проводится врачом – хирургом или врачом – онкологом под контролем ультразвукового исследования. После пункции узла щитовидной железы одноразовой тонкой иглой 23G с помощью одноразового шприца выполняется аспирация клеток щитовидной железы. В редких случаях (например, если узел имеет размер 2 см и более) в целях большей информативности полученного биоматериала проколов может быть несколько. После процедуры на область пункции накладывается пластырь. Полученный материал наносится на специальное стекло, маркируется и передается в клинико-диагностическую или цитологическую лабораторию, где анализируется специалистом.

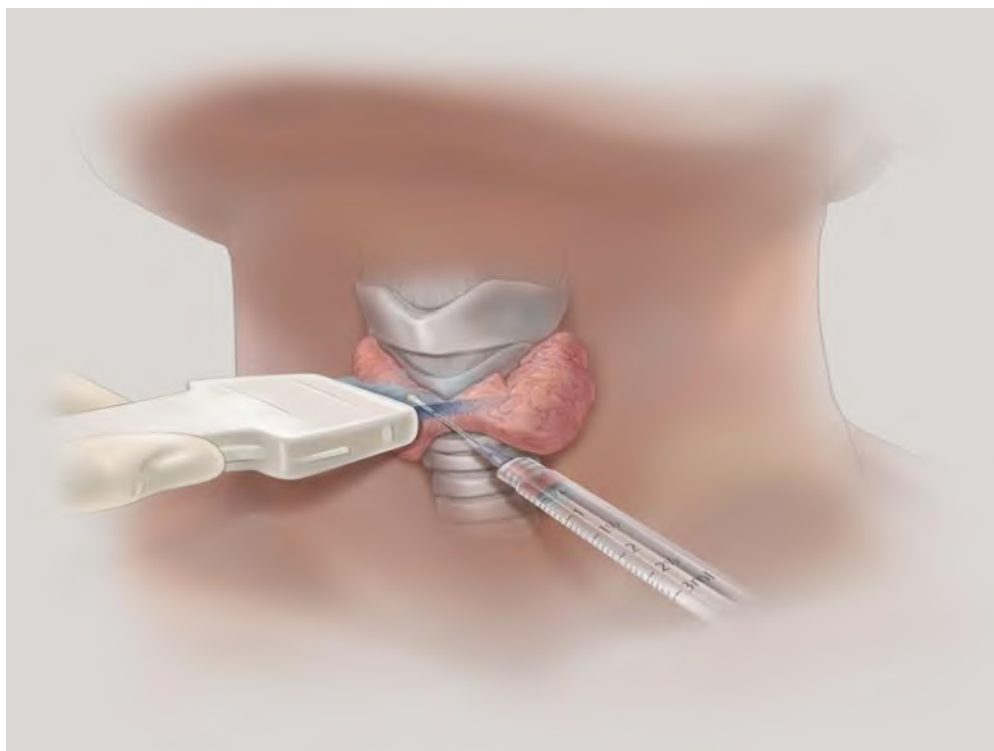


Рис.11. Пункция щитовидной железы под контролем УЗИ

При интерпретации найденных в цитологических препаратах изменений используют международную систему Bethesda.

Таблица 7. Система Bethesda

Диагностические категории	Рекомендации
I – недиагностический материал	Повторная пункция
II – доброкачественные изменения (коллоидные и аденоматозные узлы, тиреоидит)	Наблюдение
III – атипия или фолликулярные изменения неясного значения	Повторная пункция не ранее чем через 6 месяцев
IV – подозрение на фолликулярную неоплазию (фолликулярная аденома, фолликулярный рак)	Хирургическое лечение
V – подозрение на злокачественную опухоль	Хирургическое лечение
VI – злокачественная опухоль	Хирургическое лечение

При получении результата цитологического заключения, пациенты с IV, V и VI категориями после проведения направляются в онкологический диспансер.

1.6. РАК ПРЯМОЙ КИШКИ

В структуре онкологического заболеваемости злокачественные опухоли прямой кишки занимают 8 место среди обоих полов и среди мужчин. В структуре смертности от злокачественных новообразований рак прямой кишки занимает 5 место. В 2020 году в Иркутской области было зарегистрировано 468 новых случаев заболевания, из которых 45,5% было выявлено на III-IV стадиях.

Опросный лист для выявления факторов риска и сигнальных симптомов рака прямой кишки

1. Наличие у близких родственников случаев рака прямой кишки
2. Хронические воспалительные заболевания кишечника в анамнезе (неспецифический язвенный колит, болезнь Крона)
3. Полипы кишечника
4. Ожирение
5. Низкая физическая активность
6. Кровь, слизь в кале
7. Запоры

При выявлении вышеперечисленных факторов риска или симптомов пациенту необходимо выполнить пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопию или ФКС.

Пальцевое исследование прямой кишки медицинским работникам первичного звена рекомендуется проводить всем пациентам, независимо от наличия или отсутствия вышеперечисленных факторов риска или симптомов, так как оно не требует специального оборудования и особых навыков, и может существенно улучшить активное выявление новообразований.

Пальцевое исследование прямой кишки.

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

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

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

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

Для осмотра стенок анального канала следует раздвинуть его края и попросить обследуемого слегка натужиться. При этом выявляются анальные трещины, выпадающие крупные анальные (фиброзные) полипы, наружные отверстия подкожно-подслизистых свищей прямой кишки, иногда можно увидеть нижние полюса внутренних геморроидальных узлов, особенно при их склонности к выпадению.

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

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

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

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

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

кровотечения каплями алой крови, значительным увеличением узлов с тенденцией к выпадению при натуживании или выпадении их из анального канала. Само по себе наличие геморроидальных узлов не является заболеванием и не должно служить поводом для направления обследуемого к специалисту.

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

Аденоматозные полипы, ворсинчатые опухоли и злокачественные новообразования прямой кишки определяются как узлы различной плотности и размеров на слизистой оболочке, или как уплотнения в виде инфильтрата стенки кишки. При пальпации через стенку прямой кишки также могут быть обнаружены уплотнения в параректальной клетчатке. Их всегда следует специально искать. Все эти больные направляются к проктологу, что отслеживается медицинским работником смотрового кабинета.

При пальцевом исследовании прямой кишки следует обращать внимание на наличие патологического отделяемого в просвете кишки: крови, гноя, слизи, которые остаются на пальце. При удалении пальца из прямой кишки его осматривают на наличие следов крови или гноя.

Указание в анамнезе на выделение при дефекации темной крови (иногда сгустками), гноя или обильной слизи могут свидетельствовать о наличии в вышележащих отделах кишки злокачественного новообразования или ворсинчатой опухоли. Такие больные подлежат обследованию проктолога или онколога.

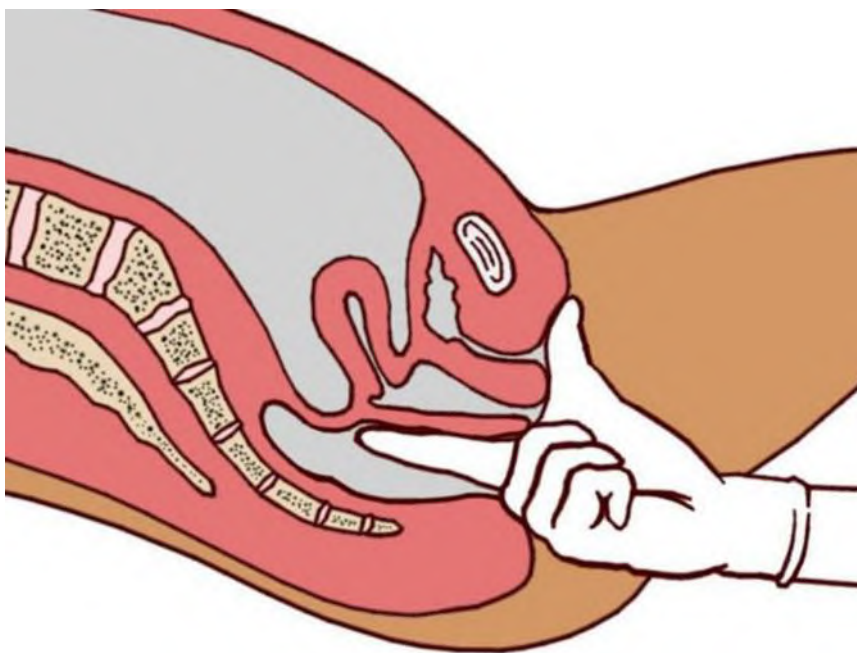


Рис. 12. Пальцевое исследование прямой кишки

При обнаружении при пальцевом исследовании или осмотре какого-либо образования пациент должен быть направлен на ректороманоскопию или ФКС с обязательным забором материала на гистологическое исследование.

2. РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА РАКА СКРЫТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

2.1 РАК ЛЕГКОГО

Рак легкого занимает первое место в структуре заболеваемости среди мужчин как в РФ, так и в Иркутской области и первое место в структуре смертности от злокачественных новообразований как среди мужчин, так и среди женщин. В 2020 году 76,6% случаев рака легкого в Иркутской области было выявлено на III-IV стадиях.

Опросный лист для выявления факторов риска и сигнальных симптомов рака легкого

1. Курение табака 20 пачко\лет и более
2. Сухой надсадный кашель
3. Кровохарканье
4. Одышка
5. Боль в грудной клетке

Хотя перечисленные симптомы не являются патогномоничными и могут встречаться при неопухолевой легочной патологии и внелёгочной общесоматической патологии, медицинским работникам первичного звена следует проявлять онкологическую настороженность. Необходимо направлять пациентов, хотя бы с одним из перечисленных симптомов, и стажем курения 20 пачко\лет и более на рентгенологическое исследование органов грудной клетки в двух проекциях или МСКТ.

Скрининг рака легкого.

С целью активного выявления бессимптомного рака легкого рекомендуется проводить скрининг рака легкого пациентам из группы риска путем проведения один раз в год рентгенологического исследования органов грудной клетки в двух проекциях или низкодозной МСКТ. Кандидатами для включения в группу риска являются лица старше 50 лет со стажем курения табака 20 пачко\лет и более. Бросившие курить 15 и более лет назад имеют такой же риск развития рака легкого, как у некурящего. Флюорография грудной клетки, которая проводится один раз в год всем гражданам в рамках диспансеризации и профилактических медицинских осмотров не является надёжным скрининговым методом для выявления рака легкого на ранней стадии.

2.2 РАК ЖЕЛУДКА

Рак желудка в структуре онкологической заболеваемости в Иркутской области занимает 6 место среди обоих полов и 4 место среди мужчин. В структуре смертности от злокачественных новообразований рак желудка на 2 месте. Запущенность рака желудка в Иркутской области по итогам 2020 годы составила 69,3%.

Опросный лист для выявления факторов риска и сигнальных симптомов рака желудка

1. Наличие у родственников рака желудка
2. Боли в эпигастральной области, длительностью 3 недели и более
3. Тошнота после приема пищи, длительностью 3 недели и более
4. Рвота после приема пищи, более 2 случаев в течение 1 месяца

Скрининг рака желудка

С целью активного выявления рака желудка на ранней стадии рекомендуется проводить ФГДС один раз в год пациентам из группы риска. Все ФГДС выполняются с проведением биопсии слизистой желудка

Показания для проведения ФГДС исследования в рамках вторичной диспансеризации, в зависимости от категории обследуемого:

Категория А - пациенты никогда не получавшие ФГДС

Категория В - пациенты имеющие в анамнезе ФГДС (срок ФГДС не более 5 лет, в противном случае больные относятся к категории А)

Показания для категории А

1. Анемия средней, тяжелой и крайне тяжелой степени, при отсутствии явных источников кровопотери (хлороз)
2. Гиперхромная анемия любой степени (маркер атрофического гастрита)
3. Боли в эпигастральной области, длительностью 3 недели и более
4. Тошнота после приема пищи, длительностью 3 недели и более
5. Рвота после приема пищи (более 2 случаев в течение 1 месяца)
6. Наличие у родственников рака желудка. Возраст выполнения ФГДС на 5 лет меньше, чем возраст выявления опухоли у наиболее молодого заболевшего

Показания для категории В

1. Атрофический гастрит (ФГДС 1 раз в год с полифокальной биопсией из 5 участков)
2. Язвенная болезнь желудка в фазе рубцевания (ФГДС 1 раз в год)

3. Любые полипы желудка (удаление всех полипов обязательно, ФГДС 1 раз в год)

2.3 РАК ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

В Иркутской области рак ободочной кишки в структуре онкологической заболеваемости занимает 4 место среди обоих полов и мужчин, и 3 место среди женщин. В структуре смертности от злокачественных новообразований рак ободочной кишки на 3 месте. В 2020 году в нашем регионе запущенность рака ободочной кишки составила 33,2%, в РФ – 27,4%.

Опросный лист для выявления факторов риска и сигнальных симптомов рака ободочной кишки, рака прямой кишки

1. Периодически возникающие боли в животе, проходящие самостоятельно без явной причины
2. Боли после опорожнения кишечника, чувство давления и распираания в прямой кишке
3. Резкое снижение веса без явной причины (более 10 кг за 3 месяца)
4. Появление в каловых массах гноя, слизи, пены.
5. Лентовидный кал

Скрининг колоректального рака.

В рамках I этапам диспансеризации проводится скрининг колоректального рака. Лицам 40-65 лет проводится исследование кала на скрытую кровь один раз в два года, в возрасте 65-75 лет один раз в год. Допускается исследование как качественным, так и количественным методами, однако последний является предпочтительным. Количественный метод в отличие от качественного имеет большую чувствительность, не требует подготовки пациента перед исследованием.

Техника взятия кала для исследования на скрытую кровь иммунохимическим качественным методом (FOBT) – бензидиновая проба.

1. В течение 3 суток из рациона питания пациента исключают продукты, содержащие железо, йод и бром: мясо и мясные изделия, рыбу и рыбные изделия, все зеленые овощи и фрукты, все овощи, окрашенные в красный цвет, гречневую кашу, а также продукты, травмирующие слизистую оболочку рта (карамель, орехи, сушки, сухари). Не рекомендуется чистить зубы щеткой, для поддержания гигиены полости рта пациенту предлагают раствор натрия гидрокарбоната или калия перманганата.

2. На период подготовки излечения исключают (и предупреждают об этом пациента) препараты, содержащие микроэлементы железа, йода и брома.

3. Определяют день забора кала и в этот день с 6.00 до 7.00 необходимо опорожнить кишечник в горшок, избегая попадания в него мочи, а затем палочкой положить небольшое количество кала в пузырек (примерно половину пузырька).

4. Отправляют кал на исследование.

Техника взятия кала для исследования на скрытую кровь иммунохимическим количественным методом (iFOBT)

Тест проводится на анализаторе, позволяет точно определить количественное содержание гемоглобина в кале. Пациенту не требуется соблюдать специальную диету и менять образ жизни перед исследованием.

Материал забирается палочкой в специальный контейнер из чистого сухого горшка или из унитаза, в который предварительно опускается бумага для исключения контакта с водой. После взятия кала палочка помещается в контейнер, который плотно закрывают крышкой. Контейнер с направлением отправляют в лабораторию.

Отрицательный результат теста не гарантирует отсутствие опухоли. Положительный результат теста помимо доброкачественных и злокачественных опухолей ободочной кишки может быть при геморрое, любых колитах.

При положительном результате теста пациента необходимо направить на II этап диспансеризации, в рамках которого выполняется ФКС с обязательным гистологическим исследованием.

Показания для проведения ФКС

1. Выявленные на рентгенологическом или ультразвукографическом исследовании подозрения на опухоль толстой кишки
2. Анемия средней и более степеней без явной причины
3. Положительный тест кала на скрытую кровь
4. Кровь в каловых массах
5. Пациенты из группы риска

Критерии включения в группу риска

1. Наличие рака толстой кишки у близких родственников в анамнезе. ФКС после 40 лет, или на 5 лет раньше появления рака у самого младшего из болевших родственников.
2. Воспалительные заболевания кишечника (Неспецифический язвенный колит. Болезнь Крона)
3. Аденоматозные полипы, выявленные ранее (удаление полипов тактику не меняет)
4. Наличие у пациента рака толстой кишки в анамнезе

2.4 РАК ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Рак предстательной железы является одним из наиболее распространённых злокачественных заболеваний у мужчин и занимает 2 место в структуре онкологической заболеваемости среди мужчин в Иркутской области и 3 место в структуре смертности от злокачественных новообразований. В 2020 году в Иркутской области 41,5% случаев были выявлены на III-IV стадиях. Как правило, на ранних стадиях симптомы заболевания отсутствуют, так как чаще всего поражаются периферические отделы железы. Тем не менее маркерный скрининг позволяет выявить заболевание на ранней стадии.

Опросный лист для выявления факторов риска и сигнальных симптомов рака предстательной железы

1. Случаи рака предстательной железы у ближайших родственников (отец, брат)
2. Употребление излишне жирной пищи
3. Малоподвижный образ жизни, сидячая работа
4. Возраст старше 40 лет
5. Ослабленная и прерывистая струя мочи
6. Учащенное мочеиспускание
7. Ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря

При местном прогрессировании опухоли присоединяются такие симптомы, как примесь крови в моче и сперме, недержание мочи, эректильная дисфункция, боли в надлобковой области.

При метастазировании опухоли появляются боли в костях и пояснице, отек нижних конечностей, потеря массы тела, анемия.

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

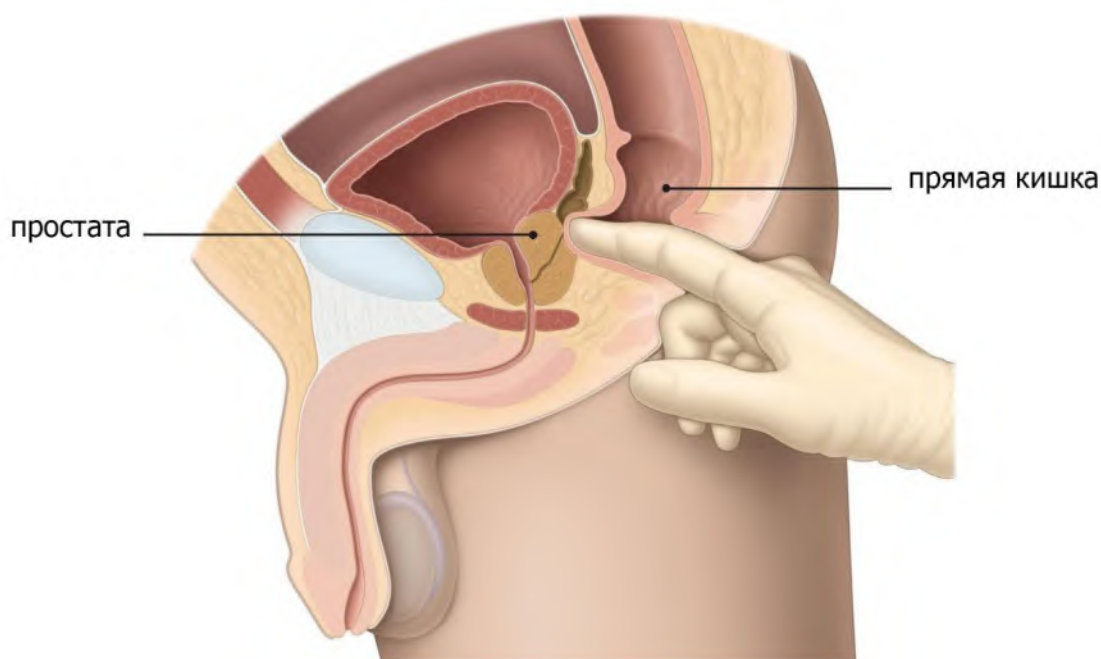


Рис. 13 Пальцевое исследование предстательной железы

Скрининг рака предстательной железы

В рамках I этапа диспансеризации проводится скрининг на выявление рака предстательной железы. Мужчинам в возрасте 45, 50, 55, 60 и 64 лет проводится определение уровня ПСА в крови. ПСА — калликреинподобная сериновая протеаза, секретируемая эпителиальными клетками предстательной железы. Это не опухолеспецифический, а органоспецифический маркёр, поэтому сывороточный уровень ПСА может повышаться не только при РПЖ, но и при доброкачественной гиперплазии предстательной железы и хроническом простатите. Острая задержка мочеиспускания, биопсия предстательной железы, оперативные вмешательства (трансуретральная резекция, аденомэктомия) также приводят к повышению уровня ПСА в течение нескольких недель, что необходимо учитывать при интерпретации данных.

Средним нормальным уровнем ПСА считают 2,5 нг/мл. Кроме того, следует учитывать возрастные нормы уровня маркёра: в возрасте 40–49 лет — 0–2,5 нг/мл, 50–59 лет — 0–3,5 нг/мл, 60–69 лет — 0–4,5 нг/мл, 70–79 лет — 0–6,5 нг/мл. При показателе ПСА 2,5–10,0 нг/мл у большинства пациентов (75%) диагностируют ДГПЖ, при уровне ПСА выше 10 нг/мл наиболее вероятен РПЖ.

При уровне ПСА 4 нг/мл и выше пациента необходимо направить к урологу. После исключения воспалительного процесса пациенту необходимо выполнить биопсию.

3. РОЛЬ СМОТРОВЫХ КАБИНЕТОВ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ.

Целью работы смотрового кабинета поликлиники и ФАП является выявление предраковых заболеваний и злокачественных новообразований визуальных локализаций и направление больных с подозрением на злокачественное образование и с предраковыми заболеваниями в первичный онкологический кабинет медицинской организации.

Осмотр в смотровом кабинете проводит специально подготовленная по диагностике ЗНО медицинская сестра (акушерка), фельдшер или врач. Необходимым условием допуска к работе в смотровом кабинете является их подготовка (повышение квалификации в объеме не менее 144 часов) на базе учреждения, имеющего лицензию на образовательную деятельность, где они проходят обучение основным диагностическим навыкам и методам выявления предопухолевых заболеваний и ЗНО наружных локализаций. Такая подготовка и тесная связь в повседневной работе медицинских работников смотровых кабинетов и онкологов повышает эффективность этой формы профилактических обследований. Методическое руководство работой кабинета осуществляет районный онколог, а при отсутствии такового – руководитель структурного подразделения МО.

3.1. ОРГАНИЗАЦИЯ И РЕЖИМ РАБОТЫ СМОТРОВОГО КАБИНЕТА.

Профилактическое обследование в смотровом кабинете должно носить массовый поточный характер. Для обеспечения массового охвата населения обследованием смотровой кабинет должен работать на протяжении полного рабочего дня поликлиники, т.е. в две смены. С этой целью в штатном расписании поликлиники следует предусмотреть две ставки специалиста, работающего в смотровом кабинете.

Нагрузка смотрового кабинета с учетом требований к качеству осмотра, при котором подвергаются обследованию все органы, доступные осмотру и пальпации, составляет для женского кабинета 4 человека в час, для мужского – 5 человек в час.

Посещаемость смотрового кабинета обеспечивается:

- наличием в поликлинике информации о необходимости профилактического обследования в смотровом кабинете, для чего рядом с регистратурой, в зале самозаписи, в отделении профилактики и холлах должны быть вывешены объявления о необходимости обследования в смотровом кабинете, месте его размещения и часах работы;
- направление посетителей поликлиники (женщин с 18 лет и мужчин с 30 лет, обратившихся впервые в течение года в амбулаторно-поликлиническое учреждение) в смотровой кабинет должно быть обязательным и осуществляться работниками регистратуры, участковыми врачами и специалистами различных профилей.

Руководство поликлиники должно занимать активную позицию по оптимизации организации работы смотрового кабинета, путем наглядной агитации формировать у посетителей мотивацию для проведения профилактического осмотра.

Для активного привлечения посетителей в смотровой кабинет нужно проводить разъяснительную работу. Для этого участковые, семейные врачи и специалисты различного профиля на приеме должны объяснять важность профилактического обследования в смотровом кабинете ввиду бессимптомного течения начальных форм злокачественных опухолей и предопухолевых заболеваний, лечение которых предотвращает развитие рака. Важная роль в разъяснительной работе о важности профилактических обследований принадлежит работникам отделения профилактики амбулаторно-профилактических учреждений.

Оптимальным представляется организация в поликлинике отдельно мужского и женского смотровых кабинетов. При отсутствии такой возможности целесообразно организовать работу смотрового кабинета таким образом, чтобы прием женского и мужского населения осуществлялся посменно с ежедневным чередованием часов приема.

3.2. АЛГОРИТМ ПРОВЕДЕНИЯ ОСМОТРА ПАЦИЕНТОВ, ПОСЕЩАЮЩИХ СМОТРОВОЙ КАБИНЕТ.

В смотровых кабинетах подлежат обследованию в обязательном порядке кожные покровы, органы ротовой полости, периферические лимфатические узлы, щитовидная железа, молочные железы, половые органы, прямая кишка.

Прежде чем начать осмотр пациента, медицинский работник проводит краткий доврачебный опрос. При проведении опроса рекомендуется пользоваться опросными листами, предложенными в настоящем пособии по каждой локализации.

В задачу медицинского работника смотрового кабинета не входит установление точного диагноза. Он должен только заподозрить патологию и направить пациента к соответствующему врачу-специалисту на углубленное обследование. При подозрении на злокачественное новообразование заполняется форма сигнального извещения смотрового кабинета (Приложение 2 настоящих методических рекомендаций), которая направляется в первичный онкологический кабинет. Медицинский работник смотрового кабинета направляет пациента с той или иной патологией на дополнительное обследование к терапевту, узкому специалисту по месту жительства или прикрепления, или специалисту, ответственному за данный раздел работы.

3.3. УЧЕТНАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ СМОТРОВОГО КАБИНЕТА

Результаты осмотра фиксируются в журнале ежедневного осмотра и в электронной базе смотрового кабинета при ее наличии. Заполняются следующие графы: порядковый номер в день приема, фамилия, имя, отчество обследуемого, возраст, адрес. В последующих графах отмечают результаты осмотра всех локализаций, подлежащих обследованию в смотровом кабинете: кожи, полости рта, лимфатических узлов, живота, щитовидной железы, молочных желез, половых органов, прямой кишки. Отдельные графы выделяются для отметки о взятии материала на цитологическое исследование, предварительного диагноза смотрового кабинета и заключительного диагноза.

Пациентам, прошедшим обследование в смотровом кабинете, при отсутствии патологии выдают талон с указанием даты осмотра, который предъявляется врачу или в регистратуру для вклеивания в амбулаторную карту. При этом на титульном листе амбулаторной карты в регистратуре ставится штамп с указанием даты осмотра в смотровом кабинете. При обнаружении патологии талон маркируется красным цветом.

Удобной формой регистрации результатов профилактических осмотров является использование картотеки /электронной базы. Принципиально важное значение картотеки в регистрации результатов осмотра состоит в том, что она позволяет наглядно контролировать число обследуемых, прошедших осмотр из общего количества подлежащих осмотру; активно вызывать закрепленное население на профилактические обследования и при этом регулировать поток посещаемости смотрового кабинета; контролировать и сравнивать по картам результаты ежегодных профилактических обследований для выявления визуальных локализаций рака.

Списки для картотеки составляются участковыми медицинскими сестрами, участковыми врачами. Карточки хранятся в смотровом кабинете в специальных ящиках, разложенные по участкам в алфавитном порядке. Проверку списочного состава и пополнение карточек на лиц, подлежащих профилактическому осмотру, следует проводить ежегодно.

Карточки разделяют на две основные группы:

- карточки лиц, не прошедших осмотра в текущем году;
- прошедших обследование в текущем году.

Карточки прошедших обследование также целесообразно разделить на две группы:

- карточки тех, у кого патология не выявлена
- карточки тех, у кого выявлена патология

В последней группе выделяются карточки со сверенным «уточненным» диагнозом. При выявлении рака они маркируются красным цветом, эти больные подлежат наблюдению у районного онколога. Уточнение диагнозов

и сверка выявленной патологии проводится 1 раз в месяц. Уточненный диагноз заносится в карточку.

Списки пациентов с выявленной патологией передаются старшей сестре поликлиники, женской консультации для передачи профильным специалистам. Список является документом, обеспечивающим преемственность работы медицинского работника смотрового кабинета и врачами, осуществляющими дообследование и лечение пациентов, нуждающихся в этом. Для своевременного вызова больного в медицинскую организацию эти списки необходимо передавать не реже 1 раза в месяц (в последних числах текущего месяца или в первых числах следующего). Несоблюдение этих сроков затрудняет работу учреждений, проводящих дообследование, и значительно снижает результативность работы смотрового кабинета. Не позже, чем через 1 месяц, при сдаче очередного нового списка медицинский работник смотрового кабинета должен получить предыдущий с указанием заключительных диагнозов.

Медицинские организации, получившие списки больных из закрепленных за ними смотровых кабинетов, должны в 10-дневный срок пригласить указанных в списке пациентов к дополнительному обследованию и санации. К концу месяца в список должны быть внесены дата обращения пациента для дополнительного обследования и уточненный диагноз. Активное привлечение на дообследование, внесение уточненных диагнозов в списки смотрового кабинета, находящиеся у старшей сестры ЛПУ, являются обязанностью медицинских сестер, работающих в кабинете профильного врача-специалиста. Врач должен со всей тщательностью отнестись к осмотру пациента, при показаниях обеспечить ему необходимое обследование; при отсутствии патологии успокоить пациента, не подрывая при этом авторитета медицинского работника смотрового кабинета, подчеркнуть необходимость профилактических осмотров в дальнейшем, отметить в амбулаторной карте, что пациент направлен из смотрового кабинета.

На основании заключительных врачебных диагнозов и собственной документации медицинский работник подводит итоги проведенной работы с указанием числа и возраста обследованных (первичных и повторных), числа проведенных цитологических исследований. Число больных с различными патологическими состояниями, выявленными при профилактическом обследовании в смотровом кабинете, указывают только по уточненным диагнозам. Также указывается число больных с выявленной патологией, оставшихся без врачебного дополнительного обследования. Проверяется обращение направленных из смотрового кабинета пациентов к специалистам по спискам, представляемым в медицинскую организацию.

Ежеквартально медицинский работник смотрового кабинета составляет отчет по всем показателям для руководства поликлиники и районного онколога. Образец отчета в Приложении 3. Оценка работы смотрового

кабинета проводится совместно руководством поликлиники и онкологом района. Показатели оценки работы смотрового кабинета представляются отдельно для женского и мужского кабинета в соответствии с Приложением 4 к настоящим Методическим рекомендациям.

Показателем квалификации медицинского работника смотрового кабинета может служить процент подтвержденных или измененных диагнозов. При большом количестве необоснованных направлений пациентов на дообследование, или пропусках в диагностике злокачественных новообразований руководство медицинской организации должно ставить вопрос о повышении квалификации специалиста.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Учитывая низкие показатели ранней диагностики ЗНО в Иркутской области, в рамках регионального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» запланировано усовершенствование скрининговых программ, направленных на выявление предопухолевых заболеваний шейки матки, рака молочной железы, предстательной железы, легкого, ободочной кишки и желудка. Для обеспечения должного охвата населения скринингами в первую очередь необходимо эффективно использовать диспансеризацию и профилактические осмотры. Материал, изложенный в методических рекомендациях, поможет структурировать работу медицинских организаций по активному выявлению злокачественных новообразований.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Скрининг злокачественных опухолей: современное состояние и перспективы. Давыдов М.И., Заридзе Д.Г. Вестник Московского онкологического общества. 2014. № 3 (606). С. 2-6.
2. Состояние онкологической помощи населению России в 2020 году. Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, А.О. Шахзадовой. – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2021. – илл. – 239 с. ISBN 978-5-85502-262-9
3. Шейка матки. Под ред. Н.И. Кондрикова. Практическая медицина. Москва. 2009.
4. Профилактика рака шейки матки. Под ред. Г.Т. Сухих, В.Н. Прилепской; МЕДпресс-информ, 2012
5. The International Academy of Cytology Yokohama System for Reporting Breast Fine Needle Aspiration Biopsy Cytopathology. Andrew S. Field, Wendy A. Raymond, Mary Rickard, Lauren Arnold, Elena F. Brachtel, Benjaporn Chaiwun, Lan Chen, Luigi Di Bonito, Daniel F.I. Kurtycz, Andrew H.S. Lee, Elgene Lim, Britt-Marie Ljung, Pamela Michelow, Robert Y. Osamura, Maurizio Pinamonti, Torill Sauer, Davendra Segara, Gary Tse, Philippe Vielh, Phek Y. Chong, Fernando Schmitt. Acta Cytologica 2019; 63: 257-273. DOI:10.1159/000499509
6. Do we need biopsy for all palpable masses with BIRADS4 assessment score? A tertiary cancer center experience. Mohapatra S.K., Nayak R.B. Russian Electronic Journal of Radiology. 2020. Т. 10. № 2. С. 93-101.
7. The Bethesda system for reporting cervical cytology. Ritu Nayar, David. C. Wilbur. Springer. 2015.

НАПРАВЛЕНИЕ

на цитологическое исследование и результат исследования материала, полученного
при профилактическом гинекологическом осмотре, скрининге

ПЕРВИЧНОЕ или ПОВТОРНОЕ

1. Ф.И.О. (полностью)

2. дата рождения

3. страховая компания

№ страхового полиса _____ серия _____

4. адрес пациента: населенный пункт

район _____ улица _____ дом _____

корп _____ кв _____

5. диагноз (при направлении на цитологическое исследование)

6. код диагноза по МКБ-10

7. дата последней менструации _____ менопауза _____ лет

8. проводимое лечение

9. соскоб получен (нужное подчеркнуть) влагалище, экзоцервикс, эндоцервикс

Дата взятия биологического материала _____

Ф.И.О. (врача, акушерки), направляющих материал

Подпись _____

Наименование цитологической лаборатории, телефон

Результат цитологического исследования №

Дата поступления материала

Качество материала: адекватный, недостаточно адекватный, неадекватный (нужное подчеркнуть)

1. Цитограмма (нужное отметить)

1.1. Без особенностей (для репродуктивного возраста) (дать описание)

1.2. С возрастными изменениями слизистой оболочки:

- атрофический тип мазка;

- эстрогенный тип мазка

2. Цитограмма (дать описание)

соответствует (нужное отметить)

2.1. Прилиферации (гиперплазии) железистого эпителия

2.2. Гиперкератозу плоского эпителия;

2.3. Воспалительному процессу слизистой оболочки (вагинит, экзоцервицит, эндоцервицит)

уточнить степень выраженности _____ этиологический фактор _____

2.4. Бактериальному вагиниту

2.5. Атрофическому кольпиту

2.6. Не резко выраженным изменениям клеток плоского эпителия (LSIL):

- легкой дисплазии CIN I;

- изменениям, характерным для папилломавирусной инфекции.

2.7. Выраженным изменениям клеток плоского эпителия (HSIL)(уточнить):

- умеренной дисплазии CIN II;

- тяжелой дисплазии CIN III/cr in situ.

2.8. Раку (уточнить форму)

3. Другие типы цитологических заключений:

4. Дополнительные уточнения:

Дата проведения исследования _____

Ф.И.О. врача (мед. технолога), проводившего исследование _____

Подпись _____

Сигнальное извещение смотрового кабинета при подозрении на
злокачественное новообразование

Медицинская организация _____
(наименование, адрес)

Ф.И.О. _____

Возраст _____

Адрес пациента _____

Диагноз направления _____

Подпись врача (фельдшера, акушерки) _____

Дата « ____ » _____ 20 __ г

ОТЧЕТ

о работе мужского смотрового кабинета за ____ квартал 20__ года

Численность мужского населения старше 18 лет, закреплённого за зоной обслуживания	Количество мужчин старше 30 лет	Количество мужчин, впервые обратившихся в поликлинику в текущем году	Из них	
			Осмотрено в смотровом кабинете всего	Обследовано цитологическим методом

Число выявленных заболеваний

Видимые локализации	Число выявленных больных		
	Хронические заболевания	Предопухолевые заболевания	Злокачественные новообразования
Кожные покровы			
Видимые слизистые оболочки полости рта			
Грудная железа			
Щитовидная железа			
Живот			
Периферические лимфатические узлы			
Наружные половые органы			
Предстательная железа			
Прямая кишка			
Всего			

Список больных с выявленными злокачественными новообразованиями

п/п	ФИО	Возраст	Место проживания	Диагноз

Зав. поликлиническим отделением
.....

Медработник смотрового кабинета
.....

Подпись.....
Дата «__» _____ г.

Подпись.....
Дата «__» _____ г.

ОТЧЕТ

о работе женского смотрового кабинета за ____ квартал 20 года

Численность женского населения старше 18 лет, закрепленного за зоной обслуживания	Количество женщин старше 30 лет	Количество женщин, впервые обратившихся в поликлинику в текущем году	Из них	
			Осмотрено в смотровом кабинете всего	Обследовано цитологическим методом

Число выявленных заболеваний

Видимые локализации	Число выявленных больных		
	Хронические заболевания	Предопухолевые заболевания	Злокачественные новообразования
Кожные покровы			
Видимые слизистые оболочки полости рта			
Молочная железа			
Щитовидная железа			
Живот			
Периферические лимфатические узлы			
Наружные половые органы			
Шейка матки и влагалище			

Матка и придатки			
Прямая кишка			
Всего			

Список больных с выявленными злокачественными новообразованиями

п/п	ФИО	Возраст	Место проживания	Диагноз

Зав. поликлиническим отделением
.....

Медработник смотрового кабинета
.....

Подпись.....
Дата «__» _____ г.

Подпись.....
Дата «__» _____ г.

Отчёт предоставляется один раз в год в январе месяце после 5-го числа в министерство здравоохранения Иркутской области и в организационно-методический отдел ГБУЗ ООД.

Показатели оценки работы смотрового кабинета (мужского, женского)

1. Посещаемость (число осмотренных пациентов в отчетный период). Выражается количеством осмотренных пациентов за отчетный период и зависит от ежедневной нагрузки смотрового кабинета. Анализируя посещаемость, следует обратить внимание на возрастной состав пациентов, обследованных в смотровом кабинете.

2. Удельный вес лиц, осмотренных в смотровом кабинете (частное от деления числа лиц, осмотренных в смотровом кабинете в текущем периоде на число лиц, впервые обратившихся в поликлинику в текущем периоде $\times 100\%$).

Важным показателем работы смотрового кабинета является выраженное в процентах соотношение количества пациентов, осмотренных медицинским работником смотрового кабинета, к числу пациентов, впервые обратившихся в амбулаторно-поликлиническое учреждение в текущем году. Кроме того, важно определить охват профилактическим обследованием в смотровом кабинете пациентов 30 лет и старше, проживающих в районе обслуживания амбулаторно-поликлинического учреждения.

3. Процент охвата женщин цитологическим исследованием (частное от деления числа женщин, обследованных цитологическим методом на число женщин, осмотренных в смотровом кабинете $\times 100\%$).

Этот показатель в известной степени характеризует качество обследования, так как цитологическое исследование способствует выявлению ранних форм рака шейки матки.

4. Процент лиц, направленных на дообследование (частное от деления число лиц, направленных на дообследование на число лиц, осмотренных в смотровом кабинете $\times 100\%$).

Этот показатель работы важен, как для смотрового кабинета, так и медицинского учреждения, куда пациенты направляются на дообследование, так как этот показатель определяет в конечном итоге результаты работы смотрового кабинета.

5. Процент подтвержденных диагнозов (частное от деления числа подтвержденных диагнозов на число лиц, направленных на дообследование $\times 100\%$).

Это показатель квалификации медицинских работников смотровых кабинетов. При большом количестве необоснованных направлений пациентов на дообследование или пропусках в диагностике злокачественных опухолей следует ставить вопрос о повышении профессиональных знаний медицинского работника.

6. Удельный вес ЗНО в структуре выявленных заболеваний (частное от деления числа выявленных ЗНО различных локализаций на число выявленных заболеваний $\times 100\%$).

7. Удельный вес предопухолевых заболеваний в структуре выявленных заболеваний (частное от деления числа выявленных предопухолевых заболеваний на число выявленных заболеваний $\times 100\%$).

Основным критерием работы смотрового кабинета служит выявление предопухолевых заболеваний и рака. Этот показатель выражается процентом больных предопухолевыми заболеваниями и раком различных локализаций, выявленных в смотровом кабинете за отчетный период, по отношению ко всем пациентам, прошедшим обследование.

8. Удельный вес хронических заболеваний в структуре выявленных заболеваний (частное от деления числа выявленных хронических заболеваний на число выявленных заболеваний $\times 100\%$).

9.* Процент активного выявления ЗНО (частное от деления числа лиц, с выявленными ЗНО в смотровом кабинете на число лиц, с данной локализацией ЗНО впервые взятых на учет у онколога в текущем периоде $\times 100\%$)

* - Сведения брать из отчетной формы N 7 "Сведения о злокачественных новообразованиях", утвержденной Приказом Росстата от 30.12.2015г. № 672).

Подпись _____

Примечание: данная форма заполняется отдельно для мужских и для женских смотровых кабинетов

Опросный лист для активного выявления факторов риска и сигнальных симптомов злокачественного новообразования

Факторы риска и симптомы	Да	Нет	Комментарий
Курение (стаж, количество сигарет в день)			
Злоупотребление алкоголем			
Употребление излишне жирной пищи			
Ожирение			
Малоподвижный образ жизни			
Светлая кожа, голубые глаза, светлые волосы			
Наличие разрушенных зубов, некачественно изготовленных зубных протезов, травмирующих слизистую оболочку			
Случаи заболевания ЗНО у близких родственников			
Интенсивное периодически повторяющееся воздействие солнечного ультрафиолета (солнечные ожоги) в детстве			
Производственные вредности			
Воздействие ионизирующего излучения			
Наследственные синдромы (МЭН, Гарднера, Коудена)			
Хронические воспалительные заболевания кишечника в анамнезе (НЯК, болезнь Крона)			
Полипы кишечника			

Наличие кожных заболеваний			
Сахарный диабет			
Раннее начало половой жизни			
Частая смена половых партнёров			
Аборты			
Раннее начало менструаций			
Поздняя менопауза			
ВПЧ-инфекция			
Симптомы, характерные для рака шейки матки			
Ациклические, контактные кровянистые выделения из половых путей у женщин репродуктивного возраста			
Периодические или постоянные кровянистые выделения у женщин в менопаузе			
Дизурия			
Отёк нижних конечностей			
Боли в нижних отделах живота			
Водянистые бели			
Симптомы, характерные для рака молочной железы			
Втяжение кожи, соска			
Наличие узловых образований в молочных железах, в подмышечных областях			
Отёк кожи молочной железы			
Симптомы, характерные для рака кожи			
Наличие образования на коже и длительность его существования			
Симптомы, характерные для меланомы			

Наличие множественных пигментных образований (более 10)			
Наличие образований в зоне хронической травмы (под ремнем брюк, слизистая полости рта и т. д.)			
Самостоятельное удаление (или прижигание) образований кожи в анамнезе.			
Асимметрия пигментного пятна			
Неровные контуры пигментного пятна			
Разные цветовые оттенки в пределах одного пигментного пятна			
Зуд, жжение в области пигментного пятна			
Симптомы, характерные для рака щитовидной железы			
Наличие узлового образования на боковой или передней поверхности шеи			
Осиплость голоса			
Дисфагия			
Симптомы, характерные для рака прямой кишки			
Кровь, слизь в кале			
Запоры			
Симптомы, характерные для рака легкого			
Сухой надсадный кашель			
Кровохарканье			
Одышка			
Боль в грудной клетке			
Симптомы, характерные для рака желудка			

Боли в эпигастральной области, длительностью 3 недели и более			
Тошнота после приема пищи, длительностью 3 недели и более			
Рвота после приема пищи, более 2 случаев в течение 1 месяца			
Симптомы, характерные для рака ободочной кишки			
Периодически возникающие боли в животе, проходящие самостоятельно без явной причины			
Боли после опорожнения кишечника, чувство давления и распираания в прямой кишке			
Резкое снижение веса без явной причины (более 10 кг за 3 месяца)			
Лентовидный кал			
Симптомы, характерные для рака предстательной железы			
Ослабленная и прерывистая струя мочи			
Учащенное мочеиспускание			
Ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря			