

Лабораторные и инструментальные методы диагностики, как составляющая профилактики онкологических заболеваний.

Простат-специфический антиген (ПСА). При нарушении нормальной структуры ткани предстательной железы ПСА попадает в кровь в больших количествах, что приводит к повышению его уровня. Однако следует подчеркнуть, что ПСА не является специфическим онкологическим маркером. Повышение его уровня может происходить не только при наличии злокачественной опухоли простаты, но и в случае доброкачественной гиперплазии предстательной железы или воспаления. Уровень ПСА в сыворотке крови также увеличивается после различных манипуляций с органом, таких как массаж, биопсия, трансуретральная резекция предстательной железы и др.

Строго определенного значения нормы ПСА, позволяющего исключить наличие рака предстательной железы, не существует. Вместе с тем, большинство специалистов использует в качестве порогового значения уровень общего ПСА в сыворотке крови равный 2,5 нг/мл. С возрастом концентрация ПСА в крови повышается, что может быть связано с большей встречаемостью доброкачественной гиперплазии железы и простатита в старших возрастных группах. Для различных возрастных групп определены свои пороговые концентрации ПСА: 40-49 лет - 2,5 нг/мл, 50-59 лет - 3,5 нг/мл, 60-69 лет - 4,5 нг/мл, 70-79 лет - 6,5 нг/мл, которые, однако, повсеместно не применяются в связи с неудовлетворительной чувствительностью метода для возрастных групп старше 60 лет.

Биопсия предстательной железы должна назначаться:

- при уровне ПСА $\geq 4,0$ нг/мл;
- у лиц с уровнем ПСА 2,5-4,0 нг/мл при наличии факторов риска (отягощенный семейный анамнез (случаи заболевания РПЖ в возрасте до 65 лет); пожилой возраст; наличие патологических находок при пальцевом ректальном исследовании).

СА 125 углеводный антиген (СА 125).

СА 125 это высокомолекулярный гликопротеин, представляющий собой антиген, который" происходит из дериватов целомического эпителия тканей плода и присутствует в нормальной ткани эндометрия, серозной и муцинозной жидкости матки. Он не проникает в кровотоки за исключением случаев разрушения природных барьеров. Уровни в сыворотке могут удваиваться во время менструации, особенно при эндометриозе. Возможно физиологическое повышение маркера при беременности (1 триместр). Специфичность СА 125 низкая.

Дискриминационный уровень СА 125-35 ед/мл. Среднее значение: у здоровых женщин составляет 11,0-13,0 ед/мл; у мужчин не превышает 10 ед/мл.

При выявлении повышенного значения СА 125 у женщин в менопаузе необходимо проводить дообследование для исключения опухолей малого таза.

При обнаружении у женщин объемного образования в малом тазу обязательно направление крови на исследование данного маркера.

Цитологическое исследование. Обработка и просмотр соскобов из шейки матки и других материалов, взятых для цитологического исследования, проводится в централизованных цитологических лабораториях, которые могут обслуживать несколько районов. Сбор и пересылка материалов в такие лаборатории, просмотр мазков и пересылка ответов не должна превышать для районных ЛПУ 1 месяц, для городских — 1 неделя. Следует иметь в виду, что цитологическое исследование направлено на выявление дисплазий и преинвазивной карциномы.

Ультразвуковое исследование (УЗИ). При выявлении или подозрении на наличие объемных образований при осмотре пациента необходимо направить на УЗИ и при необходимости и достаточной квалификации врача-специалиста возможно проведение биопсии под контролем УЗИ с дальнейшим цитологическим/морфологическим исследованием полученного материала.

При выявлении объемных образований в малом тазу у женщин необходимо определение маркера СА 125.

Эзофагогастродуоденоскопия.

Эзофагогастродуоденоскопия проводится при наличии общих симптомов (изменении самочувствия больного, выражающееся в появлении беспричинной общей слабости, снижении трудоспособности, быстрой утомляемости, при стойком понижении аппетита или его полной потере, вплоть до отвращения к пище, беспричинном похудении) и появлении симптомов «желудочного дискомфорта»: потери физиологического чувства удовлетворенности от принятия пищи, ощущении переполнения желудка, даже после небольшого количества пищи, появлении чувства тяжести, распирания, иногда болезненности в подложечной области, тошноты и рвоты, бледности кожных покровов (не объясненной другими заболеваниями), выраженной депрессии, апатии, потери «радости жизни», интереса к окружающему, к труду, отчужденности.

Низкодозная спиральная компьютерная томография органов грудной клетки. Низкодозная спиральная компьютерная томография

органов грудной клетки проводится при наличии общих симптомов (изменении самочувствия больного, выражающееся в появлении беспричинной общей слабости, снижении трудоспособности, быстрой утомляемости, при стойком понижении аппетита или его полной потере, вплоть до отвращения к пище, беспричинном похудении), факторов риска (хронические заболевания легких, табакокурение, профессиональная вредность), жалоб на потливость, беспричинные подъемы температуры тела и появлении беспричинного, надсадного, изнурительного кашля (кашель может быть приступообразным, без причины или связанным с вдыханием холодного воздуха, физической нагрузкой или в положении лежа), мокроты, обычно желтовато-зеленоватого цвета, одышки (обусловленных сопутствующим воспалением легких, спаданием части легкого в связи с закупоркой бронха (ателектаз), нарушением газообмена в легочной ткани и ухудшением условий вентиляции легких, уменьшением дыхательной поверхности), особенно при возрасте пациента старше 40 лет.

При подозрении на злокачественное новообразование или его выявлении с целью сокращения сроков обследования пациентов и обеспечения своевременного их направления в онкологические специализированные учреждения приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012г. № 915н «Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю онкология» определена система маршрутизации пациентов в специализированные онкологические медицинские учреждения». Пациента направляют в первичный онкологический кабинет (отделение), после чего врач-специалист первичного онкологического кабинета направляет пациента в специализированную медицинскую организацию, имеющую лицензию на оказание медицинской помощи населению при онкологических заболеваниях, для уточнения диагноза и определения последующей тактики ведения пациента.

На больного, у которого впервые был установлен диагноз злокачественного новообразования, врачом медицинской организации, в которой этот диагноз был установлен, вне зависимости от формы собственности и ведомственной подчиненности медицинской организации составляется «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования» (ф.№ 090/У), которое направляется в организационно-методический кабинет онкологического диспансера по месту постоянной регистрации больного.

Извещение заполняется на всех больных, диагноз данного злокачественного новообразования которым был установлен впервые, в том числе на больных:

- самостоятельно обратившихся в лечебно-профилактическое учреждение за медицинской помощью;
- выявленных при диспансеризации, на профилактических осмотрах, при реализации скрининговых программ;
- выявленных при медицинском освидетельствовании;
- выявленных при обследовании и лечении в стационаре медицинского учреждения, в частности, при диагностике злокачественного новообразования во время оперативного вмешательства;
- на больных с преинвазивным раком (carcinoma in situ).

Извещение не заполняется на больных с заболеваниями, подозрительными на злокачественное новообразование, больных с предопухолевыми заболеваниями, больных с доброкачественными опухолями.

В таблице 1 представлен список нозологических форм заболеваний, при наличии которых необходимо наблюдение пациентов у соответствующих врачей с периодической консультацией у врача-онколога первичного онкологического кабинета/отделения.

Таблица 1.

Нозологическая форма	Периодичность осмотров у онколога
Наблюдаются у врача-терапевта	
Хронический бронхит (в том числе курильщика) с частыми обострениями	по показаниям
Хроническая обструктивная болезнь лёгких	по показаниям
Язвенная болезнь желудка: частые рецидивы, осложнения	по показаниям
Атрофический гастрит	по показаниям
Семейный полипоз толстой кишки, синдром Гартнера, синдром Пейца-Егерса, синдром Турко	по показаниям
Полипы желудка, полипоз желудка, полипоз кишечника	по показаниям
Хронический колит с частыми обострениями	по показаниям
Состояние после резекции желудка (более 10 лет после операции)	по показаниям
Неспецифический язвенный колит и болезнь Крона толстой кишки	по показаниям
Ахалазия, лейкоплакия пищевода. Рубцовая стриктура	по показаниям

пищевода	
Наблюдаются у врача-пульмонолога	
Идиопатический фиброзирующий альвеолит	1 раз в год
Лёгочные фиброзы разной этиологии	1 раз в год
Наблюдаются у врача-эндокринолога	
Диффузный токсический зоб. Аутоиммунный тиреоидит	по показаниям
Узловой эутиреоидный зоб	по показаниям
Гиполютеиновая дисфункция яичников	по показаниям
Состояние после операции по поводу феохромоцитомы в стадии ремиссии	по показаниям
Синдром Стейна-Левентала	по показаниям
Вирилизующие опухоли яичников (после операции)	по показаниям
Множественный эндокринный аденоматоз, тип I (МЭА-I, синдром Вернера)	1 раз в год
Множественный эндокринный аденоматоз, тип II (МЭА-II, синдром Сипла) и тип III (МЭА-III, синдром невром слизистых оболочек)	1 раз в год
Синдром Тернера, синдром тестикулярной феминизации	1 раз в год
Дисгенезия гонад	1 раз в год
Псевдогермафродитизм	1 раз в год
Наблюдаются у врача-гематолога	
Острые лейкозы	по показаниям
Хронический миелолейкоз	по показаниям
Хронический лимфолейкоз	по показаниям
Миеломная болезнь	по показаниям
Лимфоаденопатия	по показаниям
Остеомиелосклероз	1 раз в год
Гипопластическая анемия	1 раз в год
Наблюдаются у врача-невропатолога	
Вертеброгенные заболевания периферической нервной системы: <ul style="list-style-type: none"> • радикулиты (шейный, грудной, пояснично-крестцовый) после выраженного приступа заболевания с временной утратой трудоспособности; • декомпенсация заболевания (затянувшееся обострение, частые обострения) 	по показаниям
Нейрофиброматоз (болезнь Реклингхаузена)	по показаниям
Туберкулезный склероз	по показаниям

Телеангиэктатическая атаксия (синдром Луи-Бар)	по показаниям
Наблюдаются у врача-хирурга	
Полипоз толстой кишки после оперативного лечения: • диффузный • ворсинчатые опухоли • множественные полипы и тубулярно-ворсинчатые аденомы • единичные тубулярные аденомы	1 раз в год
Множественные и единичные полипы и тубулярно-ворсинчатые аденомы (после операции)	1 раз в год
Одиночные полипы толстой кишки, не подлежащие операции (размер менее 0,4 см).	1 раз в год
Наблюдаются у врача-хирурга/врача-маммолога	
Мастопатия фиброзно-кистозная (фиброаденоматоз или дисгормональные гиперплазии)	1 раз в год, по показаниям чаще
Узловая мастопатия	1 раз в год, по показаниям чаще
Фиброаденома молочной железы	1 раз в год, по показаниям чаще
Папилломатоз молочной железы	1 раз в год, по показаниям чаще
Наблюдаются у врача-уролога	
Аденома предстательной железы	1-2 раза в год
Хронический простатит	1-2 раза в год
Папилломы, полипы мочевого пузыря и уретры	1-2 раза в год
Лейкоплакия, лейкокератоз, остроконечные кондиломы (папилломы) полового члена	1-2 раза в год
Наблюдаются у врача-травматолога-ортопеда	
Состояния после оперативных вмешательств на опорно-двигательном аппарате в связи с опухолевым и системным поражением	ежеквартально в течение 1 первого года, затем 2 раза в год
Наблюдаются у врача-офтальмолога	
Опухоли век, конъюнктивы, Злокачественные новообразования органа зрения (после проведенного специального лечения (хирургического, лучевого)	по показаниям
Наблюдаются у врача-оториноларинголога	

Хронический ларингит, хронический хордит, контактные язвы, папилломатоз; фиброматоз, пахидермия	по показаниям
Наблюдаются у врача-стоматолога	
Лейкоплакия	2 раза в год
Красный плоский лишай	по показаниям
Абразивный хейлит Манганотти	по показаниям
Кератоакантома или кожный рог	по показаниям
Папилломатоз полости рта	по показаниям
Состояние после операции по поводу доброкачественных опухолей челюстно-лицевой области: • костей (кисты, амелобластомы, эпулисы и т.д.) • мягких тканей (смешанная, сосудистая, папилломы, фибромы, миомы и др.)	по показаниям
Лучевые поражения костных и мягких тканей челюстно-лицевой области	2 раза в год
Наблюдаются у врача-дерматолога	
Дерматомиозит	по показаниям
Баланопостит, крауроз	по показаниям
Невусы (сосудистые, пигментные)	по показаниям
Синдром базально-клеточного невуса	ежеквартально в течение первого года, затем 2 раза в год
Синдром линейного сального невуса	
Пигментная ксеродерма	
Множественный родинковый синдром	
Наблюдаются у врача-гинеколога	
Эрозия шейки матки	по показаниям
Эктропион	по показаниям
Полипы шейки матки и эндометрия	по показаниям
Эндометриоз	по показаниям
Кодиломы шейки матки	по показаниям
Дискератозы шейки матки (лейкоплакия, крауроз)	по показаниям
Гиперплазия эндометрия (железистая и атипическая)	по показаниям
Аденоматоз	по показаниям
Дисплазия эпителия шейки матки II-III степени	не реже 1 раза в год

Примечание: все вышеперечисленные заболевания, сопровождающиеся дисплазией II- III степени, подлежат постоянному наблюдению у онколога с осмотром не реже 1 раза в год с морфологическим подтверждением динамики процесса.