



МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ СМОТРОВЫХ КАБИНЕТОВ С ЦЕЛЬЮ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ВИЗУАЛЬНО ОБОЗРИМЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ

Методические рекомендации предназначены для организаторов здравоохранения, руководителей медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, заведующих поликлиниками, врачей-онкологов, фельдшеров, акушерок.

В них изложены основные организационные принципы работы смотровых кабинетов, методики опроса и обследования, которое осуществляется медицинскими работниками. Рассмотрены признаки и предрасполагающие факторы предраковых заболеваний, а также изложены рекомендации по профилактике развития злокачественных новообразований.

Нормативно-правовое обеспечение работы смотрового кабинета

- Приказ Минздравсоцразвития РФ от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (ред. от 21.02.2020г.).
- Приказ Минздравсоцразвития РФ от 01.12.2005 №753 «Об оснащении диагностическим оборудованием амбулаторно-поликлинических и стационарно-поликлинических учреждений муниципальных образований».
- Приказ министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.04.1999 №135 «О совершенствовании системы Государственного ракового регистра».
- Приказ МЗ РФ от 19.02.2021 № 116н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю при онкологических заболеваниях».
- Приказ Минздравсоцразвития РФ от 15.03.2006 №154 «О мерах по совершенствованию медицинской помощи при заболеваниях молочной железы».
- Приказ МЗ КК от 30.12.2021 № 7795 «Об организации медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях и маршрутизации взрослых пациентов со злокачественными новообразованиями в Краснодарском крае».
- Приказ МЗ РФ от 20.10.2020 г. №1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология»».
- Клинические рекомендации МЗ РФ «Цервикальная интраэпителиальная неоплазия, эрозия и эктропион шейки матки. МКБ10: N 86, N 87. – М., 2020».
- Письмо Минздравсоцразвития РФ от 17.08.2011 № 14-3/10/2-8051 «Об организационно-методической помощи и поддержке онкологической службы Российской Федерации».
- Методические рекомендации «Алгоритмы выявления онкологических заболеваний у населения Российской Федерации (методические рекомендации для организаторов здравоохранения, врачей первичного звена, врачей специалистов)» (Москва, 2010), утвержденные заместителем министра здравоохранения и социального развития РФ В.И. Скворцовой.
- Методические рекомендации «Роль и задачи смотрового кабинета поликлиники как этап в организации профилактических мероприятий, направленных на совершенствование онкологической помощи населению (методические рекомендации)». (Москва, ФГУ "МНИОИ им. П.А.Герцена" Минздравсоцразвития России, 2010), утвержденные главным внештатным специалистом-онкологом Минздравсоцразвития РФ, академиком РАМН В.И. Чиссовым (далее - Методические рекомендации).
- Методические рекомендации по профилактике рака молочной железы, разработанные ФГБУ «Национальным медицинским центром акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» министерства здравоохранения РФ, Институтом онкогинекологии и маммологии, утвержденные министерством здравоохранения Российской Федерации (Москва, 2018г.).
- Информационное письмо ГВС онколога МЗ КК от 02.02.2021 №221 «О правилах забора цитологического материала с шейки матки при проведении проф. осмотров».

Организация работы смотрового кабинета

В соответствии с приказом Минздравсоцразвития РФ от 15 мая 2012 года №543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (ред. от 21.02.2020г.) в структуре поликлиники должен быть предусмотрен смотровой кабинет.

В соответствии с Методическими рекомендациями «Роль и задачи смотрового кабинета поликлиники как этап в организации профилактических мероприятий, направленных на совершенствование онкологической помощи населению (методические рекомендации)». (Москва, 2010), утвержденными главным внештатным специалистом-онкологом Минздравсоцразвития РФ, академиком РАМН В.И. Чиссовым, оптимально организовать женский и мужской смотровые кабинеты. Если нет такой возможности, прием женского и мужского населения целесообразно вести посменно с ежедневным чередованием часов приема.

Основной **целью работы** смотровых кабинетов является раннее выявление злокачественных опухолей и предопухолевых заболеваний визуально обозримых локализаций.

К **визуально доступным локализациям** в соответствии с приказом Минздрава России от 19.04.1999 № 135 «О совершенствовании системы Государственного ракового регистра» относятся: опухоли губы (C00), основания языка (C01), других и неуточненных отделов языка (C02), десны (C03), дна полости рта (C04), неба (C05), других и неуточненных частей рта (C06), околоушной слюнной железы (C07), других и неуточненных больших слюнных желез (C08), небной миндалины (C09), ротоглотки (C10), прямой кишки (C20), заднего прохода и анального канала (C21), кожи (C44), молочной железы (C50), вульвы (C51), влагалища (C52), шейки матки (C53), полового члена (C60), яичка (C62), кожи мошонки (C63.2), глаза (C69), щитовидной железы (C73), меланомы кожи (C43).

Соответственно медицинским работником смотрового кабинета должны быть осмотрены:

- наружные половые органы, у женщин – также шейка матки,
- молочная железа,
- щитовидная железа,
- прямая кишка,
- губы, органы полости рта,
- кожные покровы,
- периферические лимфатические узлы.

Эти органы доступны осмотру и пальпации, а также могут быть обследованы с помощью цитологического метода. Также рекомендуется осмотреть полость носа и уха, провести пальпацию живота.

Клинические наблюдения свидетельствуют, что возникновению злокачественных опухолей, как правило, предшествуют длительно протекающие хронические процессы, сопровождающиеся гиперпластическими и неопластическими изменениями тканей. Диагностика предопухолевых заболеваний и ранних форм злокачественных опухолей базируется на правильно

собранном анамнезе жизни, тщательном анализе предъявляемых жалоб, вредных привычек, особенностей производственной деятельности в настоящем и прошлом.

Основными задачами мужского и женского смотрового кабинета являются:

- доврачебный опрос;
- проведение профилактического осмотра пациентов: всех женщин с 18 лет и мужчин с 30 лет, обратившихся впервые в течение года в амбулаторно-поликлиническое учреждение; в женском смотровом кабинете также - взятие и направление мазков с шейки матки и цервикального канала на цитологическое исследование;
- направление лиц с подозрением и выявленной патологией к профильному специалисту для уточнения диагноза и организации лечения;
- учет и регистрация проводимых профилактических осмотров и результатов цитологических исследований по установленным формам первичной медицинской документации;
- формирование отчетов и анализ работы смотрового кабинета,
- проведение санитарно-просветительной работы среди граждан, посещающих поликлинику.

Организация посещаемости смотрового кабинета

Эффективность работы смотрового кабинета может быть обеспечена только при массовом поточном направлении пациентов.

Для обеспечения максимально полного охвата населения профилактическим обследованием **смотровой кабинет должен работать в течение полного рабочего дня поликлиники, т.е. в две смены.**

В соответствии с Методическими рекомендациями **нагрузка смотрового кабинета с учетом требований к качеству осмотра, при котором подвергаются обследованию все органы визуально обозримых локализаций, составляет для женского кабинета 4 человека в час, для мужского – 5.**

Посещаемость смотрового кабинета обеспечивается:

- **наличием в поликлинике информации** о необходимости профилактического обследования в смотровом кабинете, для чего рядом с регистратурой, а также в холлах должны быть вывешены объявления о необходимости обследования в смотровом кабинете, месте его размещения и часах работы;

- **обязательным направлением** работниками регистратуры, участковыми врачами и специалистами различных профилей посетителей поликлиники - женщин с 18 лет и мужчин с 30 лет, обратившихся впервые в течение года в амбулаторно-поликлиническое учреждение, - в смотровой кабинет;

- **разъяснительной работой участковыми (семейными, общей практики) врачами** и специалистами различного профиля на приеме о важности профилактического обследования в смотровом кабинете ввиду бессимптомного течения начальных форм злокачественных опухолей и предопухолевых заболеваний, лечение которых предотвращает развитие рака;

- **разъяснительной работой работниками кабинетов и отделений медицинской профилактики** амбулаторно-поликлинических учреждений во время проведения акций и мероприятий по пропаганде здорового образа жизни и профилактике хронических неинфекционных заболеваний, при проведении диспансеризации взрослого населения, в том числе с использованием наглядной агитации;

- **активной позицией руководства** медицинской организации;

- **активным привлечением** (путем рассылки приглашений, смс-сообщений или по телефону) к обследованию лиц старших возрастных групп из числа неорганизованного контингента, длительно не посещавших поликлинику.

Не подлежат направлению в смотровой кабинет пациенты с острыми процессами, резкими болями, высокой температурой, с заболеваниями, требующими неотложной помощи. Такие больные должны пройти обследование в смотровом кабинете после стихания острых явлений.

Кадровое обеспечение смотрового кабинета

В смотровом кабинете должны работать специально подготовленные по диагностике злокачественных новообразований медицинские работники: медицинская сестра (акушерка для женского смотрового кабинета), фельдшер или врач. Рекомендуется для повышения онкологической настороженности и отработки практических навыков направить медицинскую сестру (акушерку), фельдшера на стажировку на рабочее место в территориальный онкологический диспансер.

Руководство и контроль за деятельностью кабинета, работой и уровнем профессиональной подготовки специалистов осуществляет заведующий структурным подразделением, в состав которого входит смотровой кабинет, при его отсутствии – заместитель главного врача по лечебной работе. Методическое руководство работой кабинета осуществляет районный (городской) онколог, а при отсутствии такового – врач-онколог территориального онкологического диспансера. Онколог должен проводить методические занятия со средними медицинскими работниками смотровых кабинетов с обсуждением диагностики, обследования, результатов и недостатков работы.

Материальное обеспечение смотрового кабинета

Смотровой кабинет должен располагаться на первом этаже поликлиники недалеко от регистратуры. Кабинет должен быть светлым, теплым, удобным, площадью не менее 10-12 квадратных метров. При размещении кабинета на первом этаже окна (или часть окна) целесообразно завесить светонепроницаемыми жалюзи или занавесками. В кабинете необходимо выделить специальное место для раздевания посетителей.

Рекомендуемый табель оснащения смотрового кабинета включает:

1) Оборудование:

- персональный компьютер;
- гинекологическое кресло;
- кушетка для осмотра в положении лежа;
- осветитель на шарнирах;

- хирургический столик для инструментария;
- сушильный шкаф для стерилизации инструмента (при отсутствии централизованной стерилизационной);
- ширма для выделения места подготовки пациента к осмотру;
- письменный стол;
- шкаф и тумбочка для хранения документов, инвентаря и медикаментов;
- 3–4 стула;
- педальное ведро для мусора;
- ящики картотеки;
- фонарик либо лампа для дополнительного освещения;

2) Инструментарий:

- деревянные одноразовые шпатели для осмотра полости рта;
- одноразовые цервикс-щеточки;
- ложкообразные зеркала Симса;
- подъемники гинекологические к зеркалам;
- ложка Фолькмана;
- корнцанги;
- несколько разных пинцетов;
- контейнеры для хранения и транспортировки цитологических препаратов — по числу препаратов;
- резиновые хирургические перчатки;
- воощеная бумага или одноразовые пленки из нетканого материала;
- вата;
- марлевые салфетки, используемые при осмотре языка и анальной области;
- вазелин для пальцевого исследования прямой кишки (2,0 кг на 1 тыс. осмотренных);
- тальк для перчаток;
- хозяйственное и туалетное мыло;
- дезинфицирующие растворы;
- 2 дозатора для кожных антисептиков и жидкого мыла;
- не менее 3-х биксов средних размеров для хранения ваты, марлевых салфеток, перчаток;
- 1–2 обливных кювета для размещения стерильных шпателей, салфеток или 2 почкообразных лотка;
- одноразовые бахилы для посетителей.
- емкости на подставках для замачивания в моющем растворе использованных инструментов и перчаток;
- емкости для хранения дезрастворов;

3) Белье:

- простыни для кушетки и гинекологического кресла;
- салфетки на столик с инструментами и тумбочку;
- полотенце для вытирания рук;

4) Набор для оказания первой помощи;

5) Наглядные пособия и информационные материалы по профилактике и раннему выявлению онкологических заболеваний.

Методика опроса в смотровом кабинете

Диагностика предопухолевых заболеваний и ранних форм злокачественных новообразований (далее – ЗНО) базируется на правильно собранном анамнезе, тщательном анализе предъявляемых жалоб, вредных привычек, особенностей производственной деятельности в настоящем и прошлом.

Прежде чем начать осмотр медицинский работник проводит **краткий опрос**, обращая **внимание на появление** следующих **симптомов**:

- немотивированная слабость, утомляемость,
- стойкое снижение аппетита, отвращение к пище,
- беспричинная прогрессирующая потеря веса,
- увеличение лимфатических узлов, наличие припухлостей,
- наличие длительно незаживающих, нередко болезненных ранок, язв на губе, в полости рта и глотки (может свидетельствовать о ЗНО данной локализации),
- ощущение инородного тела, боль при глотании, затруднение жевания или глотания, затруднение движения челюстью или языком, онемение языка (может быть признаком ЗНО органов полости рта и глотки, гортани),
- кашель, постоянное желание откашляться, охриплость или изменение тембра голоса в течение 2 и более недель, затрудненное дыхание, непроходящая боль в ухе (может признаком ЗНО гортани),
- ощущение переполнения и тяжести в желудке после еды, боли после приема пищи, отрыжка, рвота, приносящая облегчение, желудочные кровотечения (могут быть признаком ЗНО желудка),
- ощущение прохождения пищи по пищеводу, затруднения при глотании, боль за грудиной (встречаются при раке пищевода),
- длительный кашель, сухой или с мокротой, кровохарканье, изменение характера кашля у курильщиков, одышка, боль в грудной клетке (встречаются при раке трахеи, бронхов, легкого),
- вздутие живота, запоры, сменяемые поносами, схваткообразные боли в животе, чувство инородного тела в заднем проходе, выделение слизи и крови, чувство неполного опорожнения прямой кишки при акте дефекации, частые, ложные позывы на стул (могут быть признаком колоректального рака),
- изменения формы молочной железы, её кожи и соска, выделения из соска, уплотнения (могут быть признаком рака молочной железы),
- безболезненные уплотнения или длительно незаживающие язвы на коже, разрастания в виде бородавок (возможные проявления рака кожи),
- изменение цвета давно существующей родинки, появление зуда, покалывания в области родинки, увеличение, уплотнение или кровоточивость родимого пятна (возможные проявления меланомы),
- контактные кровотечения – кровотечения, не связанные с менструацией, после полового акта, гинекологического обследования, гнойные выделения из половых путей, боли внизу живота, маточные кровотечения (могут быть признаком рака матки)
- увеличение живота может быть признаком асцита при злокачественных новообразованиях различной локализации,
- учащенное малыми порциями мочеиспускание, частые ночные мочеиспускания, вялая струя мочи, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря, неприятные

ощущения, появление крови в моче (гематурия), задержка мочеиспускания могут быть признаком рака предстательной железы,

- уплотнение (опухолевое образование), боль в области шеи, иногда распространяющаяся на область уха, охриплость голоса, нарушение глотания, затрудненное дыхание, кашель, не связанный с инфекционным заболеванием (возможные признаки рака щитовидной железы),
- повышение температуры тела, упорный кожный зуд, обильный пот, особенно по ночам (могут быть признаком лимфогрануломатоза).

При сборе анамнеза важно уточнить сроки появления вышеуказанных симптомов, наличие в анамнезе факторов риска развития онкозаболеваний. Целесообразно результаты опроса занести в медицинскую карту амбулаторного больного.

Методика обследования в смотровом кабинете. Предраковые заболевания визуально обозримых локализаций.

Для осмотра больная (ой) должен (а) полностью раздеться. Медицинский работник обязан провести осмотр видимых локализаций на выявление предраковых заболеваний и злокачественных новообразований.

Осмотр губ, полости рта, глотки, носа

Вначале осматривают губы, затем с применением дополнительного освещения (фонарик, лампа) обследуют ротовую полость. С помощью шпателя осматривают слизистую губ, щек, десен, языка. Для осмотра языка кончик его берут марлевой салфеткой и подтягивают наружу.

С учетом доступности для осмотра данная патология является одной из немногих, выявляемых в большинстве случаев на ранних стадиях.

Объем исследования: осмотр, пальпация. При осмотре губ обращают внимание на наличие факторов риска: длительное воздействие неблагоприятных метеорологических факторов (солнечная радиация, ветер), вредные привычки: курение, алкоголь, жевание различных смесей, хроническое травмирование зубами, наличие вирусных инфекции (герпес), воспалительные и грибковые заболевания красной каймы губ. **Облигатные предраки:** кожный рог, бородавчатый предрак, ограниченный гиперкератоз, абразивный хейлит Манганоти, кератоакантома.

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

Предрасполагающими факторами являются:

Ограниченный гиперкератоз. При кератозе нарушается нормальное физиологическое ороговение, развивается дегенеративно-пролиферативный процесс. Происходит частичная дискомплексация клеток в Мальпигиевом слое, увеличивается их объем, учащаются митозы. Очаговый гиперкератоз проявляется в виде продуктивной и деструктивной форм. Продуктивная форма кератоза характеризуется избыточным ороговением, когда в одних случаях формируются участки лейкоплакии с плоскими выступами на красной кайме, в других – участки гиперкератоза с шиповидными роговыми выступами. Из них иногда развивается

шероховатый выступ, напоминающий **кожный рог**.

Участки роговых разрастаний при очаговом гиперкератозе прикрывают эпителиальные клетки, растущие в глубину. Деструктивные формы очагового гиперкератоза (**эритроплакии**) характеризуются появлением на красной кайме ограниченных эрозий, трещин и язв. Параллельно с деструктивными происходят и пролиферативные процессы: по краям дефекта погружаются в подлежащие ткани вновь образованные эпителиальные выросты.

Папиллома – опухоль, состоящая из разросшихся сосочков соединительной ткани, которые как перчатка покрывают гиперпластический эпителий с явлениями гипер- и паракератоза. Обычно это одиночная опухоль, имеет тонкую ножку, реже – широкое основание, размеры различны: от 1-2 мм до 2 см в диаметре.

Папилломы бывают мягкие и твердые, имеют цвет слизистой оболочки, но при ороговении приобретают белесоватый оттенок. Уплотнение ножки папилломы, а также тканей в ее основании, появление болезненности, усиление процессов ороговения являются признаками озлокачествления. Окончательный диагноз возможен только после гистологического исследования.

Кератоакантома – опухоль, чаще возникающая у жителей сельской местности, 80% заболевших составляют мужчины в возрасте 40-50 лет. В 97% случаев опухолью поражается нижняя губа. Опухоль обычно округлой формы, плотноэластической консистенции, выступает над поверхностью губы в виде полушара с кратерообразным западением в центре, которое заполнено роговыми массами. При снятии роговых масс образуется язва с сухим ворсинчатым дном. Язва никогда не кровоточит и не имеет отделяемого.

Особенностью клинического течения кератоакантомы является стабилизация процесса и иногда наступающая спонтанная инволюция опухоли. Уплотнение, исчезновение ороговения, изъязвление поверхности, выворот валикообразного края, инфильтрация окружающих тканей признаками озлокачествления кератоакантомы. Окончательный диагноз возможен только после гистологического исследования.

Злокачественная опухоль нижней губы в начале своего развития представляет собой шероховатую бляшку, слегка возвышающуюся над окружающими тканями, медленно увеличивающуюся в размерах. Со временем бляшка утолщается и превращается в плотное дисковидное уплотнение. При насильственном удалении поверхностных роговых масс обнажается розово-красная, слегка кровоточащая сосочкового вида поверхность глубоких слоев эпителия. Окружающий инфильтрат уплотняется, края его утолщаются, образуя валик по периферии, утрачивается четкость контуров.

Выделяют: экзофитную (папиллярную), язвенную, язвенно-инфильтративную формы рака. Окончательный диагноз устанавливается на основании цитологического исследования отпечатков или соскоба с поверхности опухоли, а также при биопсии участка поражения.

Справочно: Ежегодно в Краснодарском крае впервые в жизни выявляется более 80 больных раком губы. Выявляемость заболевания на ранних стадиях опухолевого процесса (I – II) составляет -78,3%, показатель запущенности (III - IV стадия) – 21,7%

При осмотре полости рта и глотки обращают внимание на следующие факторы риска: курение, алкоголь, многократное травмирование слизистой оболочки полости рта, языка (кариозными зубами, острыми краями корней зубов, протезами и т.п.), жидкие смолы, продукты перегонки нефти у лиц соответствующих профессий.

В 1976 г. группа ученых во главе с И.И.Ермолаевым разработала классификацию предопухолевых процессов слизистой оболочки полости рта:

1. Процессы с высокой частотой озлокачествления (облигатные): болезнь Боуэна.

2. Процессы с малой частотой озлокачествления (факультативные): веррукозная лейкоплакия, папилломатоз, эрозивно-язвенная и гиперкератотическая формы красной волчанки и красного плоского лишая, послелучевой стоматит.

Рак языка в большинстве случаев развивается на фоне длительно существующих предраковых поражений, из которых наиболее распространенным является лейкокератоз (очаговый или диффузный) и хронические язвы. В связи с этим начало развития ракового процесса часто остается незамеченным.

Болезнь Боуэна (дискератоз) некоторые исследователи относят к интраэпителиальному раку. Вначале это высыпание пятнистоузелкового характера до 1 см. Возникает преимущественно в задних отделах полости рта. Поверхность поражения бархатистая, при длительном существовании – легкая атрофия слизистой оболочки полости рта. Очаг поражения кажется как бы запавшим, имеющим в этих случаях застойно-красный цвет с глянцевидной поверхностью. Иногда поверхность очага местами эрозируется.

Лейкоплакия – плоские белесоватые участки слизистой оболочки. При ощупывании эти участки гладкие и мягкие. Плоские лейкоплакии иногда могут не изменяться в течение многих месяцев, не утолщаясь и не изъязвляясь.

Лейкокератоз - разрастания плоского эпителия, поверхностные слои которого имеют склонность к ороговению, а глубокие – к разрастанию полиморфных клеток с митозами. При осмотре эти разрастания обычно выглядят как разной формы и величины белесоватые пятна, несколько возвышающиеся над слизистой оболочкой языка, щеки и мягкого неба. При ощупывании участка лейкокератоза определяются плотноватая консистенция, шероховатая поверхность. Часто на таких участках можно видеть бородавчатые разрастания или трещины и изъязвления, весьма подозрительные на рак.

Лейкоплакия и лейкокератоз слизистой оболочки полости рта клинически могут проявляться в виде диффузной и очаговой формы.

Папилломатоз – сосочковые разрастания соединительной ткани с большим количеством сосудов, снаружи покрытые многослойным плоским эпителием, который в большинстве случаев склонен к ороговению и имеет белесоватую окраску. Часто в папилломах появляются воспаление, изъязвление.

Необходимо еще учитывать хронические язвы и трещины, появляющиеся от пролежней, вызванных плохо подогнанными зубными протезами, от частых повреждений корнями, острыми краями кариозных зубов, многократных прикусываний слизистой оболочки и т.д.

Злокачественные опухоли языка в большинстве случаев развиваются на фоне длительно существующих предраковых поражений. На ранних стадиях

своего развития рак языка представляет собой плотный болезненный инфильтрат с четкими границами, который в ряде случаев может сопровождаться язвенным дефектом с валикообразным выступающим краем.

Предраковые процессы слюнных желез: аденомы слюнных желез, кисты слюнных желез. Чаще бывают доброкачественными (около 60%). Самой распространенной из них является смешанная опухоль (плеоморфная аденома), причем в 85% случаев она развивается в околоушной слюнной железе. Опухоли околоушной и подчелюстной слюнных желез обычно возникают с одной стороны, одинаково часто располагаются справа и слева. Двустороннее расположение наблюдается при аденолимфоме. В околоушной слюнной железе опухолевые узлы чаще располагаются вне лицевого нерва, ближе к наружной поверхности. Опухоль может исходить также из добавочной доли околоушной железы или (очень редко) из околоушного протока. В таких случаях она располагается в толще щеки. Доброкачественные опухоли слюнных желез большие обычно обнаруживают, когда опухоль достигает размеров 1,5-2 см. Кожа над опухолью не изменена и свободно собирается в складку, консистенция чаще плотная, реже тугоэластическая. Лицевой нерв в опухолевый процесс не вовлекается. Ведущим методом диагностики опухолей слюнных желез является цитологический.

Справочно: Ежегодно в Краснодарском крае впервые в жизни выявляется 590 больных злокачественными опухолями органов полости рта и глотки. Выявляемость больных на ранних стадиях опухолевого процесса (I – II) составляет – 29,5%, показатель запущенности (III - IV стадия) – 70,5%.

Обязательным в смотровом кабинете является осмотр полости носа с применением дополнительного освещения. К предраковым заболеваниям полости носа относятся папилломы, аденоматозные полипы.

Различают **папилломы** преддверия и полости носа. Первые имеют серую окраску, ворсинчатую поверхность, плотные, не достигают значительных размеров и не озлокачиваются. Папилломы полости носа могут быть единичными и множественными, чаще локализуются в области нижних носовых раковин или носовой перегородки. Это дольчатые или полиповидные образования мягкой консистенции, серо-белого цвета, по виду напоминают цветную капусту, легко кровоточат. Папилломы носа проявляются затруднением носового дыхания, обильными слизисто-гнойными выделениями, часто с примесью крови. Частое рецидивирование, распространенность поражения и появление костной деструкции свидетельствуют о малигнизации папилломы.

Аденома слизистой оболочки носа встречается редко и локализуется в области носовых раковин, сошника, задних отделов полости носа. Это инкапсулированная опухоль на широком основании, розово-серого цвета, покрыта неизменной слизистой оболочкой. Отличает медленный рост, опухоль достигает не более 2 см в диаметре. Постепенно затрудняется носовое дыхание. Признаки озлокачивания: быстрый рост, прорастание в окружающие ткани, подтверждается гистологически.

Фиброма носа имеет бугристую поверхность, широкое основание, серовато-синюшный цвет, эластическую консистенцию, характеризуется медленным ростом. Ранний симптом опухоли – затруднение носового дыхания. Растущая опухоль может вызвать смещение носовой перегородки и деформацию наружного носа.

Гемангиомы носа (капиллярные и кавернозные) относятся к редким опухолям, локализуются на латеральной стенке. Опухоль отличается быстрым ростом, вызывает частые носовые кровотечения. Гемангиомы склонны к рецидивированию, возможно их озлокачествление.

Кровоточащие **полипы** хрящевого отдела носовой перегородки имеют красный цвет, округлую форму, гладкую поверхность.

К предраковым заболеваниям носоглотки относят папилломы, дискератозы (лейкоплакия, лейкокератоз), фиброма носоглотки.

Затруднение носового дыхания и гнусавость являются первыми и ранними симптомами **фибромы** носоглотки. Опухоль может быстро расти и разрушать окружающие ткани. Появляются носовые кровотечения, сухость в горле. При осмотре определяется опухоль красного цвета, кровоточащая при дотрагивании. Под давлением опухоли носовая перегородка отклоняется в сторону. Осмотр показывает, что носоглотка заполнена новообразованием с гладкой поверхностью, которое нередко спускается в ротоглотку. При ощупывании опухоли определяется ее хрящевая консистенция. **Папилломы** носоглотки наблюдаются преимущественно у пожилых людей. Локализуются обычно на задней поверхности мягкого неба.

При возможности и наличии у медработника соответствующих навыков в смотровом кабинете может быть осуществлено взятие материала на цитологическое исследование, что повышает качество выявления в смотровом кабинете.

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.

Осмотр кожных покровов и мягких тканей

Объем исследования: осмотр, пальпация. Медицинский работник осматривает кожу лица, головы, шеи, туловища и конечностей с целью выявления пигментных бородавочных и узелковых образований, изъязвлений. Следует обращать внимание на наличие длительно существующих гиперемированных 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 бородавочные образования. Наиболее частой локализацией предрака и рака является кожа лица.

Такие доброкачественные новообразования кожи как пограничный пигментный невус, голубой невус, кожный рог, пигментная ксеродерма, дискератоз Боуэна должны быть осмотрены онкологом в онкологическом диспансере.

Справочно: Ежегодно в Краснодарском крае впервые в жизни выявляется 500 больных меланомой кожи. Выявляемость больных на ранних стадиях опухолевого процесса (I – II) составляет – 85,2%, показатель запущенности (III – IV стадия) – 14,8%.

В группу риска по развитию меланомы входят:

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

Доброкачественные пигментные новообразования

Пигментные невусы (родимые пятна) — хорошо очерченные плоские или выступающие над поверхностью кожи образования различной окраски, от цвета нормальной кожи до черной. Они состоят из скоплений невусных клеток или меланоцитов. Для того чтобы не путать эту группу заболеваний с другими невусами, которые являются пороками развития эпителиальной и соединительной тканей, пигментный невус часто называют «невоклеточным невусом». В зависимости от расположения невусных клеток выделяют внутридермальный, пограничный и сложный невусы.

1. Внутридермальный невус – возвышающееся над поверхностью кожи образование, окраска – от цвета нормальной кожи до черной. Поверхность гладкая, бородавчатая или покрытая волосами. Может быть врожденным.

2. Пограничный невус – скопление невусных клеток на границе эпидермиса и дермы над базальной мембраной, представляет пятно или бляшку с четкими границами и гладкой поверхностью; окраска – от бронзовой до темно-коричневой; излюбленная локализация – наружные половые органы, ладони, подошвы, ногтевое ложе и слизистые оболочки.

3. Сложный невус – переходная форма от пограничного к внутридермальному, когда невусные клетки находятся и в эпидермисе, и в дерме, представляет папулу или узел; окраска – от бронзовой до темно-коричневой; локализация – любая, кроме ладоней и подошв. У пожилых людей не возникает.

Лечение необходимо только тогда, когда невус беспокоит больного (например, часто подвергается травмам), а также в косметических целях и при подозрении на злокачественное перерождение.

Меланоцитарные новообразования

1. Эпидермальные:

а. Веснушки – множественные коричневые пятна, появляющиеся в основном

на открытых участках кожи. Количество меланоцитов не увеличено, они просто более активно синтезируют меланин, который откладывается в базальном слое эпидермиса.

б. Старческое лентиго (солнечное лентиго) – темно-коричневые пятна, образовавшиеся в результате пролиферации меланоцитов. Лентиго появляется на участках кожи, постоянно находящихся под солнцем (лицо и тыльная поверхность кистей и предплечий), особенно часто – после 50 лет.

2. Внутридермальные:

а. Монгольское пятно – врожденное серовато-синее пятно на коже поясничной и крестцовой области. Напоминает синяк; к 3–4 годам обычно исчезает.

б. Голубой невус – обычно одиночное сине-черное пятно или бляшка диаметром не более 6 мм; примерно в половине случаев локализуется на тыльной поверхности кистей и стоп либо поблизости.

в. Диспластический невус, известный также как невус Кларка и атипичное родимое пятно, содержит пролиферирующие атипичные меланоциты. Это приобретенное новообразование в виде пятна или бляшки неправильной формы с размытыми, нечеткими границами. Цвет — от бронзового до темно-коричневого; размеры — больше, чем у невоклеточных невусов (превышают 6 мм). Возникает на любых участках тела, но чаще всего на туловище. При наличии центрального папулезного компонента данные невусы сравнивают по виду с «яичницей-глазуньей». Форма круглая, овальная, края неровные. Границы неправильные и размытые, которые постепенно переходят в окружающую нормальную кожу. Появление диспластического невуса у больного с меланомой в семейном анамнезе расценивают как признак высокого риска меланомы. Больным этой группы показано диспансерное наблюдение с осмотром всех кожных покровов каждые 6—12 мес.

К предмеланомным процессам кожи с высокой частотой озлокачествления относится ограниченный предраковый **меланоз Дюбрея**. Термин «предраковый меланоз» впервые применил Dubreuilh в 1912 г. Такой меланоз начинается с маленького коричневого пигментного пятна, медленно распространяющегося по периферии; пятно упорно увеличивается и достигает размеров детской ладони и более, поражает преимущественно пожилых людей.

Инкубационный период возникновения меланомы из меланоза Дюбрея варьирует от 10 до 15 лет. Характерной особенностью меланоза является неравномерная окраска пятна, наличие участков от светло-коричневого до темно-коричневого или синева-черного цвета. Вначале пятно не возвышается над уровнем кожи, не уплотнено, в его пределах кожный рельеф не изменен. Меланоз примерно в 80% малигнизируется.

Клинические признаки активизации невуса:

- ✓ быстрый рост невуса, ранее неизменного или медленно увеличивающегося,
- ✓ появление уплотнения или асимметрии любого участка невуса,
- ✓ появление чувства ошущения невуса (покалывание, зуд, жжение, напряжение),
- ✓ любое изменение уровня пигментации (увеличение, уменьшение),
- ✓ появление венчика гиперемии вокруг невуса,

- ✓ выпадение волос с поверхности невуса,
- ✓ появление трещин, папилломатозных выростов, кровоточивости невуса.

Диагностика озлокачествления пигментных невусов даже для опытных специалистов остается трудной.

***Справочно:** Ежегодно в Краснодарском крае впервые в жизни выявляется 3300 больных злокачественными новообразованиями кожи. Выявляемость больных на ранних стадиях опухолевого процесса (I – II) составляет – 97,4%, показатель запущенности (III - IV стадия) – 2,6%.*

Патологические состояния кожи, являющиеся частой причиной развития рака, относятся в группу предраковых заболеваний. Помимо старческих разрастаний эпителия (старческие кератомы), lentigo и родимых пятен, сюда следует причислить пигментную ксеродерму и рентгеновский дерматит. В эту группу следует также включить дискератозы: болезнь Педжета и болезнь Боуэна, а также эритроплазию, которые рано или поздно приводят к раку.

Предраковые заболевания кожи могут быть облигатными или факультативными. Облигатные предраки не имеют тенденции к самопроизвольному излечению и поэтому должны обязательно подвергаться лечению. К ним относятся кератозы и кожный рог.

Наиболее частой формой кератозов является актинический, реже наблюдаются радиационный кератоз, кератоз при пигментной ксеродерме, мышьяковистый кератоз, дегтярный кератоз, кератоз, возникающий на рубцах.

Актинический кератоз наблюдается у светлокожих людей на участках тела, подвергающихся постоянной инсоляции; он может трансформироваться в плоскоклеточный рак. Обычно развитию кератоза предшествует хронический солнечный дерматит; раковое перерождение происходит через 10–20 лет. Кератоз представляет собой пятно или папулу, покрытую жесткими грубыми, прочно связанными с кожей чешуйками. Попытки удаления чешуек весьма болезненны.

Кожный рог представляет собой плотное роговое образование различной толщины и длины (иногда до 15 см), конической или цилиндрической формы, желтовато-серого цвета, выступающее над поверхностью кожи. У его основания нередко отмечается плотный валик. “Кожный рог” – понятие клиническое. Его причинами могут быть: актинический кератоз, медленно растущий плоскоклеточный рак, болезнь Боуэна, хронические дерматозы (вульгарная волчанка, красная волчанка, лучевой дерматит).

Доброкачественные новообразования эпидермиса

1. Старческая кератома (себорейная кератома, старческая бородавка) — коричневое или бронзовое образование с неровной бугристой поверхностью и четкими границами, выпуклое, как будто приклеенное к коже. Старческие кератомы доброкачественны. Располагаются на лице или туловище, обычно многочисленны и имеют размеры от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров. При повреждении опухоли (чаще всего тесной одеждой) на ее поверхности могут образоваться корки и появиться кровоточивость. Если кератомы не причиняют неудобств, лечение не требуется.

2. Кисты

а. Эпидермальная киста (эпидермоидная киста) — округлое образование мягкой консистенции, медленно растущее, подвижное при пальпации. Кожа над

кистой обычно имеет желтоватый или красноватый оттенок. Типичная локализация — волосистая часть головы, лицо, туловище или ранее травмированный участок кожи (в последнем случае киста называется имплантационной). Иногда киста воспаляется и становится болезненной.

б. Милюм (белые угри) — ретенционная киста эпидермиса с преимущественной локализацией на лице. Представляет собой белый округлый плотный узелок диаметром 1—2 мм.

в. Волосная киста (устаревшие названия — жировая киста, атерома) внешне похожа на эпидермальную кисту. Отличается от нее отсутствием центрального отверстия и встречается несколько реже. Излюбленная локализация — волосистая часть головы, но может возникнуть на лице, шее, туловище. Часто бывают множественные волосные кисты.

3. Кератоакантома представляет собой быстро растущий плотный узел полусферической формы; размеры могут превышать 5 см. В центре опухоли находится кратерообразное углубление, заполненное роговыми массами. Обычно появляется на открытых участках тела у людей старше 50 лет. Через 2—3 месяца опухоль самопроизвольно рассасывается. Кератоакантома бывает внешне неотличима от плоскоклеточного рака кожи. Обязательно направление к врачу-онкологу для проведения морфологического исследования.

4. Солнечный кератоз (актинический или старческий кератоз) относится к предраковым заболеваниям. Начинается с появления чешуйчатых бляшек, часто на фоне более или менее выраженной эритемы. Чешуйки жесткие, на ощупь напоминают грубую наждачную бумагу, плотно прикреплены к коже. Поражаются открытые участки тела: лицо, тыльная поверхность кистей и предплечий, верхняя часть спины. Непосредственная причина заболевания — повреждающее действие ультрафиолетового излучения. Периоды спонтанной ремиссии обычно сменяются рецидивами: больные часто описывают течение болезни как волнообразное. В редких случаях возможно перерождение новообразований в плоскоклеточный рак.

5. Болезнь Боуэна представляет собой плоскоклеточный рак *in situ*, хотя некоторые авторы относят ее к предраковым заболеваниям. Возникает чаще у мужчин в возрасте от 40 до 70 лет и может локализоваться на любом месте кожного покрова. На начальном этапе проявляется в виде пятна с неровными контурами, которое постепенно преобразуется в бляшку. Бляшка имеет медно-красный цвет, нечеткие очертания, покрыта чешуйками и корками, склонна к периферическому росту. Характерна пестрота бляшки: на ней имеются места гипо- и гиперпигментации. Опухоль обычно растет медленно, но без лечения переходит в плоскоклеточный рак (по некоторым данным до 80% случаев).

6. Эритроплазия Кейра представляет собой плоскоклеточный рак *in situ*. Почти исключительная локализация — головка полового члена. Болеют в основном мужчины с необрезанной крайней плотью. Новообразование красного цвета, имеет четкие границы и влажную бархатистую поверхность. При локализации на теле полового члена оно выглядит как сухая чешуйчатая бляшка.

Рак Педжета соска молочной железы. Заболевание начинается с соска или околососкового кружка. Четко ограниченная эритематозная бляшка растет медленно, шелушится, мокнет, изъязвляется, на поверхности образуются корки. Поражение одностороннее, встречается в основном у женщин и почти всегда

сочетается с раком молочной железы. На момент обращения опухолевый узел в молочной железе обычно уже пальпируется.

Экстрамиллярный рак Педжета поражает наружные половые органы и участки тела, богатые апокриновыми потовыми железами (периприванальную область, подмышечные впадины). Женщины болеют чаще, чем мужчины. Кожные проявления такие же, как при раке Педжета соска молочной железы; типична жалоба на зуд. Заболевание рассматривают как рак *in situ*; вопрос о его взаимосвязи с опухолями мочевых путей и половых органов остается спорным.

Доброкачественные новообразования придатков кожи

1. Пиломатриксомы (обызвествленная эпителиома Малерба) — одиночный плотный узел желтоватой окраски. Возникает на лице и руках, чаще — у молодых людей. Опухоль безболезненна, доброкачественна, развивается из клеток волосяного матрикса. В величину достигает 5 см.

2. Невус сальных желез — порок развития, который встречается довольно часто. Обычно это продолговатое, лишенное волос новообразование с гладкой поверхностью, которое в пубертатном периоде становится бородавчатым или узловатым. Локализуется на лице или волосистой части головы. Примерно у 15% больных в зрелом возрасте из невуса сальных желез развивается базальноклеточный рак кожи и различные доброкачественные опухоли придатков кожи.

3. Гиперплазия сальных желез проявляется множественными желтоватыми, слегка возвышающимися над поверхностью кожи папулами размером 2—3 мм. В центре каждой папулы есть небольшое углубление. Типичная локализация — лоб, виски и щеки. Встречается у людей среднего возраста и пожилых.

4. Сирингома — доброкачественная опухоль потовых желез. Встречается преимущественно у женщин и девушек после окончания пубертатного периода. Множественные папулы размером 1—3 мм локализуются чаще всего под нижним веком. По цвету почти не отличаются от окружающей кожи. Сирингому легко перепутать с трихоэпителиомой, которая внешне выглядит так же, но локализуется в центре лица и возникает несколько раньше, в период полового созревания. Трихоэпителиома — доброкачественная опухоль волосяного фолликула. Существует вариант заболевания с аутосомно-доминантным наследованием.

Доброкачественные новообразования соединительной ткани

1. Дерматофиброма (гистиоцитома) встречается в основном у взрослых женщин и локализуется на конечностях. Это безболезненный плотный подкожный узелок диаметром 3—10 мм, который со временем обычно приобретает красновато-коричневую окраску. Когда кожу по бокам опухоли слегка сжимают большим и указательным пальцами, узел как бы проваливается внутрь.

2. Келоидный и гипертрофический рубцы на ранних стадиях практически не различимы. И тот, и другой возникают на месте травмы и представляют собой плотные эритематозные узловатые разрастания с блестящей поверхностью. Больных часто беспокоит зуд. Гипертрофический рубец со временем обычно рассасывается или уплощается, хотя иногда на это уходят месяцы и годы. Келоидный рубец быстро разрастается за пределы травмированного участка и далее остается без изменений. Преимущественная локализация гипертрофических

и келоидных рубцов — мочка уха, грудь, верхняя часть спины и дельтовидная область. Излюбленная локализация спонтанно возникающих келоидных рубцов — кожа над грудиной.

3. Фиброзная папула носа (инволютивный невус) — маленькое куполообразное возвышение на кончике носа, по цвету почти не отличающееся от окружающей кожи. Встречается у пожилых людей.

Папилломы (от лат. papilla - сосок) — это вирусное инфекционное предраковое заболевание с контактным механизмом передачи возбудителя. Характеризуется папилломатозными образованиями (бородавками) на коже и наружных слизистых оболочках.

Возбудитель: папилломавирусы из семейства Papavaviridae группы Papillomavirus (HPV).

Различают несколько видов бородавок: обычные (плотные узелковые образования с шероховатой поверхностью); плоские (гладкие, приплюснутые узелковые или нитевидные выросты на слизистой оболочке); подошвенные (плотные узелковые образования, покрытые толстым слоем ороговевших клеток).

Аномалии развития и эпителиальные деформации:

Под действием внешних факторов - ультрафиолетовое излучение, механические повреждения — травма - доброкачественные опухоли кожи могут переродиться в злокачественные.

Доброкачественные врожденные сосудистые новообразования

1. Сосудистый невус (naevus flammeus, винное пятно) — пятно любого оттенка от светло-розового до красно-бурого. Представляет собой мальформацию капилляров дермы. Сосудистый невус, расположенный в центре лица или затылка, не сочетается с другими пороками развития и с возрастом обычно бледнеет. При несимметричной, односторонней локализации (на лице или конечностях) сосудистый невус, как правило, — одно из проявлений синдрома Стерджа—Вебера или синдрома Клиппеля—Треноне. В этом случае с возрастом невус обычно темнеет, а его поверхность местами становится бугристой и приподнимается над уровнем кожи.

2. Капиллярная гемангиома (земляничный невус) — самая распространенная врожденная сосудистая опухоль. Она начинается с одной или нескольких бледно-розовых папул, которые быстро растут, становятся дольчатыми и приобретают окраску от ярко-красной до темно-синей. Капиллярные гемангиомы появляются на 3—5-й неделе жизни; 70% из них к 7 годам самопроизвольно исчезают и не требуют лечения.

Доброкачественные приобретенные сосудистые новообразования

1. Паукообразная гемангиома (naevus araneus, сосудистая звездочка) — красная точечная припухлость, от которой радиально отходят извитые тонкие кровеносные сосуды. Опухоль встречается довольно часто, обычно на лице и плечах. Провоцирующие факторы — беременность и печеночная недостаточность.

2. Телеангиэктатическая гранулема (пиогенная гранулема) развивается на месте незначительной травмы в результате пролиферации эндотелия, появляется эритематозная папула, которая увеличивается в размерах и превращается в опухолевидное образование на ножке. Больные обычно отмечают быстрый рост опухоли и сильную кровоточивость при малейших травмах. Телеангиэктатическая

гранулема не имеет ничего общего ни с гранулематозом, ни с пиодермией; локализуется обычно на лице и кистях (в частности, на боковых околоногтевых валиках); часто возникает во время беременности.

3. Старческая гемангиома (пятно Кемпбелла де Моргана) – гладкое ярко-красное новообразование полусферической формы, диаметром 1–3 мм. Типичная локализация – туловище, бедра и плечи. С течением времени опухоль не меняется. Заболевание начинается в среднем возрасте, с годами опухоли становятся многочисленными.

4. Венозная гемангиома (гемангиома старческих губ) — мягкий темно-синий узел, легко сдавливается при нажатии. Возникает у пожилых людей на сильно загоревших участках кожи. Излюбленная локализация — губы и ушные раковины.

5. Гломангиома (гломусная опухоль) — новообразование артериовенозного клубочкового анастомоза (гломуса), соединяющего артериолы с венами в обход капилляров. Это болезненный багровый узел диаметром несколько миллиметров. Типичная локализация — ногтевое ложе. Больные жалуются на сильную боль и повышенную чувствительность к холоду.

Доброкачественные новообразования жировой, мышечной и нервной тканей

1. Липома и ангиолипома — одиночные или множественные подкожные новообразования, мягкие, подвижные, покрытые неизменной кожей, округлые или дольчатые. Пальпаторное исследование позволяет установить правильный диагноз, выявляя поверхностное расположение опухоли, характерную тестоватую консистенцию, иногда дольчатость. Ангиолипомы обычно множественные и чаще бывают болезненными. Обе опухоли, как правило, локализируются на туловище и достигают в диаметре нескольких сантиметров.

2. Лейомиома — доброкачественная опухоль, развивающаяся из мышц, поднимающих волосы, прочно спаяна с кожей; болезненна; локализуется на лице, туловище, конечностях. Представляет собой гладкую бляшку желто-розового или коричневого цвета, которая состоит из нескольких слившихся подкожных узелков диаметром менее 1 см.

3. Нейрофиброма — развивается из клеток оболочек периферических нервов кожи. Возникает на любых участках тела, кроме подошв и ладоней. Наблюдается редко, обычно в виде одиночного узла, одинаково часто у мужчин и женщин. Нейрофиброма обычно плотная, болезненная при надавливании, имеет округлую форму, небольшие размеры. Множественные нейрофибромы — признак нейрофиброматоза (болезни Реклингхаузена). Это заболевание наследуется аутосомно-доминантно, нейрофибромы появляются в подростковом возрасте, с годами их количество и размеры увеличиваются. Больные часто жалуются на зуд.

Базальноклеточный рак (базалиома)

Для базалиомы опухоли характерно:

- Локализация на открытых участках тела (голова, лицо, кисти, шея) – 85%;
- Местный инвазивный рост с разрушением окружающих тканей;
- Отсутствие метастазирования.

Плоскоклеточный рак

Рост опухоли приводит к значительным разрушениям окружающих и подлежащих тканей. Происходит разрушение сосудов и даже костей, в процесс

вовлекаются регионарные лимфатические узлы (метастазы). В первую очередь поражаются лимфатические узлы, расположенные близко к новообразованию. На первом этапе отмечается появление подвижных, безболезненных, плотных узлов. По мере прогрессирования заболевания узлы срастаются с кожей, становятся болезненными и теряют подвижность. Метастазы, как правило, образуются в том случае, если диаметр злокачественной опухоли более 2 см. **Смерть наступает через 2-3 года от кахексии или кровотечения, вызванного распадом опухоли и повреждением сосудов.**

Меланома

Меланома — злокачественная опухоль, развивающаяся из меланоцитов — пигментных клеток, продуцирующих меланины, которые участвуют в окраске кожи. Преимущественно локализуется в коже, реже — сетчатке глаза, слизистых оболочках (полость рта, влагалище, прямая кишка). Одна из наиболее опасных злокачественных опухолей человека. Особенность меланомы — это слабая связь злокачественных клеток между собой, они легко отрываются от основной массы опухоли и, «разлетаясь» по кровеносным и лимфатическим сосудам организма, дают множественные метастазы в лимфоузлы, легкие, печень, мозг, сердце.

Меланома может появляться на неизменной коже, но чаще развивается в предшествующем невусе.

Признаки малигнизации невуса были рассмотрены ранее.

Если меланома развивается на неизменной коже, то она чаще всего имеет вид плоского, плоско-бугристого, шаровидного новообразования, окраски от светло-коричневой до черной, может изъязвляться и кровоточить. Диагноз ставится на основании данных объективного обследования, цитологического исследования отпечатков с поверхности опухоли, гистологического исследования удаленной опухоли.

Биопсия меланомы противопоказана! При подозрении пациента сразу надо направить к онкологу!

Пальпация лимфатических узлов

Лимфатические узлы являются барьером на пути распространения злокачественных опухолей. В них в первую очередь могут быть выявлены метастазы опухолей различных локализаций. В ряде случаев увеличение лимфатических узлов может быть проявлением лимфогранулематоза. Это системные заболевания, при которых поражается весь лимфатический аппарат.

Медицинский работник последовательно пальпирует периферические лимфатические узлы: шейные, надключичные, подмышечные и паховые. В норме могут определяться мелкие лимфоузлы эластической консистенции. Пальпация шейных и надключичных лимфоузлов осуществляется в положении стоя или сидя. При этом медицинский работник становится позади обследуемого. Пальпация подмышечных лимфоузлов производится отдельно с каждой стороны. При этом медицинский работник стоит впереди пациента, положив его руку на свое плечо со стороны осмотра. Паховые лимфоузлы пальпируются в положении лежа на кушетке. Пораженные метастазами лимфоузлы обычно плотные, часто неподвижные, различной величины.

Пальпация щитовидной железы

Объем исследования: осмотр, пальпация. Пальпацию щитовидной железы наиболее информативно проводить стоя сзади от обследуемого. При положении «сзади от пациента» пальпация осуществляется четырьмя пальцами обеих рук, при этом большие пальцы располагаются на боковых поверхностях шеи. Во время пальпации обследуемому предлагают сделать глотательное движение. При этом четко выявляются размеры и консистенция щитовидной железы. Пальпация также позволяет определить температуру кожи над железой, наличие узлов, сосудистой пульсации, болезненность. Щитовидная железа располагается на уровне гортанных хрящей и в норме не содержит уплотнений и опухолевых образований, не пульсирует, при пальпации безболезненная, температура кожи над ней не изменена. Местное повышение температуры кожи и болезненность отмечаются при остром воспалительном процессе щитовидной железы – тиреоидите, абсцессе. Поверхностная пальпация выявляет крупные узлы, расположенные ближе к поверхности железы (узловой зоб, опухоль, киста). Сосудистая пульсация и дрожание определяются при выраженном диффузном токсическом зобе. При наличии предопухолевых заболеваний и опухолей отмечается диффузное или локальное уплотнение, асимметрия железы за счет увеличения правой или левой доли, узлов.

Обращают внимание на увеличение регионарных лимфатических узлов.

***Справочно:** Ежегодно в Краснодарском крае впервые в жизни выявляется 550 больных злокачественными опухолями щитовидной железы. Выявляемость больных на ранних стадиях опухолевого процесса (I – II) составляет – 87,2%, показатель запущенности (III - IV стадия) – 12,8%.*

Факторами риска развития ЗНО щитовидной железы являются: доброкачественные новообразования щитовидной железы (коллоидный узел, инволютивный узел, аденома, киста), многоузловой зоб, диффузный зоб, высокий титр антитиреоидных антител (хронический лимфоцитарный тиреоидит). Повышенный уровень секреции тиреотропного гормона гипофиза (наблюдается чаще у людей, живущих в эндемичных по зобу зонах), рентгеновское или другое облучение области головы и шеи, верхнего средостения, проведенные с диагностической и/или лечебной целью в детском и юношеском возрасте. Особое значение в развитии рака щитовидной железы имеет сочетание внешнего облучения указанных областей с внутренним облучением инкорпорированными радионуклидами йода при загрязнении окружающей среды радиоактивными веществами. Наличие в семейном анамнезе случаев рака щитовидной железы, рак другой доли щитовидной железы в анамнезе.

Тиреоидит Хошимото – достаточно редкая болезнь, встречается всего у 5% населения земного шара. Признаки болезни схожи с базедовой болезнью. Клетки иммунитета начинают воспринимать щитовидную железу как чужеродный орган. Болезнь относится к наследственным заболеваниям. Развитие болезни могут спровоцировать дефицит йода, радиационное излучение, неблагоприятная экология и химическое отравление.

Эндемический зоб. Если в организме человека наблюдается дефицит йода, то щитовидная железа начинает синтезировать такие гормоны, как тироксин и трийодтиронин, в меньшем количестве. Это провоцирует гормональную недостаточность, а именно болезнь гипотиреоз. Чтобы получить хоть немного

йода для осуществления своей деятельности, щитовидная железа начинает увеличивать объем фильтруемой крови. За счет этого, происходит нарастание клеток органа. Передний отдел мозга – гипофиз, начинает активно помогать железе в фильтрации крови, выделяя ей на помощь гормон тиреотропин. Именно он способствует увеличению физиологических объемов железы и образованию зоба.

Диффузный токсический зоб. Второе название этого зоба – болезнь Грейвса. Это аутоиммунное заболевание, вызванное избытком гормонов в крови. Катализаторами болезни могут стать черепно-мозговые травмы, воспалительные процессы и инфекции, попавшие в организм.

Щитовидная железа под влиянием избытка стимулирующих гормонов начинает увеличиваться в размерах. Если помимо разрастания щитовидной железы происходит изменение диаметра тканей и клеток в ней, то это уже будет смешанный зоб.

Аденома щитовидной железы или полинодозный зоб – это доброкачественное образование. Причинами появления этого зоба могут быть как дисбаланс гормонов в крови, так и дисфункция нервных окончаний в шейном отделе. Вследствие этого, клетки щитовидной железы начинают активно разрастаться, увеличивая сам орган в диаметре.

Злокачественные опухоли щитовидной железы развиваются, как правило, на фоне предшествующего аденоматоза или узловых форм хронических неспецифических тиреоидитов.

Признаками, указывающими на малигнизацию узлового образования щитовидной железы, являются следующие:

- ускоренный рост за последние 6 месяцев длительно существующего узла;
- уплотнение его консистенции, появление бугристости;
- ограничение смещаемости узла;
- нечеткость контуров;
- чувство давления в области шеи.

Если рак возникает на фоне внешне неизменной щитовидной железы, то отмечается ее диффузное или диффузно-узловое увеличение, следует обращать внимание на единичный узел в щитовидной железе, особенно у мужчин. Возникновение узлового образования в области перешейка или верхнего угла доли щитовидной железы у лиц молодого возраста чрезвычайно подозрительно на рак.

Обследование молочных желез

Обследование молочных желез включает осмотр и пальпацию их. При осмотре молочных желез женщина должна поднять руки положить их за голову. Обращают внимание на величину и форму молочных желез, на состояние кожи, сосков и ареолы. В норме молочные железы имеют одинаковую величину и форму. Соски располагаются на одной линии.

Изменения легче выявляются при сравнении одной железы с другой. Каждую железу осматривают отдельно, придав женщине полубоковое положение и попросив ее поднять руку. Наличие трещин, корочек, мокнутий, втяжение и фиксация соска, кожа, напоминая лимонную корку, должны расцениваться как признаки злокачественного заболевания.

Пальпацию молочных желез у женщин осуществляется в положении стоя и лежа, проводя «плоской» ладонью по молочной железе и ощупывая 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 обследовать у женщин в положении лежа, немного повернуть сначала на один, а потом 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 женщину на маммографию.

При наличии соответствующих навыков и лабораторных возможностей можно взять выделения из сосков на цитологическое исследование. Для качественного получения материала необходимо провести легкий массаж молочной железы поглаживанием в направлении к соску. Затем производят «сцеживание» на предметное стекло. Готовят 4 – 5 мазков, распределяя выделенную жидкость тонким слоем.

***Справочно:** Ежегодно в Краснодарском крае впервые в жизни выявляется 2600 больных злокачественными новообразованиями молочной железы. Выявляемость больных на ранних стадиях опухолевого процесса (I – II) составляет – 72,0%, показатель запущенности (III - IV стадия) - 28,0%.*

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

Рак, как правило, развивается из патологически измененной ткани молочной железы. Некоторые исследователи считают, что предраковые заболевания переходят в раковые в 20—30% случаев, другие же указывают на злокачественное перерождение во всех случаях. Предраковые заболевания чаще всего развиваются у молодых женщин, в основном до 40 лет. В дальнейшем (после 40 лет) частота предраковых заболеваний резко снижается, а заболеваемость раком молочной железы заметно увеличивается.

Предраковые заболевания молочных желез: мастопатии, фиброаденоматоз,

фиброаденомы, кисты.

Мастопатия нередко развивается на фоне неудачного аборта, когда нарушена функция яичников или некоторых других желез внутренней секреции. Воспалительные заболевания половых органов женщин также могут привести к развитию мастопатии. Поэтому в качестве профилактики можно выделить своевременное лечение заболеваний половой сферы и предупреждение абортов. Также не следует допускать развитие мастита.

К мастопатии относятся несколько видов патологических изменений, которые отличаются между собой. Это - аденоз, фиброаденоматоз, цистоаденопапиллома.

Аденоз, или, как его еще называют, мазоплазия, характеризуется тем, что размеры долек молочной железы увеличиваются, хотя их строение полностью сохраняется. Иногда бывает так, что в концевых отделах долек появляются микроскопические кисты.

При **фиброаденоматозе** возникает изменение долек молочной железы и протоков, возникает перестройка железистых структур, а иногда и их атрофия. Встречается образование кист. Чаще всего происходит разрастание соединительной ткани или разрастание тканей внутри молочных протоков.

Цистоаденопапиллома представлена кистой или расширенным протоком, где также отмечаются разрастания тканей.

Для мастопатии характерно очаговое разрастание железистой ткани молочной железы. Различают два вида мастопатии — фиброзный и кистозный.

При **кистозной мастопатии** в молочной железе образуется множество мелких полостей. Наряду с мелкими кистами обнаруживаются отдельные крупные кисты, которые достигают нескольких сантиметров в диаметре. Чаще всего стенка кистозных полостей тонкая и гладкая. Такие кисты заполнены зеленоватой прозрачной жидкостью. Иногда стенка кисты утолщается, становится бугристой. Содержимое кисты при этом приобретает грязно-бурый оттенок.

Когда **киста** сообщается с молочным протоком, то ее содержимое выделяется через сосок. В зависимости от характера патологического процесса цвет выделений из соска может быть довольно разнообразным - от соломенно-желтого до кровянистого. Нередко по изменению окраски выделений можно заподозрить злокачественное перерождение мастопатии. Обильные выделения из соска бывают при бородавчатых разрастаниях в протоках.

Фиброзная мастопатия выражается появлением в ткани молочной железы плотных очагов, состоящих в основном из соединительной ткани. Они проявляются уплотнениями в одной, а иногда в обеих молочных железах. В начале болезни эти уплотнения нечеткие, лепешкообразные. В большинстве случаев они находятся в верхне-наружном квадранте молочной железы, хотя могут определяться и в других ее отделах или даже во всем органе. Такую форму мастопатии называют диффузной.

При диффузной мастопатии у женщины часто перед менструацией возникает выраженное чувство набухания ткани молочной железы. Зачастую в этот период появляются боли, могут наблюдаться выделения из соска. Боль в молочной железе может быть весьма интенсивной, особенно днем. Она резко усиливается при дотрагивании к железе. Иногда боль становится настолько сильной, что женщина не может носить бюстгальтер. Однако во время сна боль

прекращается и значительно уменьшается в период работы и даже интересной беседы. При ощупывании молочной железы в этот период можно выявить в ней довольно большие нечеткие уплотнения с гладкой поверхностью. Эти симптомы диффузной мастопатии непостоянны. Значительное улучшение состояния больной, а иногда и полное исчезновение всех признаков заболевания у некоторых женщин наступает через 2—3 дня после окончания месячных. Иногда заболевание длится несколько лет

У большинства женщин диффузная мастопатия проходит бесследно. Однако в некоторых случаях в молочной железе начинают выявляться отдельные плотные узлы. Такие узлы не исчезают и почти не изменяются в течение всего менструального периода. Это узловатая мастопатия. Обследованием молочной железы у больной с узловатой мастопатией удается обнаружить отдельные узлы с гладкой поверхностью, кожа над которыми не воспалена и хорошо смещается. Иногда эти узлы становятся бугристыми и в нескольких местах уплотняются.

При узловатой мастопатии боль бывает значительно реже, чем при диффузной. В тех случаях, когда узловатая мастопатия осложняется воспалением, боль становится постоянной.

Фиброаденома — доброкачественная опухоль молочной железы, состоящая преимущественно из соединительной ткани, может переродиться в злокачественную. Эта безболезненная плотная опухоль округлой формы легко смещается в ткани молочной железы. Иногда фиброаденомы бывают множественными или определяются в обеих молочных железах. Они медленно растут, но могут достигать очень больших размеров. В таких случаях изменяется форма молочной железы. Как правило, с наступлением у женщин климактерического периода фиброаденомы «увядают» — уменьшаются, сморщиваются.

Случаи перерождения фиброаденомы в злокачественную опухоль редки. Однако вследствие того, что это доброкачественное новообразование проявляется некоторыми симптомами, которые встречаются при раке молочной железы, ее лучше удалить.

У женщин молочные железы осматриваются ежегодно. Принципы самообследования изложены в Приложении №1.

Женщинам по рекомендации врача-маммолога в возрасте с 30 до 39 лет выполняется УЗИ молочных желез. Также женщинам в возрасте 35-36 лет рекомендуют выполнить первичную маммографию (с целью зарегистрировать структуру ткани желез). Регулярное маммографическое исследование проводится всем женщинам в возрасте 40-49 лет (если врач не рекомендует чаще) — 1 раз в 2 года, 50 лет и старше — ежегодно. При наличии в семейном анамнезе рака молочной железы маммографию рекомендуют проводить ежегодно с возраста 35 лет.

При непальпируемых образованиях, определяемых только на маммограммах, пациентки подлежат направлению в онкологический диспансер. Все больные с узловыми формами мастопатии подлежат осмотру онкологом.

Рак молочной железы

Клинические симптомы, подозрительные на злокачественные опухоли молочной железы:

- деформация молочной железы или ее части;

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

Осмотр и пальпация живота

Осмотр живота проводится в положении обследуемого стоя и лежа, пальпация - в положении лежа на кушетке. Следует обращать внимание на величину и форму живота, наличие асимметрии, изменение сосудистого рисунка кожи, состояние пупка и участие живота в акте дыхания. Пальпацию живота проводят в положении обследуемого лежа с согнутыми и несколько приведенными к животу ногами, опущенными вдоль тела руками и при полном расслаблении передней брюшной стенки. Пальпацию начинают с левой паховой области, мягкими давящими движениями всей ладонной поверхностью пальцев, постепенно продвигаясь по ходу толстой кишки до правой паховой области. Затем пальпацию продолжают по средней линии живота от лона вверх, пальпируют области пупка, эпигастрия до мечевидного отростка. Далее пальпируют правое и левое подреберья (печень и селезенку). Увеличение живота, распластанная форма его могут быть признаками асцита. При пальпации могут быть обнаружены опухолевые образования в верхних или нижних отделах живота, а также в области пупка.

Особенно пристальное внимание (опрос и осмотр) должно быть уделено пациентам старше 40 лет, имеющим гастриты, язвенную болезнь, оперированным по поводу язвенной болезни, с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы, с панкреатитами, холециститами, перенесшими в анамнезе гепатиты.

Обследование прямой кишки

Пальцевое исследование прямой кишки должно стать обязательным при осмотре пациентов в смотровом кабинете, осмотр производят в колено-локтевом положении, женщину можно осмотреть в гинекологическом кресле. Вначале необходимо тщательно осмотреть кожные покровы области крестца и копчика, межъягодичной складки, промежности, ануса. 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. 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. Перианальные остроконечные кондиломы представляют собой множественные мелкие плотноватые бородавчатые узелки, нередко в области ануса образующие разрастания в виде цветной капусты. 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 обычно на задней или передней стенке анального канала. Хроническая анальная трещина имеет более плотные(каллезные) края, дно ее покрыто сероватым налетом, нередко у верхнего края имеется небольшое фиброзное образование – «сторожевой бугорок». Выпадающий крупный анальный полип имеет вид гладкого сигарообразного образования сероватого цвета, плотноватого на ощупь и легко вправляемого в прямую кишку. Для ректального исследования используют указательный палец, одетый в напалечник или в резиновую перчатку, который обильно смазывают вазелином. Палец вводят в прямую кишку и обследуют ее стенки по ходу часовой стрелки. Обращают внимание на тонус сфинктера прямой кишки. 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 большие внутренние геморроидальные узлы имеют тенденцию к выпадению. Анальные (фиброзные) полипы представляют собой значительно гипертрофированный анальный сосочек, определяются в виде плотного легко смещаемого безболезненного образования на длинной ножке, исходящего из области зубчатой линии (чаще задней ее полуокружности). 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. При пальцевом исследовании прямой кишки следует обращать внимание на наличие патологического отделяемого в просвете кишки: крови, гноя, слизи, которые остаются на напалечнике. 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. При удалении пальца из прямой кишки его осматривают на наличие крови и гноя.

Всех пациентов с выявленной патологией направляются к проктологу, что отслеживается медицинским работником смотрового кабинета.

Справочно: Ежегодно в Краснодарском крае впервые в жизни выявляется 1000-1100 больных злокачественными новообразованиями прямой кишки. Выявляемость больных на ранних стадиях опухолевого процесса (I – II) составляет – 60,8%, показатель запущенности (III - IV стадия) – 39,2%.

Факторами риска развития колоректального рака являются: наличие в семье одного или двух больных колоректальным раком родственников первого колена, семейного аденоматозного полипоза или наследственного неполипозного колоректального рака, а также аденоматозных полипов или колоректального рака, возраст 50 лет и старше (более 90% больных) - для мужчин и женщин в равной степени.

К предраковым заболеваниям толстой и прямой кишок относятся:

- Хронические колиты, в частности хронический неспецифический язвенный колит и гранулематозный колит (болезнь Крона), которые составляют основную группу факультативных предраковых заболеваний.
- Дивертикулы (дивертикулез) ободочной кишки.
- Полипозное поражение ободочной кишки (облигатный предрак), которое может быть в виде:
 - Одиночных полипов (аденоматозный, ворсинчатый), которые малигнизируются в 45–50% случаев. Полипы, величиной более 2 см; ворсинчатые полипы озлокачиваются чаще.
 - Множественного полипоза ободочной кишки. Он может быть как генетически детерминирован (семейно-наследственный диффузный полипоз, синдром Пейтц-Еггерса, синдром Тюрко), так и не носить наследственный характер (спорадический полипоз, сочетанный полипоз, синдром Кронкайта-Кэннедэ).

Своевременное выявление и удаление маленьких, почти всегда бессимптомных **полипов толстой кишки** - есть основная мера профилактики рака толстой кишки.

Полипы прямой кишки могут развиваться на почве длительного воспалительного заболевания. К числу болезней, способствующих такому разрастанию, относятся язвенный колит, дизентерия. Возможность озлокачивания одиночных полипов или полипов при полипозе прямой и толстой кишок определяется в 60–75%.

Полипы могут в течение длительного времени клинически не проявляться. Присоединение воспаления или же повреждение целостности полипа способствуют выделению в избыточном количестве слизи или крови, о чем свидетельствует появление поноса с примесью слизи, крови. При распространенном полипозе, сопровождающемся кровотечением, выделением слизи, учащением стула, постепенно развиваются малокровие, истощение. Полипы, расположенные в выходном отделе прямой кишки, особенно на ножке, могут выпадать во время акта дефекации, давать кровотечение и ущемляться в сфинктере.

Полип или полипоз прямой кишки может быть выявлен с помощью пальцевого исследования. Расположение полипов или полипоза прямой кишки на протяжении 10 см от заднепроходного отверстия дает возможность установить не только их наличие, но одновременно выяснить их количество, величину, консистенцию, смещаемость, наличие или отсутствие ножки, изъязвление. Дополнительные сведения могут быть получены при ректороманоскопии, которая одновременно выясняет и протяженность поражения.

Диффузный полипоз толстой и прямой кишок — тяжелое системное заболевание, поражающее, главным образом, молодых людей. Рекомендуется оперативное лечение.

Частота развития рака при **язвенном колите** колеблется от 0,6 до 10,8%. Риск возникновения рака увеличивается в тех случаях, когда заболевание начинается в детском возрасте, при тяжелых формах неспецифического язвенного колита, а также при длительности страдания более 10 лет. Особые трудности возникают в клинической диагностике, так как симптоматика язвенного колита и рака довольно сходны. Все же сочетание таких симптомов как прогрессирующее похудание, нарастающая слабость, усиление болей в животе, учащение стула, увеличение примеси крови в испражнениях и гипохромная анемия являются настораживающими факторами.

Доброкачественные неэпителиальные опухоли прямой кишки могут происходить из соединительной, мышечной, жировой ткани, а также из кровеносных и лимфатических сосудов. Эти опухоли встречаются исключительно редко. Располагаясь в подслизистом слое, опухоли прощупываются в форме узелков различной величины и плотности. Определив подобную опухоль пальцевым исследованием необходимо направить пациента к колопроктологу для проведения ректороманоскопии с биопсией. В той части прямой кишки, которая лишена серозного покрова, опухоли могут расти в сторону клетчатки, окружающей кишку.

Из доброкачественных опухолей особого внимания заслуживают **кавернозные ангиомы**, которые могут быть источником значительного кровотечения; при расположении каверномы в выходном отделе прямой кишки кровотечение может быть принято за геморроидальное.

Ворсинчатая опухоль, представляя собой множественные папиллярные разрастания слизистой оболочки, она может выглядеть то как отдельный опухолевый узел, то выстилать стенку прямой кишки на довольно обширном протяжении. С различной частотой (от 10 до 60%) ворсинчатая опухоль дает начало злокачественному росту. Диагноз ставится при пальцевом исследовании по ощущению характерной мягкой, весьма подвижной опухоли.

Обследование женских половых органов

Объем исследования: осмотр, исследование в зеркалах, забор материала для цитологического исследования, двуручное гинекологическое исследование. Осмотр и пальпация. На гинекологическом кремле при хорошем освещении осматривается слизистая вульвы. Проводится также пальпация наружных половых органов. Белесоватый цвет и сухость слизистой вульвы с склонностью к образованию трещин, а также атрофия малых половых губ характерны для крауроза. Лейкоплакии 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. Шейка матки обнажается зеркалами Симса. При этом определяется величина, форма и состояние слизистой влагалищной шейки матки и стенок влагалища. Наличие каймы или очагов гиперемии вокруг наружного зева шейки матки обозначается как «эрозия». Обнаружение белых налетов и бляшек говорит о лейкоплакии. При осмотре могут быть выявлены полиповидные образования, выступающие из наружного зева - полипы шейки матки. Кровоточивость слизистой, кратерообразное изъязвление, опухолевые образования, напоминающие цветную капусту, характерны для рака шейки матки.

Соскоб из шейки матки для цитологического исследования берется только в том случае, если при осмотре шейки матки не выявлено макроскопически патологических изменений. **Если такие изменения выявляются, медицинский работник не должен производить соскоб, а обязан направить женщину для дообследования к гинекологу.** Гинеколог может взять соскоб для цитологического исследования, либо биопсию.

Взятие соскоба из шейки матки в ходе цитологического скрининга имеет своей главной задачей выявление и последующее лечение предопухолевых изменений шейки матки.

Забор цитологического материала с шейки матки при проведении профилактических осмотров в смотровых кабинетах амбулаторно-поликлинических подразделений медицинских организаций Краснодарского края производится на основании приложения №8 Приказа МЗ КК от 30.12.2021 № 7795 «Об организации медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях и маршрутизации взрослых пациентов со злокачественными новообразованиями в Краснодарском крае».

В соответствии с приказом МЗ РФ от 20.10.2020 г. №1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология»» и Клиническими рекомендациями МЗ РФ «Цервикальная интраэпителиальная неоплазия, эрозия и эктропион шейки матки. МКБ10: N 86, N 87. – М., 2020» необходимо придерживаться единых правил диагностики.

Цитологическая диагностика предраковой патологии и рака шейки матки осуществляется в том числе средними медицинскими работниками смотровых кабинетов поликлинического звена. От качественного получения материала для исследования зависит точность постановки диагноза. В связи с этим всем медицинским работникам, осуществляющим забор материала для цитологического исследования мазков с шейки матки, необходимо придерживаться единого алгоритма забора материала.

Алгоритм забора материала для цитологического исследования шейки матки

Обязательные условия получения материала для цитологического исследования: взятие мазка до бимануального исследования, кольпоскопии, взятия материала для бактериологического исследования; у женщин репродуктивного возраста забор клеточного материала производится не ранее окончания и не позднее, чем за 5 дней до начала менструации; не берутся мазки в течение 24 часов после полового акта, спринцевания, введения во влагалище кремов, спреев и др. медикаментов; при наличии клинической картины кольпита или обнаружении патологической флоры в мазке. Материал для цитологического исследования берут только после проведения санации влагалища, противовоспалительной терапии и повторного (контрольного) исследования мазка на флору.

При проведении профилактических осмотров взятие материала для цитологического исследования проводится во всех случаях, а при проведении скрининга – только при отсутствии видимой патологии шейки матки.

Мазки берутся со всей поверхности шейки матки, включая цервикальный канал. В связи с тем, что рак чаще всего развивается в месте соединения плоского эпителия влагалищной порции шейки матки с цилиндрическим эпителием цервикального канала по периметру наружного маточного зева, «зоны

превращения», соскоб обязательно включает эту зону и эпителий цервикального канала. 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 глубине не менее 2,5 см.

У женщин с визуально неизменной шейкой матки мазки берутся методом поверхностного соскоба, который производят одноразовой цервикс-щеткой типа Cyto brush или – при сужении цервикального канала – Cervex brush и шпателем Эйера. Cervex brush и Cyto brush – одноразовые инструменты длиной около 20 см, изготовленные из полиэтилена. Верхняя часть цервикс-щеточки Cyto brush, которая состоит из пластиковых щетинок разной длины, используется для забора клеток. По форме эта часть щетки соответствует контурам шейки матки, а самые длинные средние щетинки захватывают на необходимую глубину цервикальный канал. Более короткие боковые щетинки предназначены для соскоба клеток с поверхности влажной порции шейки матки и переходной зоны. Гибкость ворсинок щетки позволяет собрать клетки со всей поверхности шейки матки и предотвратить повреждение ею тканей. Щетка «Cyto brush» приспособлена для забора клеточного материала только из цервикального канала. Использование цитощеток позволяет увеличить информативность цитологического материала в 2,8 раза по сравнению с традиционными инструментами (ложка Фолькмана, металлический или пластиковый шпатель Эйера, желобоватый зонд и др.).

Методика получения цитологического материала из влажной порции шейки матки и цервикального канала:

1. Осторожно ввести зеркало (избегать механических травм влагалища и шейки). Не использовать смазывающие вещества для зеркал. При необходимости можно смочить небольшим количеством раствора хлорида натрия 0,9%.

2. Визуализировать всю шейку матки. Если на шейке матки большое количество слизи, то можно очень осторожно снять ее ватным тампоном.

3. Инструмент для взятия образца должен гарантировать взятие материала из цервикального канала (эндоцервикс), зоны трансформации (плоскоклеточно-цервикального соединения) и поверхности шейки матки (экзоцервикс), что обеспечивает высокую информативность цитологического заключения.

4. Материал берут цитощеткой (Cervex Brush или другой щеткой такого же типа) из цервикального канала, зоны трансформации и поверхности шейки матки или отдельно инструментами для получения материала из экзоцервикса и эндоцервикса. В цервикальном канале и – при использовании шпателя Эйера – по поверхности влажной порции шейки матки необходимо производить 4–5 вращательных движений инструментами и полученный материал наносят на маркированное стекло тонким слоем (рис. 1). Приготовленный мазок высушивают на воздухе, помещают в контейнер и отправляют в лабораторию (рис. 2).

Маркировка стекол и фиксация материала

Маркировку предметных стекол удобнее проводить до взятия материала. На имеющемся шлифе (матовый шероховатый край) простым карандашом указывают фамилию, инициалы женщины, место, откуда взят материал (ц/к, ш/м), и номер исследования.

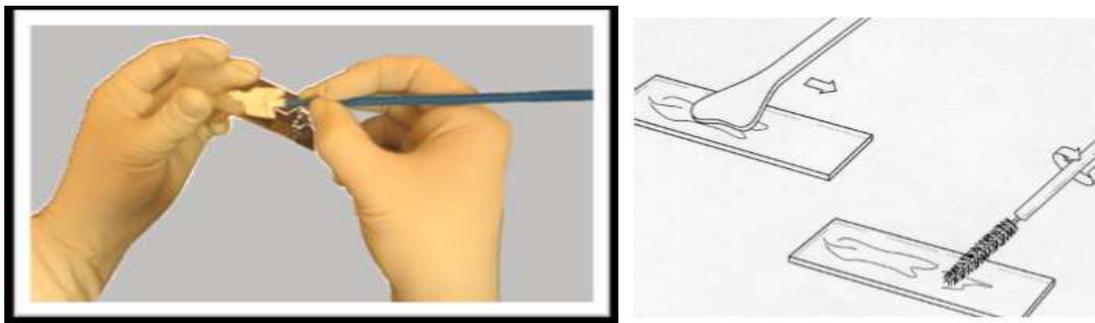


Рис. 1. Перенос клеточного материала на предметное стекло

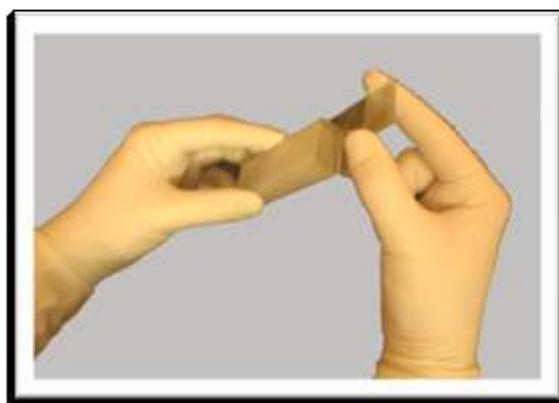


Рис. 2. Помещение цитологических препаратов в контейнер для транспортировки в лабораторию

Оформление направления (форма № 446у-02, утвержденная приказом МЗ России от 24.04.2003 г. № 174 «Об утверждении учетных форм для цитологического исследования»). Необходимо отметить следующие пункты: Ф.И.О. пациентки; возраст (предпочтительнее дату рождения); дату последней менструации; вид используемых контрацептивов; беременность; заместительную гормональную терапию; отметить предыдущие ASCUS и SIL, а также проведенное лечение; отметить наличие любой гинекологической опухоли и проведенного лечения; результат ВПЧ-теста.

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ

Критерии адекватности образца – перекрытие мазка эритроцитами или элементами воспаления не более чем на 70%. Отсутствие клеток эндоцервикса и зоны трансформации не является критерием неадекватности образца (но их наличие и/или отсутствие должно быть указано). Если в мазке отсутствуют эндоцервикальные клетки и ПАП-мазок отрицательный, скрининг проводить с обычным интервалом. Если в анамнезе имеется положительный ПАП-тест, плохо просматриваемая зона трансформации, ослабленный иммунитет, недостаточно сведений о пациентке, то повторить через шесть месяцев.

Критерии неадекватности образца – препарат обрабатывался и исследовался, но признан неудовлетворительным для определения патологических изменений (наиболее частая причина – если более 75% клеток многослойного плоского эпителия покрыто эритроцитами, лейкоцитами и т.д. Мазок с атипичными клетками НИКОГДА не бывает неадекватным (неудовлетворительным). При получении заключения о неадекватности мазка следует взять его повторно. Патология плоских клеток: ASC – атипичные плоские клетки, SIL – Интраэпителиальные изменения плоского эпителия: LSIL –

интраэпителиальные плоскоклеточные повреждения низкой степени, HSIL – интраэпителиальные плоскоклеточные повреждения высокой степени. SCC – плоскоклеточная карцинома (рак). Патология железистых клеток: AGS – атипичные клетки железистого эпителия. AIS – аденокарцинома in situ. Инвазивная аденокарцинома. Аденокарцинома без дополнительных уточнений.

Двуручное гинекологическое исследование. При двуручном гинекологическом исследовании акушерка должна обращать внимание на величину и форму шейки матки, плотность шейки, величину, форму, консистенцию и подвижность матки, положение матки в малом тазу; состояние придатков, наличие уплотнений и опухолей у стенок малого таза.

Увеличение и плотная консистенция шейки матки, смещение матки к одной из стенок таза и ограничение ее подвижности, укорочение и уплотнение сводов влагалища могут быть признаками рака шейки матки. Увеличение матки, неровная, узловатая поверхность ее обычно характерны для фибромиомы. Опухолевые заболевания в области придатков и в заднем своде всегда подозрительны по наличию рака яичников.

Предраковыми заболеваниями и злокачественными опухолями чаще поражается шейка матки, реже тело матки, наружные половые органы, придатки матки.

***Справочно:** Ежегодно в Краснодарском крае впервые в жизни выявляется 600 больных злокачественными новообразованиями шейки матки. Выявляемость больных на ранних стадиях опухолевого процесса (I – II) составляет – 52,1%, показатель запущенности (III - IV стадия) – 47,9%.*

К факторам риска развития ЗНО женских половых органов относятся: фоновые (эрозии шейки матки; лейкоплакия; полипы шейки матки; плоские кондиломы) и предраковые процессы - дисплазия (слабая, умеренная, тяжелая), лейкоплакия, папилломы влагалища, крауроз и зуд вульвы.

Для лейкоплакии вульвы характерны явления гипер- и паракератоза с последующим развитием склеротического процесса, возникновением на наружных половых органах и влагалищной части шейки матки беловатых пятен, не снимаемых ватным тампоном. Часто протекает бессимптомно. При лейкоплакии вульвы возможно появление зуда, приводящего к появлению расчесов и ссадин. Нередко сочетается с краурозом.

Зуд вульвы возникает у женщин в период климакса или постменопаузы. Больные подлежат систематическому наблюдению врача-гинеколога и врач-онколога.

Крауроз вульвы выражается в дистрофических, атрофических и склеротических изменениях кожи. Наблюдается у женщин в период климакса или постменопаузы, могут быть жалобы на зуд и сухость кожи наружных половых органов. Отмечается выраженная атрофия наружных половых органов, сужение входа во влагалище.

Фоновые процессы – патологические состояния врожденного или приобретенного характера, на фоне которых возникают предрак и рак шейки матки. Развитие фоновых заболеваний связано с травмой шейки матки во время родов, гормональными нарушениями, воспалительными заболеваниями.

Эктопия (псевдоэрозия) - смещение границы цилиндрического эпителия и плоского эпителия на влагалищную поверхность шейки матки. Наблюдается у 10-

-15% гинекологических больных. При осмотре вокруг зева обнаруживается ярко-красная, чаще овальная, зернистая или бархатистая поверхность, которая легко травмируется.

Эктопии, как правило, сопровождаются воспалительным процессом. По-видимому, эктропион шейки матки следует считать основным фоном для возникновения предрака — дисплазии, а в дальнейшем, при отсутствии необходимого лечения, и рака. Покрытый цилиндрическим эпителием участок эктопии виден невооруженным глазом и представляет собой яркую гиперемию с зернистой или бархатистой поверхностью, легко травмируется и кровоточит.

Существует несколько путей возникновения эктопий: врожденное анатомическое смещение наружу границы стыка плоского эпителия шейки матки и цилиндрического эпителия канала шейки матки, при половом созревании связано с увеличением продукции половых гормонов, после родов возникает при надрыве круговых мышц (эктропион — выворот и зияние части канала шейки матки во влагалище), а также в связи с длительным воспалительным процессом (например, при трихомонозе).

Эрозированный эктропион внешне похож на эктопию, однако при сближении передней и задней губ при помощи зеркал он исчезает, вворачивается внутрь.

Истинная эрозия шейки матки — дефект эпителиального покрова. Встречается она крайне редко. Возникновению истинной эрозии шейки матки способствует выворот слизистой оболочки, разрывы шейки при родах и абортах. При хроническом эндоцервиците длительные патологические выделения приводят к мацерации и слущиванию эпителия шейки.

Дефект эпителия (истинная эрозия) имеет ярко-красный цвет, кровоточит при дотрагивании. Ложная эрозия характеризуется замещением (гетеротопия) многослойного плоского эпителия цилиндрическим. Различают простую (гладкая поверхность), железистую (значительное развитие желез с растянутыми полостями) эрозию и папиллярную (сосочковые выросты на поверхности). Нередко эрозии сочетаются с кистозным расширением шейечных желез. При подозрении пациентка направляется к гинекологу. Диагноз основывается на осмотре шейки, кольпоскопии, цитологии соскоба-мазка с поверхности эрозии.

Лейкоплакия шейки матки — пограничное состояние зрелого метапластического эпителия с ороговением. Имеет вид белого пятна, иногда плотных грубых бляшек. Эти пятна интимно спаяны с подлежащей тканью и не снимаются при высушивании слизистой оболочки тампоном.

Эритроплакия шейки матки — это истонченный плоский эпителий с явлениями дискератоза, сквозь который просвечивает подлежащая ткань, красного цвета, неправильной формы и легко кровоточащая.

Предраковые заболевания шейки матки называют **дисплазиями**, выявление и лечение которых является основой профилактики развития рака шейки матки. Для дисплазии характерно нарушение созревания и дифференцировки клеток плоского многослойного эпителия, покрывающего шейку матки. При этом на разных уровнях многослойного плоского эпителия появляются базальные и парабазальные клетки с явлениями полиморфизма. Кроме того, для дисплазии характерны гиперплазия, гипертрофия, гиперхромия, повышение митотической активности, увеличение соотношения ядро-цитоплазма (ядерно-

цитоплазматический индекс повышается до 0,7). В цервикальном канале при дисплазии отмечается выраженная гиперплазия резервных клеток.

При дисплазии легкой степени отмечается умеренная пролиферация эпителиальных клеток базальных и парабазальных слоев, при этом клетки сохраняют нормальное строение и полярность расположения. В отдельных клетках базального и парабазального слоев отмечаются явления дискариоза. При умеренной дисплазии патологический процесс захватывает от 1/2 до 2/3 толщины эпителиального пласта. Явления дискариоза наблюдаются во многих клетках, пролиферирующие клетки имеются во всех слоях эпителиального пласта. Для тяжелой (выраженной) дисплазии характерно беспорядочное расположение клеток базального и парабазального слоев. Выражен гиперхроматоз ядер, ядра крупные, часто встречаются митозы. Явления дискариоза наблюдаются почти во всех слоях эпителиального покрова. Нормальное созревание и дифференцировка клеток происходят лишь в самом поверхностном отделе эпителиального пласта, что отличает это состояние от Cr in situ.

Специфической клинической картины при дисплазии не существует. У половины больных вообще отсутствуют какие-либо жалобы, а у остальных симптоматика обусловлена сопутствующими гинекологическими заболеваниями. Дисплазия при осмотре шейки матки с помощью зеркал не выявляется. Из дополнительных методов исследования при диагностике патологических состояний шейки матки применяют пробу Шиллера, цитологическое исследование, кольпоскопию, биопсию.

Переход одной степени дисплазии в другую может происходить в течение нескольких лет и даже десятилетий. В большинстве случаев своевременная диагностика дает возможность выявить дисплазии у женщин в возрасте 20-35 лет. Лечение этих поражений позволяет свести риск инвазивного рака шейки матки к минимуму, а обнаружение опухоли на стадии микрокарциномы провести органосохраняющее лечение и гарантировать выздоровление большинству больных.

Полипы шейки матки являются следствием чрезмерного роста части слизистой оболочки шеечного канала. Они видны в просвете шеечного канала в виде округлых либо дольчатых образований красного или розового цвета. Если полип покрыт цилиндрическим эпителием, он имеет характерную сосочковую поверхность, сходную с эктопией. Уточняют диагноз с помощью кольпоскопии. Нередким симптомом полипов тела и шейки матки является маточное кровотечение по типу меноррагий.

Особенности проведения осмотра в мужском смотровом кабинете

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.

Исследование органов мошонки и полового члена. У мужчин при визуальном осмотре обращают внимание на состояние кожных покровов половых органов, наличие ссадин и трещин, мацераций, гиперемированных участков на коже головки полового члена, величину и форму яичек. При пальпации органов мошонки отмечают размеры яичек, придатков, семенного канатика, их консистенция и наличие уплотнений и узелковых образований. В ранней стадии рака яичка прощупывается небольшой плотный безболезненный узелок, в последующем яичко становится плотным, бугристым. В норме доступная пальпации часть уретры на всем протяжении нечувствительна, упруго-мягкой консистенции. Болезненность при пальпации, наличие уплотнений в виде равномерного шнура или отдельных узелков указывают на патологические изменения в стенке уретры

Осмотр и пальпация области ануса у мужчин производится в положении обследуемого на спине или коленно-локтевом положении. 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.

***Справочно:** Ежегодно в Краснодарском крае впервые в жизни выявляется 1400-1500 больных злокачественными новообразованиями предстательной железы. Выявляемость больных на ранних стадиях опухолевого процесса (I – II) составляет – 68,9%, показатель запущенности (IV стадия) – 21,1%.*

При опросе и осмотре предстательной железы следует обращать внимание на наличие *факторов риска*: генетическая предрасположенность, возраст, особенности питания, вероятность развития опухоли предстательной железы выше у мужчины, у которого один из ближайших родственников первой степени родства (отец или брат) болел раком предстательной железы.

Аденомой называется доброкачественная опухоль, сохраняющая строение железистой исходной ткани. У 30-40 % мужчин старше 50 лет и 75-90 %, старше 65 лет возникают изменения в виде разрастания железистой ткани в области шейки мочевого пузыря. Величина опухоли не всегда соответствует степени нарушения мочеиспускания, оно зависит от направления роста аденомы. При разрастании из задней группы желез маленькая аденома, нависая над уретрой в виде клапана, может вызвать задержку мочи. В то же время большая аденома, растущая у боковых периуретральных желез назад, в сторону прямой кишки, может не давать никаких клинических проявлений болезни.

Развитие аденомы предстательной железы происходит медленно, симптомы могут отсутствовать либо проявляться непостоянно, то усиливаясь, то уменьшаясь. Первые симптомы появляются, когда увеличенные размеры простаты значительно затрудняют отток мочи, что может вызывать ряд типичных симптомов, например:

- увеличение частоты мочеиспускания в ночное время;

- неотложные позывы к мочеиспусканию в дневное время;
- затруднение начала мочеиспускания;
- ослабление струи мочи;
- капание после завершения мочеиспускания.

Опухоли яичка могут быть доброкачественными и злокачественными. Яичко состоит из множества оболочек, которые образованы различными тканями. Существует классификация опухолей яичка, которая включает три раздела - герминогенные опухоли, опухоли гонадной стромы и другие опухоли. Среди герминогенных опухолей наиболее часто встречается семинома.

Крипторхизм - состояние, когда в ходе внутриутробного развития или первых месяцев жизни яичко не опускается в мошонку, оставаясь в брюшной полости или в паховом канале. При крипторхизме рак встречается в 10 раз чаще у больных с не опустившимися яичками. Наивысший риск развития рака у больных с интраабдоминально (внутри брюшной полости) расположенными яичками. В 20% случаев в пациентов с односторонним крипторхизмом развивается рак в опущенном яичке. Если оба яичка располагаются внутри брюшной полости, то риск развития рака составляет 30%.

Диагностика опухолей яичка основывается на клинических данных - осмотр пациента, осмотр и ощупывание мошонки, а также осмотр и ощупывание возможных зон метастазирования опухоли.

***Справочно:** Ежегодно в Краснодарском крае впервые в жизни выявляется 50 больных злокачественными новообразованиями яичек. Выявляемость больных на ранних стадиях опухолевого процесса (I – II) составляет – 85,1%, показатель запущенности (III - IV стадия) – 14,9%.*

При необрезанной крайней плоти и несоблюдении личной гигиены рак полового члена встречается чаще. Обусловлено это тем, что скапливающаяся смегма может раздражать слизистую оболочку полового члена, что в свою очередь может приводить к воспалению, возникновению предраковых заболеваний, а при длительном течении процесса - к раку.

Приводить к возникновению рака могут и предраковые заболевания:

Кожный рог представляет собой образование, возникшее вследствие усиленного ороговения эпителия, который покрывает головку полового члена и крайнюю плоть. Часто кожный рог возникает в месте небольших повреждений. Внешне кожный рог представляет собой плотный (плотности ногтя) вырост в 2-3 см, желтого или белесоватого цвета.

Облитерирующий ксеротический баланит возникает вследствие нарушения выделения смегмы. Основным проявлением этой болезни является появление белых пятен, которые располагаются на крайней плоти и головке полового члена. Эти образования нередко приводят к сужению наружного отверстия мочеиспускательного канала.

Лейкоплакия - представляет собой равномерное поражение головки полового члена вследствие усиленного ороговения эпителия головки полового члена и крайней плоти. Возникает лейкоплакия из-за постоянного раздражения. Лейкоплакия редко перерождается в раковую опухоль.

Остроконечные кондиломы являются вирусным заболеванием, которое вызвано вирусами папилломы человека (ВПЧ). Эти же вирусы вызывают бородавки, эрозии шейки матки у женщин. Остроконечные кондиломы могут

поражать как головку полового члена, так и мошонку, а также перианальную область (область кожи, рядом с анусом), мочеиспускательный канал. Генитальные бородавки, как еще называют остроконечные кондиломы, выглядят в виде розовых, гроздьевидных разрастаний размерами 2-4 см. При ощупывании эти образования безболезненны.

Бовеноидный папулез также является проявлением вирусной инфекции. Однако до сих пор ученые лишь предполагают некоторую связь между бовеноидным папулезом и папилломавирусной инфекцией. Эта болезнь нередко приводит к возникновению рака полового члена. Внешне проявляется в виде папулезных высыпаний (папула - небольшое образование, возвышающееся над поверхностью кожи, не содержащее жидкости).

Опухоль Бушке Левинштейна или гигантская кондилома внешне похожа на остроконечные кондиломы, однако, в отличие от них эта опухоль может проникать в глубокие слои за пределами эпителия пениса.

Саркома Капоши представляет собой темные, кровоточащие, чувствительные при дотрагивании папулы на коже полового члена. Обычно саркома Капоши появляется у больных ВИЧ-инфекцией в стадии СПИД.

Справочно: Ежегодно в Краснодарском крае впервые в жизни выявляется 30 больных злокачественными новообразованиями полового члена. Выявляемость больных на ранних стадиях опухолевого процесса (I – II) составляет – 63,3%, показатель запущенности (III - IV стадия) – 36,7%.

В задачу работника смотрового кабинета не входит установление точного диагноза заболевания. Он должен только заподозрить патологию и направить пациента к врачу-специалисту на углубленное обследование.

При наличии патологических изменений женских половых органов больная направляется на дообследование в женскую консультацию.

При выявлении патологии кожи, полости рта, щитовидной железы лимфатических узлов, молочных желез и прямой кишки медработник смотрового кабинета направляет больного на обследование к хирургу поликлиники.

При подозрении на злокачественное образование или его выявлении для сокращения сроков обследования пациентов и обеспечения своевременного их направления в онкологические специализированные учреждения приказом Минздрава России от 15.11.2012 № 915н «Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю онкология» определена соответствующая система маршрутизации. Пациента направляют в первичный онкологический кабинет (отделение), после чего врач-специалист первичного онкологического кабинета направляет его в специализированное медицинское учреждение, имеющее лицензию на оказание медицинской помощи населению при онкологических заболеваниях, для уточнения диагноза и определения последующей тактики ведения пациента.

Цитологические мазки направляются в цитологическую лабораторию.

Результаты цитологического исследования поступают из лаборатории в учреждение, где производился забор материала, и фиксируются в картотеке или журнале. В целом срок от забора материала до получения заключения не должен превышать 7 дней для лечебно-профилактических учреждений города, где имеется цитологическая лаборатория, и не более 30 дней — для отдаленных районов края,

республики. Результаты цитологического исследования гинекологического мазка отражаются в виде стандартных ответов. При ответе «цитограмма без особенностей» заключение передают в регистратуру поликлиники для помещения в амбулаторную карту. Если есть указания, что имеется «воспалительный процесс», «легкая дисплазия» и другие неопухольевые процессы, заключение направляют в женскую консультацию. При обнаружении рака, преинвазивной карциномы или предраковых изменений (умеренной и тяжелой дисплазии) пациентку направляют в первичный онкологический кабинет (отделение).

Медицинский работник смотрового кабинета должен точно знать в какое лечебное учреждение нужно направить пациента с той или иной патологией на дообследование и кто в этом учреждении является ответственным за данный раздел работы.

Отчетно-учетная документация смотрового кабинета. Показатели работы смотрового кабинета.

Медицинский работник при осмотре пациента при профилактических осмотрах либо в смотровом кабинете обязан провести осмотр видимых локализаций на выявление онкологических заболеваний и заполнить лист целевых профилактических осмотров (см. Приложение №2).

Результаты осмотра также фиксируются в журнале ежедневного приема, возможно ведение электронной базы данных смотрового кабинета. В журнале заполняются следующие графы: порядковый номер в день приема, фамилия, имя, отчество пациента, возраст, адрес. В последующих графах отмечаются результаты осмотра всех локализаций, подлежащих обследованию в смотровом кабинете: кожи, полости рта, лимфатических узлов, щитовидной железы, молочных желез, женских половых органов, предстательной железы, мужских наружных половых органов и прямой кишки. Отдельные графы выделяются для отметки о взятии мазков с шейки матки, ориентировочного диагноза работника смотрового кабинета и уточненного (врачебного) диагноза.

Лицам, прошедшим обследование в смотровом кабинете, при отсутствии патологии выдается талончик (либо делается иная отметка) с указанием даты осмотра, который должен быть предъявлен врачу или в регистратуру для наклеивания (или иной фиксации) на лицевую сторону амбулаторной карты. При обнаружении патологии талончик целесообразно маркировать определенным (например, красным) цветом. При подозрении на злокачественное новообразование возможно заполнение сигнального извещения смотрового кабинета, которое направляется в первичный онкологический кабинет (см. Приложение №2).

Удобной формой регистрации результатов профилактических осмотров является использование электронной базы либо картотеки. Основой является списочный состав прикрепленного к поликлинике населения. Проверку списочного состава лиц, подлежащих профилактическому осмотру, следует проводить ежегодно. Целесообразно выделение трех групп лиц, прикрепленных к поликлинике:

- 1) лица, не прошедшие осмотр в текущем году. Их необходимо активно вызывать для профилактического осмотра.
- 2) лица, прошедших обследование в текущем году, без патологии.
- 3) лица, прошедшие обследование, у которых выявлена патология. В этой группе выделяются лица со сверенным «уточненным» диагнозом, эти больные подлежат наблюдению у районного онколога.

Списки пациентов с выявленной патологией передаются старшей сестре поликлиники (женской консультации) для передачи профильным специалистам. Для своевременного вызова больного (в 10-дневный срок) эти списки необходимо передавать не реже 1 раза в месяц (в последних числах текущего месяца или в первых числах следующего). Не позднее чем через 1 месяц при сдаче очередного нового списка медицинский работник смотрового кабинета должен получить предыдущий с указанием заключительных диагнозов для их регистрации в журнале. Уточнение диагнозов (сверка выявленной патологии) проводится 1 раз в месяц. Уточненный диагноз заносится в журнал смотрового кабинета и медицинскую карту амбулаторного больного.

Ведение картотеки или электронной базы данных обеспечивает преемственность работы медицинского работника смотрового кабинета с врачами, осуществляющими дообследование и лечение пациентов, нуждающихся в этом.

На основании заключительных врачебных диагнозов и собственной документации медицинский работник смотрового кабинета 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 дообследования. Проверяется обращение направленных из смотрового кабинета пациентов к специалистам по спискам, представляемым в ЛПУ. Ответственному за данный раздел работы должностному лицу в поликлинике необходимо анализировать и контролировать проведение акушеркой (фельдшером, иным медицинским работником) смотрового кабинета сверки патологии, выявленной в смотровом кабинете, своевременность представления сведений из смотрового кабинета о выявленных больных старшей медицинской сестре поликлиники (женской консультации) при выявлении фоновых и воспалительных заболеваний, онкологу (при выявлении ЗНО), своевременность получения сотрудниками смотровых кабинетов сведений о результатах обследования больных, направленных к врачу. Отсутствие этих сведений указывает на плохую работу ЛПУ по активному привлечению к дообследованию и санации больных, выявленных в смотровом кабинете

Ежемесячно медицинский работник смотрового кабинета направляет отчет о работе смотровых кабинетов в организационно-методический отдел ГБУЗ КОД №1 в срок до 3 числа, следующего за отчетным месяцем (см. Приложение №3). Анализ работы смотрового кабинета проводится совместно руководством поликлиники и онкологом. Вопросы работы смотрового кабинета должны заслушиваться не реже 2 раза в год на врачебных и сестринских конференциях.

Для характеристики работы смотрового кабинета и оценки качества работы медицинского персонала используются следующие показатели:

- **посещаемость** (число осмотренных пациентов в отчетный период). Рекомендуемый норматив: 4 женщины в час для женского смотрового кабинета, 5 мужчин для мужского смотрового кабинета. При недостаточной нагрузке акушерки (фельдшера) и неполном охвате посетителей поликлиники обследованием в смотровом кабинете специалисту совместно с главным врачом ЛПУ необходимо принять меры по увеличению потока посетителей в смотровой кабинет.

- **доля пациентов, осмотренных в смотровом кабинете, от всех пациентов, впервые обратившихся в поликлинику x 100%**. Рассчитывается в целом на всех пациентов, впервые посетивших поликлинику, а также отдельно для женщин и мужчин. Этот показатель отражает качество организации преемственности между регистратурой, смотровыми кабинетами, участковыми терапевтами.

- **объем использования цитологического метода (в %)**. Определяется отношением женщин, у которых при осмотре взяты мазки для цитологического исследования к общему числу обследованных женщин. Этот показатель характеризует качество и полноту осмотра в смотровом кабинете.

Характеристика использования цитологического метода при профилактическом обследовании в смотровом кабинете будет более полной при учете данных цитологической лаборатории о качестве мазков, взятых акушеркой. Наличие большого числа мазков, не содержащих клеточный материал, указывает на неудовлетворительный забор материала, что, как правило, сопровождается низкой эффективностью выявления рака и предраковых заболеваний шейки матки. При подобной ситуации необходимо провести инструктаж акушерки смотрового кабинета по методике правильного забора мазков с шейки матки и цервикального канала.

- **выявляемость предопухолевых заболеваний (в %)**. Рассчитывается как доля пациентов с предраковыми заболеваниями от всех пациентов, осмотренных в смотровом кабинете всего и отдельно для мужчин и для женщин.

- **выявляемость ЗНО (в %)**. Рассчитывается как доля пациентов с ЗНО от всех пациентов, осмотренных в смотровом кабинете всего и отдельно для мужчин и для женщин.

Показатели выявляемости отражают качество осмотра и, соответственно, уровень квалификации медработников смотрового кабинета. 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 ЗНО необходимо ставить вопрос о повышении квалификации специалиста.

- **доля подтвержденных диагнозов (в%)**. Рассчитывается как доля подтвержденных диагнозов (предопухолевых и ЗНО) от всех направленных на дообследование с подозрением на предрак и ЗНО. Этот показатель отражает профессиональную квалификацию врача, акушерки либо фельдшера смотрового кабинета. Показателем квалификации медицинского работника смотрового кабинета может служить процент подтвержденных или измененных диагнозов.

- **доля активного выявления рака**, выражается в %, рассчитывается как число больных с ЗНО, выявленных в смотровом кабинете, по отношению ко всем больным ЗНО, впервые взятых на учет в текущем году. Возможен расчет по каждой из визуально обозримых локализаций.

Санитарно-просветительная работа

Важным разделом работы смотрового кабинета является санитарно-просветительская работа среди населения. Для проведения этой работы необходима тесная связь с онкологическим диспансером и центром медицинской профилактики с целью получения методических материалов по противораковой пропаганде. К проведению противораковых мероприятий необходимо шире привлекать печатные средства массовой информации, радио и телевидение.

Комплексная профилактика злокачественных новообразований включает первичную (доклиническую), вторичную (клиническую). **Под первичной профилактикой злокачественных новообразований** понимается предупреждение возникновения злокачественных опухолей и предшествующих им предопухолевых состояний путем устранения или нейтрализации воздействий неблагоприятных факторов окружающей среды и образа жизни, а также путем повышения неспецифической резистентности организма. В соответствии с современными данными о механизмах канцерогенеза у человека и роли воздействия канцерогенных факторов в возникновении онкологических заболеваний, первичная профилактика рака проводится по следующим направлениям.

Онкогигиеническая профилактика, т.е. выявление и устранение действия на человека канцерогенных факторов окружающей среды, а также выявление и использование возможностей уменьшения опасностей такого воздействия.

Спектр форм воздействия в этом направлении чрезвычайно обширен, и можно конкретизировать лишь основные из них.

Ведущее значение в оздоровлении образа жизни придается **контролю курения**. По данным литературы атрибутивный риск рака легкого, т.е. доля случаев этого заболевания, вызванных курением, составляет 80–90% у мужчин и 70% у женщин. Велика роль курения в возникновении рака пищевода, поджелудочной железы, мочевого пузыря. **Отказ от курения** даже в среднем возрасте приводит к снижению риска умереть от рака и других причин, связанных с курением. Например, если кумулятивный риск смерти от рака легкого (до 70 лет) мужчин, которые курили всю жизнь, достигает 17%, то среди бросивших курить в 60 лет этот показатель равен 11%. Кумулятивный риск умереть от рака легкого снижается до 5 и 3% среди бросивших курить в 50 и 40 лет соответственно.

Особенности питания. В крупных американских исследованиях, проведенных среди медицинских работников, было показано, что риск рака зависит от соотношения потребления мяса к потреблению птицы и рыбы, т.е. чем выше потребление мяса, тем выше риск рака кишечника.

Защитное влияние потребления овощей и фруктов против развития злокачественных опухолей у человека доказано для рака полости рта, глотки,

пищевода, легкого, желудка и толстой кишки. Овощи и фрукты содержат активные вещества, которые подавляют развитие опухолей. К ним относятся витамины С и Е, а также бета-каротин, селен, обладающие антиоксидантными свойствами, витамин А, фолиевая кислота, а также фитоэстрогены (изофлавинолы), флавоноиды, такие как кверцетин, индолы и т.д.

В соленых, копченых и консервированных продуктах могут содержаться различные канцерогенные вещества. Нитрозамины, их предшественники (нитраты, нитриты) в пище, а также потребление большого количества соли, связаны с повышенным риском рака пищевода и желудка.

Ожирение является одной из важнейших причин заболеваемости и смертности в развитых странах и по значимости занимает второе место (после курения). Ожирение (и избыточный вес) повышает риск развития диабета, сердечно-сосудистых заболеваний и рака.

Достоверно доказано, что повышенная **физическая активность**, как профессиональная, так и связанная со спортивными занятиями снижает риск развития рака ободочной кишки, молочной железы, эндометрия и простаты. Чем выше физическая активность, тем ниже риск.

Суммирование результатов эпидемиологических исследований показало, что повышенная физическая активность снижает на 60% риск рака.

Ограничение потребления алкогольных напитков является важным направлением профилактики рака.

Большое значение в возникновении злокачественных опухолей придается действию *ионизирующих излучений, неионизирующим электромагнитным излучениям радио- и микроволнового диапазона*. Данные экспериментальных и эпидемиологических исследований показали, что ультрафиолетовое (УФ) излучение является канцерогенным для человека и приводит к развитию базалиомы, плоскоклеточного рака и меланомы кожи.

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

Отсюда следуют соответствующие профилактические рекомендации для пациентов.

Биохимическая профилактика имеет целью предотвращение бластоматозного эффекта от действия канцерогенов путем применения определенных химических препаратов и соединений. Так, например, общеизвестна роль нитратно-нитритного загрязнения окружающей среды в развитии, прежде всего злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта, который является основным путем их проникновения в организм человека. При среднем потреблении с водой и пищевыми продуктами 1 миллимоля этих химических соединений в сутки смертность от рака желудка составляет 6 на 100 000 населения в год (США), а при нагрузке в 4,5 миллимоля в сутки этот показатель возрастает до 43 на 100 000 населения (Япония). Канцерогенное воздействие воды и пищи возрастает также в случае загрязнения водоисточников соединениями мышьяка, галогенов, а также загрязнения воздушной среды различными химическими веществами и особенно асбестовой пылью, бластомогенное действие которой при поступлении ее в организм

ингаляционным путем в настоящее время является общепризнанным. Канцерогены химического происхождения окружают человека и в бытовой обстановке: полициклические ароматические углеводороды (ПАУ) и окислы азота - при сжигании газа, формальдегид и смолы содержатся в пластиках, нитросоединения появляются в дыму при жарении пищи и т.д. Биохимическому направлению в профилактике онкологических заболеваний придается большое значение, однако реализация возможностей этого направления представляется сложной: многие специалисты считают, что для организации мероприятий по предотвращению бластоматозного действия химических канцерогенов и контроля эффективности мер защиты необходим биохимический мониторинг. Теоретически эффективность мероприятий по онкогигиенической и биохимической профилактике оценивается снижением онкологической заболеваемости на 70–80%. По данным МАИР 80–90% злокачественных новообразований детерминировано средовыми факторами.

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

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

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

Теоретическая эффективность каждого из этих направлений оценивается снижением онкологической заболеваемости на 10%. Стратегической целью этого раздела профилактики рака является снижение онкологической заболеваемости населения.

Вторичная профилактика злокачественных новообразований представляет комплекс мероприятий, направленных на выявление предопухолевых заболеваний, раннюю диагностику онкологических заболеваний,

что обеспечивает эффективность их хирургического (и других видов противоопухолевого) лечения. В осуществлении этого вида профилактики имеет значение применение цитологических, гистологических, эндоскопических, рентгенологических и других специальных методов обследования.

Список литературы:

Агеенко А.И. Новая диагностика рака: теория, диагностика, лечение/ уч. метод.-пособие для врачей. – М.: Медицина XXI, 2004 г.

Алгоритмы выявления онкологических заболеваний у населения Российской Федерации (методические рекомендации для организаторов здравоохранения, врачей первичного звена, врачей специалистов). – Москва, 2010.-38 с.

Васильев О.В. Малоинвазивная диагностика и лечение заболеваний молочной железы – своевременно и быстро // Вместе против рака. - №1, 2008 г. – М., 2008 г. – С. 19.

Ганцев Ш.Х. Онкология/ учеб. для студ. мед.ВУЗов. – М.: ООО Мединформагентство, 2006 г.

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

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

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

Клиническая онкология: метод. рук-во для врачей общей лечебной сети./Под ред. В.М. Мавроди/ Краснодар, 2000 г.

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

Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. – 4-е изд. – М., Медицина, 2000 г. – 480 с.

Подистов Ю.И., Лактинов К.П., Петровичев Н.Н., Брюзгин В.В. Эпителиальные дисплазии шейки матки. – М., ГЭОТАР-Медиа, 2006 г. – 138 с.

Роль и задачи смотрового кабинета поликлиники, как этапа в организации профилактических мероприятий, направленных на совершенствование онкологической помощи населению (методические рекомендации). М: ФГУ «МНИОИ им. П.А.Герцена» Минздравсоцразвития России. - 2010, - 34 с.

Сидоренко Л.Н. Мастопатия. – Санкт-Петербург, изд-во «Гиппократ», 2007 г. – 432 с.

Солопова А.Г., Макацария А.Д., Иванов А.Е., Маландин А.Г. Предрак и рак женских наружных половых органов. – М., Медицинское информационное агентство, 2007 г. – 80 с.

Справочник по онкологии / Под ред. В.М.Моисеенко. – Санкт-Петербург, 2008 г. – 258 с.

Цветкова Л.А., Арутюнов С.Д., Петрова Л.В., Перламутров Ю.Н. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ. – М., МЕДпресс-информ, 2006 г. – 208 с.

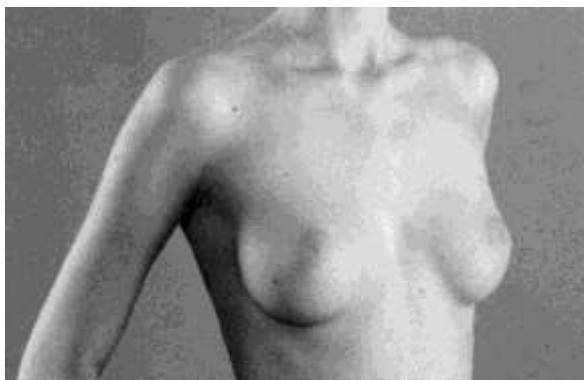
Цейтлин Г.Я. Курение и рак // Вместе против рака. - №2, 2004 г. – М., 2004 г. – С. 10-13.

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

Методика самообследования молочных желез для женщин

Медицинский работник должен обучать женщин **методике самообследования** молочных желез. Самообследование рекомендуется проводить систематически, один раз в месяц, в первую половину менструального цикла (оптимально – на 7-10-й день после начала менструации), когда молочные железы не напряжены. При отсутствии менструаций самообследование можно проводить, например, первого числа каждого месяца.

1. Самообследование начинают с осмотра молочных желез перед зеркалом. Женщина должна встать прямо, руки опустить вдоль туловища. Внимательно осмотреть молочные железы, обращая внимание на изменение объема и формы груди, а также изменение цвета кожи, соска и околососкового кружка.



2. Поднять руки и сцепить их за головой, повернуться вправо, влево. Внимательно осмотреть молочные железы со всех сторон, обращая внимание на их форму и объем. Убедиться, что складки, утолщения или другие изменения кожи, которых раньше не было, отсутствуют. Еще раз осмотреть соски для того, чтобы убедиться в том, что они не втянуты или не появились какие-либо другие изменения. Затем сравнить молочные железы, обращая особое внимание на любую, недавно появившуюся асимметрию.

3. Следующий этап осмотра можно проделать под душем: пальцы легко скользят по коже, покрытой мыльной пеной, и можно полностью сконцентрироваться на поисках отклонений от нормы. Поднять левую руку. Мысленно разделить молочную железу на четыре части (квадранты) и проводить обследование квадрант за квадрантом в одной и той же последовательности при каждом самообследовании. Продвигаясь вращательными движениями с легким нажимом, тщательно прощупать левую молочную железу. Делают это подушечками трех сомкнутых пальцев правой руки.

4. Молочная железа наиболее развита на уровне верхнего наружного квадранта. Оставаясь в положении стоя, поступательными движениями ощупать все зоны молочной железы. Правую молочную железу необходимо обследовать прямыми пальцами левой руки.



5. Чтобы ничего не упустить, женщина должна воспользоваться одной из двух возможных схем:

- начинать осмотр с подмышечной впадины, далее двигаясь по спирали по направлению к соску, пока женщина не почувствует его;
- двигаясь по вертикалям сверху вниз, начинать с внутренней стороны груди вплоть до подмышечной впадины.



6. Проверить, есть ли выделения из соска при сжатии его большим и указательным пальцами противоположной руки. Если выделения есть, обязательно обратить внимание на их цвет. Об их наличии могут свидетельствовать и пятна на белье.

7. Повторить все вышеуказанные манипуляции лежа на спине. При этом руку закинуть за голову, под лопатку подложить подушечку или сложенное полотенце: такая позиция делает грудь более плоской и облегчает обследование. Прощупать также подмышечные впадины – чтобы убедиться, нет ли там уплотнений. Попытаться найти подмышечные лимфатические узлы. Затем прощупать участок тела между грудью и шеей.



Лист профилактического онкологического осмотра

Локализация / годы					
Кожа					
Губа					
Слизистая оболочка полости рта					
Лимфатические узлы					
Щитовидная железа					
Молочные железы					
Матка					
Шейка матки					
Придатки матки					
Прямая кишка					
Предстательная железа					
Половые органы					

СИГНАЛЬНОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ

смотрового кабинета при подозрении на злокачественное новообразование

Медицинская организация _____
(наименование, адрес)

Ф. И. О. _____

Возраст _____ лет

Адрес пациента _____

Диагноз направления _____

Подпись врача (фельдшера, акушерки) _____

Дата « ____ » _____ 20 __ г.

Ежемесячный отчет о работе смотровых кабинетов амбулаторно-поликлинических подразделений медицинских организаций Краснодарского края

(направляется в организационно-методический отдел ГБУЗ КОД №1 в срок до 3 числа, следующего за отчетным месяцем)

Наименование медицинской организации, юридический адрес			
Время работы поликлиники			
Количество смотровых кабинетов (указать, если отдельный смотровой кабинет не выделен и прием ведется на функциональной основе)	женский	мужской	смешанного приема
Время работы смотрового кабинета (отдельно каждого с __ до __), количество смен			
Ф.И.О. сотрудника смотрового кабинета (полностью) и должность			
На сколько ставок работает в смотровом кабинете (для каждого сотрудника отдельно)			
График и время работы сотрудника в смотровом кабинете. При наличии нескольких сотрудников указать чередование смен и время работы.			
Даты (с __ до __) и место последней стажировки для работы в смотровом кабинете (если нет, то указать - когда планируется)			
Изменения в работе смотрового кабинета: закрылся, открылся новый смотровой кабинет, изменилось количество смен работы (указать причину, с какого числа), сменился сотрудник (с какого числа по какой причине, внести данные			

нового сотрудника в таблицу)			
Количество лиц, впервые обратившихся в поликлинику в текущем году (мужчины старше 30 лет и женщины старше 18 лет)			
Количество осмотренных в смотровых кабинетах			
Количество выявленных предраковых образований			
Количество выявленных злокачественных новообразований (ЗНО)			
<i>из них локализации ЗНО</i>			
<i>кожа</i>			
<i>полость рта</i>			
<i>щитовидная железа</i>			
<i>молочная железа</i>			
<i>шейка матки</i>		X	
<i>прямая кишка</i>			
<i>предстательная железа</i>	X		
<i>другие (какие и сколько)</i>			
Количество женщин, которым были взяты мазки на онкоцитологию		X	
Исполнитель Контакты (тел)			