

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

Н. М. ТРИЗНА, С. В. САМСОНОВ, Л. Е. МОЙСЕЙЧИК

**ОРГАНИЗАЦИЯ
ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ
И ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ
СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ
ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2010

УДК 616.716.8–006.6–084.3 (075.8)
ББК 56.6 я73
Т67

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве учебно-методического пособия 24.03.2010 г., протокол № 8

Р е ц е н з е н т ы: зав. каф. онкологии Белорусского государственного медицинского университета проф. А. В. Прохоров; ассист. каф. онкологии Белорусского государственного медицинского университета Т. М. Минайло; зав. отделением опухолей головы и шеи Республиканского научно-практического центра онкологии и медицинской радиологии им. Н. Н. Александрова, канд. мед. наук И. В. Белоцерковский

Тризна, Н. М.

Т67 Организация онкологической службы и диспансеризация больных со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области : учеб.-метод. пособие / Н. М. Тризна, С. В. Самсонов, Л. Е. Мойсейчик. – Минск : БГМУ, 2010. – 34 с.

ISBN 978-985-528-293-9.

Рассматриваются вопросы организации онкологической помощи населению Республики Беларусь, принципы и методы диспансеризации больных со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области.

Предназначено для студентов 5-го курса стоматологического и лечебного факультетов, врачей-интернов и клинических ординаторов.

УДК 616.716.8–006.6–084.3 (075.8)
ББК 56.6 я73

ISBN 978-985-528-293-9

© Оформление. Белорусский государственный медицинский университет, 2010

Мотивационная характеристика темы

Общее время занятия: 315 минут.

Онкологические заболевания занимают одно из первых мест в структуре инвалидности и смертности населения. Врачу любой специальности приходится сталкиваться с вопросами помощи онкологическим больным, поэтому он должен обладать достаточным уровнем знаний по диагностике, лечению и профилактике злокачественных опухолей, представлять организацию онкологической службы и диспансерного учета больных со злокачественными опухолями.

Цель занятия: изучить вопросы организации онкологической службы в Республике Беларусь, принципы и методы диспансерного наблюдения больных с предопухолевыми и злокачественными новообразованиями челюстно-лицевой области.

Задачи занятия:

1. Изучить нормативные документы, регламентирующие вопросы организации онкологической помощи населению Республики Беларусь.
2. Ознакомиться со структурой и функциями лечебно-профилактических учреждений в системе онкологической помощи населению Республики Беларусь.
3. Научиться оценивать степень развития опухолевого процесса, используя при этом международную классификацию по системе TNM.
4. Ознакомиться с учетной документацией и научиться оформлять первичную документацию при выявлении онкологического заболевания.
5. Освоить принципы диспансеризации больных со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области.

Требования к исходному уровню знаний. Для полного освоения темы студенту необходимо повторить:

- 1) из морфологии человека: кровоснабжение головы и шеи; пути регионарного лимфооттока от органов головы и шеи; гистологическая характеристика злокачественных опухолей челюстно-лицевой области;
- 2) из патологической физиологии: теории канцерогенеза; отличительные особенности злокачественных опухолей; метастазирование злокачественных опухолей;
- 3) из лучевой диагностики: рентгенологическое исследование костей лицевого скелета; лучевая диагностика опухолей челюстных костей;
- 4) из челюстно-лицевой хирургии: методы обследования больных с патологией челюстно-лицевой области.

Контрольные вопросы из смежных дисциплин:

1. Крупные сосуды, обеспечивающие кровоснабжение головы и шеи.

2. Группы лимфатических узлов, в которые осуществляется лимфоотток от мягких тканей полости рта.
3. Пути лимфооттока от кожных покровов лица и губ.
4. Группы лимфоузлов, в которые происходит лимфоотток от костей лицевого скелета.
5. Отличительные свойства доброкачественных и злокачественных опухолей.
6. Влияние, которое оказывает злокачественная опухоль на организм человека.
7. Инструментальные методы, используемые при обследовании больных с патологией челюстно-лицевой области.
8. Преимущества компьютерной томографии по сравнению со стандартными методами лучевой диагностики.
9. Показания для использования метода ядерно-магнитной компьютерной томографии.
10. Показания для проведения ультразвукового исследования в челюстно-лицевой области.

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Организационные принципы работы онкологической службы.
2. Лечебно-профилактические учреждения, входящие в структуру онкологической службы Республики Беларусь.
3. Функции онкологического диспансера.
4. Порядок направления больных с подозрением на злокачественную опухоль на обследование и лечение.
5. Методы морфологической верификации новообразований.
6. Перечень и правила оформления учетной документации в онкологической службе Республики Беларусь.
7. Организация диспансеризации и сроки наблюдения больных с предраковыми заболеваниями и злокачественными опухолями челюстно-лицевой области.
8. Методы обследования при диспансеризации больных со злокачественными опухолями кожи, слизистых оболочек полости рта, слюнных желез и костей лицевого скелета.
9. Клинические онкологические группы.

Учебный материал

Социальная и медицинская значимость проблемы злокачественных опухолей челюстно-лицевой области обусловлена высоким уровнем заболеваемости и смертности больных, недостаточными знаниями о клинических проявлениях онкологических заболеваний и лечебной тактике.

По данным Белорусского канцеррегистра заболеваемость злокачественными новообразованиями головы и шеи в Республике Беларусь составила 13,8 на 100 000 жителей в 1993 г. и 15,3 — в 2002 г. В структуре онкологической заболеваемости населения страны в 2005 г. больных раком головы и шеи было 4,4 %.

Несмотря на то, что челюстно-лицевая область весьма доступна для осмотра, пальпации и рентгенологических обследований, частота диагностических ошибок в амбулаторных условиях при первичном обращении людей со злокачественными опухолями лица остается высокой. Это связано с неярко выраженными симптомами новообразований, сходностью опухолевого процесса с воспалительными заболеваниями, особенно при раннем присоединении вторичного воспаления, недостаточным знанием основных признаков новообразований в мягких тканях и челюстных костях.

Онкологическая настороженность врачей всех специальностей, основанная на знании симптомов предраковых заболеваний и ранних проявлениях злокачественных опухолей, структуры онкологической службы, позволяет своевременно направить пациента в специализированное учреждение для верификации диагноза и адекватного лечения.

Под **онкологической настороженностью** следует понимать:

- знание симптомов предраковых заболеваний, а также злокачественных опухолей в ранних стадиях;
- тщательное обследование всех больных, обращающихся к врачам-стоматологам любого профиля, для выявления возможного онкологического заболевания;
- знание системы организации помощи онкологическим больным, незамедлительное направление онкологического больного или больного с подозрением на злокачественную опухоль в специализированное онкологическое учреждение.

Классификация опухолей челюстно-лицевой области

Опухоль (син.: новообразование, tumor, neoplasma, blastoma) — патологический процесс, представленный новообразованной тканью и характеризующийся прогрессирующей пролиферацией с нарушением дифференциации клеток, которая обусловлена изменениями в генетическом аппарате (мутациями).

Существует несколько классификаций новообразований, в основу которых положены следующие принципы:

- клиническое течение;
- локализация;
- гистологическая характеристика;
- распространенность.

По характеру роста (клиническому течению) опухоли подразделяют на доброкачественные, местнодеструктирующие и злокачественные.

Доброкачественные опухоли характеризуются тканевым атипизмом, медленным ростом, четким отграничением от окружающих тканей, отсутствием способности к метастазированию (образование новых очагов роста опухоли; осуществляется тремя путями: лимфогенным, гематогенным, имплантационным) и дезорганизации метаболизма, не угрожают жизни пациента.

Злокачественные опухоли отличаются тканевым и клеточным атипизмом, быстрым ростом, способностью к инвазии окружающих тканей, метастазированию и дезорганизации метаболизма, как правило, угрожают жизни пациента.

Местнодеструктирующие опухоли имеют отдельные черты злокачественных новообразований, способны к инвазивному росту или являются угрозой для жизни пациента вследствие поражения жизненно важных структур в зависимости от локализации.

По локализации (анатомическая классификация) выделяют, например, опухоли мягких тканей и опухоли костей лицевого скелета.

По морфологическим признакам (гистологическая классификация) в зависимости от ткани, из которой развивается новообразование, выделяют:

- опухоли из эпителиальных тканей;
- соединительно-тканые опухоли;
- опухоли из гемопоэтической ткани;
- опухоли из эндотелия;
- опухоли из нервной ткани;
- опухоли из клеток APUD-системы;
- опухоли из эмбриональных остатков.

По распространенности опухолевого процесса выделяют классификацию по системе TNM и по стадиям опухоли.

Система TNM для классификации злокачественных опухолей была разработана P. Denoix (Франция, 1943–1952 гг.). В 1953 г. на объединенном совещании Международной комиссии по стадированию рака и Международного противоракового союза было принято соглашение об основных технических моментах классификации по анатомическому распространению опухолей по системе TNM. В 1957 г. были опубликованы первые рекомендации по клинической классификации рака молочной железы и гортани, а в 1968 г. — первый буклет с рекомендациями по стадированию рака различных локализаций. Сегодня существует 6-е издание руководства по стадированию рака (2002 г.), содержащее правила классификации и стадирования злокачественных опухолей различных локализаций и одобренное всеми национальными комитетами TNM.

При каждой локализации описываются две классификации:

1. Клиническая классификация (TNM или cTNM), применяемая до начала лечения и основанная на данных клинического, рентгенологического, эндоскопического исследования, биопсии, хирургических методов исследования и ряда дополнительных методов.

2. Патологическая классификация (постхирургическая, патогистологическая классификация), обозначаемая pTNM и основанная на данных, полученных до начала лечения, а также дополненных или измененных на основании сведений, полученных при хирургическом вмешательстве или исследовании операционного материала.

В основе Международной классификации злокачественных опухолей по TNM/pTNM лежат 3 категории анатомической распространенности опухолевого поражения:

- 1) местное распространение злокачественной опухоли (**T** — tumor);
- 2) метастазирование в регионарные лимфатические узлы (**N** — nodul);
- 3) метастазирование в отдаленные органы (**M** — metastas).

В зависимости от локализации метастазов категория M1 может быть дополнена следующими символами:

- легкие — **PUL** (C 34);
- костный мозг — **MAR**(C 42.1);
- кости — **OSS** (C 40, C 41);
- плевра — **PLE** (C 38.4);
- печень — **HEP** (C 22);
- брюшина — **PER** (C 48.1, C 48.2);
- головной мозг — **BRA** (C 71);
- надпочечники — **ADR** (C 74);
- лимфатические узлы — **LYM** (C 77);
- кожа — **SKI** (C 44);
- другие — **OTH**.

В случаях необходимости большей детализации применимо подразделение основных категорий (например, T1a, T1b или N2a, N2b).

Дополнительная информация, касающаяся дифференциации первичной опухоли, может быть отмечена следующим образом:

- G** — гистопатологическая дифференциация;
- G_x** — степень дифференциации не может быть установлена;
- G₁** — высокая степень дифференциации;
- G₂** — средняя степень дифференциации;
- G₃** — низкая степень дифференциации;
- G₄** — недифференцированные опухоли.

Причем **G₃** и **G₄** в некоторых случаях могут комбинироваться как **G₃₋₄** — «низкодифференцированная» или «недифференцированная» опухоль.

Наличие или отсутствие остаточной опухоли после лечения обозначается символом **R**. R-классификация применима ко всем локализациям опухолей головы и шеи:

R — остаточная опухоль;

R_x — наличие остаточной опухоли не определяется;

R₀ — остаточной опухоли нет;

R₁ — микроскопическая остаточная опухоль;

R₂ — макроскопическая остаточная опухоль.

После определения категорий T, N, M или pT, pN и pM может быть выполнена группировка по стадиям. Четыре степени распространенности опухоли для критерия T, три степени для критерия N и две степени для критерия M составляют 24 категории TNM, которые сведены в 4 клинические стадии: I стадия — T₁N₀M₀; II стадия — T₂N₀M₀; III стадия — T₃N₀M₀, T₁₋₃N₁M₀; IV стадия — T₄N_{любая}M₀, T_{любая}N₂₋₃M₀, T_{любая}N_{любая}M₁.

Установленная степень распространения опухолевого процесса по системе TNM или по стадиям должна оставаться в медицинской документации без изменений.

Суммарная характеристика всех компонентов системы TNM позволяет представить степень распространенности опухолевого процесса в целом. Варианты распространенности, соответствующие одной стадии характеризуются сходным прогнозом и тактикой лечения. Эта классификация позволяет унифицировать систему учета, разрабатывать единые принципы диагностики и лечения, объективно оценивать эффективность диагностических и лечебных мероприятий и сравнивать результаты клинических исследований.

Организация онкологической помощи населению Республики Беларусь

Создание службы, оказывающей специализированную помощь онкологическим больным, связано с отмечающимся ростом впервые выявленных случаев онкозаболеваний, необходимостью применения специальных методов диагностики и лечения злокачественных опухолей, разработкой и внедрением специальных форм учета и диспансеризации.

Система онкологической службы в Беларуси сформировалась к концу 50-х гг. XX в. На современном этапе организация онкологической помощи предполагает дальнейшее совершенствование профилактической работы, разработку специального оборудования и противоопухолевых средств; подготовку высококвалифицированных кадров; создание и внедрение территориальных комплексных целевых программ противораковой борьбы и т. д.

Основными нормативными документами, регламентирующими вопросы организации онкологической службы Республики Беларусь явля-

ются Закон Республики Беларусь «О здравоохранении» от 11.01.2002 г., приказ МЗ Республики Беларусь № 205 от 27.08.2004 г. «О мерах по совершенствованию работы онкологической службы Республики Беларусь» и № 80 от 09.02.2007 г. «Об утверждении клинических протоколов лечения больных с онкологическими заболеваниями», а также другие нормативные акты.

Онкологическая служба построена по диспансерному принципу и имеет строго очерченные функции и задачи, направленные на профилактику, диагностику, лечение и реабилитацию онкологических больных, а также диспансерное наблюдение за ними после лечения. Существующая система онкологической помощи тесно связана с общей лечебной сетью. В функции последней входит выполнение профилактических мероприятий, активное выявление опухолевых и предопухолевых заболеваний, диспансеризация больных с предопухолевыми и хроническими заболеваниями.

Онкологическая помощь больным с новообразованиями челюстно-лицевой области должна строиться исходя из следующих *организационных принципов работы*:

- определение функциональной специфики учреждений, которые принимают участие в лечении онкостоматологических больных;
- лечение онкостоматологических больных необходимо проводить в медицинских учреждениях, входящих в структуру онкологической службы;
- при организации стоматологического раздела в общей онкологической сети необходимо руководствоваться принципами преемственности и непрерывности лечения и реабилитации;
- постоянная работа с врачебными кадрами стоматологических учреждений по выявлению и профилактике новообразований челюстно-лицевой области.

Структура онкологической службы в Республике Беларусь. В настоящее время Республика Беларусь располагает централизованной системой онкологической помощи населению, которая включает ГУ «Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н. Н. Александрова» (РНПЦ ОнМР), 11 онкологических диспансеров (ОД), в том числе 4 областных (Брестский, Витебский, Гомельский, Могилевский) и 7 городских и межрайонных (Барановичский, Бобруйский, Вилейский, Минский, Мозырский, Пинский, Полоцкий) онкодиспансеров, а также онкологические отделения Гродненской областной клинической больницы. Специализированную онкологическую и онкогематологическую помощь детям оказывает ГУ «Республиканский научно-практический центр детской онкологии и гематологии»; помощь больным лейкозами оказывается гематологическими отделениями обла-

стных больниц и 9-й клинической больницей г. Минска; помощь больным раком щитовидной железы оказывает ГУ «Республиканский научно-практический центр опухолей щитовидной железы».

Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии имени Н. Н. Александрова является головным государственным медицинским учреждением в системе МЗ Республики Беларусь.

Функции РНПЦ ОнМР:

1. Контроль выполнения нормативных документов МЗ Республики Беларусь по вопросам онкологической помощи.

2. Разработка мероприятий по развитию онкологической помощи населению Республики Беларусь.

3. Внесение предложений по улучшению организации онкологической помощи в планы работы МЗ Республики Беларусь.

4. Заключение по жалобам и решениям аттестационной комиссии.

5. Клиническая (учебная) база для кафедр высших медицинских учебных заведений.

6. Разработка руководств и методических рекомендаций для работы областных (межрайонных) диспансеров.

7. Контроль за деятельностью лечебно-диагностических учреждений и методическая помощь по вопросам диагностики, лечения и реабилитации больных злокачественными новообразованиями.

8. Разработка и внедрение в практику новейших методов диагностики и лечения онкологических заболеваний.

9. Подготовка научных кадров онкологического профиля.

10. Выполняет функции областного диспансера для жителей Минской области, кроме г. Минска.

Областной (межрайонный) онкологический диспансер является **основным специализированным** лечебно-профилактическим учреждением, обеспечивающим организацию и оказание онкологической помощи населению на закрепленной за ним территории.

Функции областного (межрайонного) онкологического диспансера:

1. Организация онкологической помощи в районе деятельности диспансера.

2. Квалифицированная консультативно-диагностическая и специализированная помощь (амбулаторная и стационарная) больным со злокачественными, некоторыми доброкачественными и предопухолевыми заболеваниями.

3. Диспансеризация больных со злокачественными и предопухолевыми заболеваниями, организация диспансеризации в онкологических кабинетах и лечебно-профилактических учреждениях общей лечебной сети.

4. Методическое руководство организацией онкологической помощи в территориальных больницах, женских консультациях и ведомственных лечебно-профилактических организациях (ЛПО).

5. Полный учет больных злокачественными новообразованиями на закрепленной территории и составление отчетов по онкологической заболеваемости.

6. Систематический анализ состояния онкологической заболеваемости и смертности, причин позднего выявления злокачественных новообразований на закрепленной территории.

7. Анализ эффективности и качества лечебной помощи онкологическим больным в неспециализированных ЛПО и оказание им консультативной помощи.

8. Организация и проведение санитарно-просветительной работы и противораковой пропаганды среди населения совместно с центрами здоровья.

9. Разработка, освоение и внедрение в практику современных методов и средств организации, диагностики и лечения онкологических больных.

10. Составление отчетов о своей деятельности и онкологической заболеваемости, смертности на закрепленной территории по утвержденным формам в установленные сроки.

11. Клиническая и учебная база соответствующих кафедр медицинского университета.

Онкологический кабинет и врач-онколог районной поликлиники координируют свою работу с онкологическим диспансером.

Функции врача-онколога районной поликлиники:

1. Организация и методическая помощь по противораковым мероприятиям на вверенной территории.

2. Прием больных, обращающихся по поводу доброкачественных, предопухолевых и злокачественных заболеваний и с подозрением на эти заболевания, оказание консультативной помощи врачам ЛПО.

3. Посиндромное лечение больных злокачественными новообразованиями.

4. Организация госпитализации в онкологические учреждения для обследования и лечения больных с подозрением или наличием злокачественного новообразования.

5. Диспансерное наблюдение за больными со злокачественными новообразованиями и предопухолевой патологией.

6. Патронаж на дому онкологических больных.

7. Анализ причин отказов онкобольных от лечения.

8. Учет всех больных злокачественными новообразованиями, проживающих на территории района или ЛПО, оформление и ведение контрольных карт диспансерного наблюдения.

9. Ежемесячная сверка с ЗАГСом статистических данных об умерших онкобольных, в случае их недостоверности — принятие мер по уточнению истинной причины смерти, внесение необходимых исправлений во врачебное свидетельство о смерти.

10. Подготовка материалов по вопросам онкологической службы для обсуждения на медицинских советах ЛПО или территориального медицинского объединения (ТМО).

11. Проверка работы ЛПО и ТМО, внесение предложений по устранению имеющихся недостатков и контроль их выполнения.

Смотровой кабинет поликлиники организуется в установленном порядке в составе поликлиники. В этом кабинете работает медицинская сестра или акушерка с навыками диагностики злокачественных опухолей.

Функции смотрового кабинета:

1. Профилактический осмотр женщин с целью раннего выявления злокачественных опухолей гениталий, прямой кишки, молочных желез, кожи.

2. Санитарно-просветительная работа.

3. Направление лиц с подозрением на онкопатологию на консультацию к профильному специалисту.

Белорусский канцеррегистр. Белорусский канцеррегистр — составная часть онкологической службы в Республике Беларусь. Информационно-статистические материалы канцеррегистра могут быть использованы как в научных, так и в практических целях для анализа заболеваемости злокачественными новообразованиями и смертности от них, продолжительности жизни больных, контроля и организации своевременной диагностики и учета случаев заболеваний, оценки эффективности оказания медицинской помощи населению на национальном и международном уровнях. Такой анализ является важной информацией для принятия управленческих решений в области специализированной медицинской помощи онкологическим больным.

Регистрация злокачественных новообразований в Республике Беларусь проводится с 1953 г. Однако только со второй половины 70-х годов прошлого столетия в Беларуси было начато формирование банка данных на магнитных носителях, в который вносилась информация о каждом новом случае злокачественного новообразования, зарегистрированном в отчетном году. В 1985–1989 гг. в онкодиспансеры Беларуси была внедрена автоматизированная система контроля за диспансерным наблюдением онкологических больных, позволяющая многократно обращаться к данным каждого больного в процессе наблюдения и лечения. В 1995–1997 гг. была разработана очередная версия автоматизированной системы обработки информации (АСОИ) Белорусского канцеррегистра, особенностями которой являются:

- использование полной МКБ-10 для кодирования диагноза злокачественных новообразований (локализации и морфологической структуры);
- встроенные алгоритмы контроля качества информации (соответствие реквизитов локализация–морфология–пол–возраст), разработанные на основе рекомендаций Международного агентства по изучению рака (МАИР).

К принципам работы онкологической статистики относятся: полнота учета всех заболевших злокачественными новообразованиями и умерших от них; сигнально-оперативный характер получения, анализа и использования информации; территориальность системы накопления и оперативного использования сведений о больном со злокачественным новообразованием по месту жительства.

Сведения о заболеваниях людей, постоянно проживающих в зоне обслуживания диспансеров, злокачественными новообразованиями поступают в Белорусский канцеррегистр из онкологических диспансеров и ГУ «РНПЦ онкологии и медицинской радиологии им. Н. Н. Александрова». База данных канцеррегистра содержит сведения о заболеваемости и смертности по полу, возрасту, регионам Республики Беларусь, которые публикуются в сборнике «Злокачественные новообразования в Беларуси».

Для более удобного ведения учета онкологических больных выделяют **4 клинические группы** (не следует путать клинические группы со стадиями онкологического заболевания):

1. IA — больные с заболеванием, подозрительным на злокачественное образование; IB — больные с предопухолевыми заболеваниями и доброкачественными опухолями.

2. II — больные со злокачественными опухолями, подлежащие специальному лечению; ПА — больные злокачественными новообразованиями, подлежащие радикальному лечению.

3. III — лица, излеченные от злокачественных новообразований (практически здоровые люди).

4. IV — больные с запущенной формой заболевания, подлежащие паллиативному или симптоматическому лечению.

Учетная документация определена приказом МЗ Республики Беларусь от 23.04.2003 г. № 75 «Об утверждении форм учетной медицинской документации по онкологии и указаний по их заполнению». Для полноценного учета заболеваемости и лечебно-диагностических мероприятий, статистической обработки данных на онкобольных оформляются следующие документы:

1. Медицинская карта амбулаторного больного (форма 025/у) — учетная форма, которая заполняется на амбулаторного больного и хранится в течение 5 лет.

2. Контрольная карта диспансерного наблюдения (форма 030/у-03 онко) заполняется на больных со злокачественными новообразованиями и служит для диспансеризации онкологических больных.

3. Извещение о впервые установленном случае злокачественного новообразования (форма 090/у-03) составляется всеми врачами на каждый случай впервые в жизни выявленной злокачественной опухоли у лиц, постоянно проживающих на территории Беларуси и лиц без определенного места жительства. В трехдневный срок извещение высылается в областной онкодиспансер по месту жительства больного. Образец бланка приведен в прил. 1.

4. Протокол на случай выявления у больного запущенной формы злокачественного новообразования (форма 027-2/у-03) служит для выяснения причин и анализа диагностических и клинических ошибок, допущенных при обследовании и лечении конкретного больного (см. прил. 1). Запущенными являются опухоли визуальной локализации в III и IV стадиях остальных локализаций, к которым относятся опухоли: в области головы и шеи — новообразования кожи, губ, слизистых оболочек полости рта и языка, лимфатических узлов, щитовидной железы; других органов — прямой кишки, у женщин — молочной железы, шейки матки, у мужчин — предстательной железы. Протокол составляется врачами во всех ЛПУ, где впервые установлен случай поздней диагностики, в двух экземплярах. Один из них прилагается к медицинской карте стационарного больного или медицинской карте амбулаторного больного, второй направляется в онкологическое учреждение по месту жительства больного. Ответственность за своевременный и объективный разбор каждого случая несет заместитель главного врача по медицинской части лечебного учреждения. После разбора соответствующую часть протокола возвращают в онкологический диспансер.

5. Выписка из медицинской карты стационарного больного (форма 027-1/у-03) заполняется врачами стационаров после выписки пациентов со злокачественной опухолью (см. прил. 1). Документ направляется в онкодиспансер по месту жительства. В форме отражаются сведения о распространенности заболевания, характере планируемого и проведенного лечения.

Принципы диагностики злокачественных опухолей

Диагностика любой опухоли включает целый комплекс методов, приемов и организационных решений, цель которых не только установить диагноз, выявить различные функциональные нарушения и сопутствующие заболевания, но и выбрать рациональную схему лечения.

Различают следующие уровни диагностики злокачественных опухолей:

– **ранняя диагностика** — верификация опухоли на начальных стадиях развития, когда наблюдается трансформация нормальной клетки

в злокачественную (например, carcinoma in situ), в случае обнаружения может быть полное излечение;

– **своевременная диагностика** — обнаружение новообразования при его распространенности, соответствующей стадии $T_{1-2}N_0M_0$, когда выполнимо радикальное лечение; соответственно, прогноз благоприятный.

– **поздняя (несвоевременная) диагностика** — обнаружение злокачественной опухоли, соответствующей распространенности T_{3-4} в сочетании с регионарными метастазами (N_{2-3}) или меньшей распространенности, но с отдаленными метастазами (M_1), что вызывает сложности при радикальном лечении или делает его невозможным, а прогноз неблагоприятным.

Опухоли головы и шеи относятся к визуальным локализациям, однако, на момент установления диагноза до $\frac{2}{3}$ пациентов имеют 3–4-ю стадии заболевания. Причинами поздней диагностики являются не только низкая санитарная культура населения, поздняя обращаемость к врачам, скрытое и атипичное течение болезни, но и диагностические, тактические врачебные ошибки. Важными аспектами своевременного выявления злокачественного новообразования являются онкологическая настороженность и рациональная диагностическая тактика при обследовании больных.

Диагностика опухолей включает следующие этапы:

– предположение о возможности наличия у пациента злокачественной опухоли;

– установление диагноза злокачественного заболевания;

– уточнение распространенности опухоли в организме.

Выявление опухолей осуществляется врачами общей лечебной сети на основании жалоб пациента и данных обследования. Согласно приказу МЗ Республики Беларусь № 205 от 27.08.2004 г. «О мерах по совершенствованию работы онкологической службы Республики Беларусь» каждый врач независимо от специальности проводит профилактические осмотры обращающихся пациентов для выявления опухолей визуальной локализации, симптомы которых можно установить при клиническом обследовании. Визуальное и пальпаторное исследование кожи, слизистой оболочки полости рта, губ, мягких тканей, лимфоузлов, щитовидной железы осуществляется не реже 1 раза в год при отсутствии жалоб и хронических заболеваний. При наличии последних проводится диспансерное наблюдение у врачей соответствующих специальностей.

Подозрение на наличие злокачественной опухоли формулируется в виде предположительного диагноза (например, рак слизистой оболочки дна полости рта или меланомы кожи волосистой части головы). Возможно употребление латинского термина «suspectio» (подозрение), также латинских эквивалентов диагноза «рак» («cancer» — Cr) или «саркома» — Sa.

После установления предположительного диагноза злокачественного новообразования пациент должен быть обследован в течение 10 дней на

предмет подтверждения или исключения опухоли. В диагностический поиск должны быть включены все доступные методы, позволяющие достоверно судить о наличии или отсутствии новообразований. Необходимый перечень обследований утвержден приказом МЗ Республики Беларусь от 09.02.2007 г. № 80 «Об утверждении клинических протоколов лечения больных с онкологическими заболеваниями» и подробно представлен в клиническом протоколе «Алгоритмы диагностики и лечения больных со злокачественными новообразованиями» под ред. чл.-кор. НАН Беларуси, д-ра мед. наук, проф. И. В. Залуцкого и д-ра мед. наук, проф. Э. А. Жаврида. При необходимости комплекс обследований и консультаций профильных специалистов врач согласует с участковым онкологом. Данный этап является наиболее ответственным, так как основывается на хорошем знании возможных проявлений злокачественных опухолей различных локализаций и онкологической настороженности.

При подозрении на наличие злокачественной опухоли важную роль в диагностике играют инвазивные методы исследования, позволяющие получить материал для *морфологического исследования*, которое является основным методом верификации характера опухолевого процесса. Также различают *цитологические методы*, позволяющие изучить клеточный состав опухоли и определить наличие добро- или злокачественного роста; *гистологические методы*, устанавливающие тканевую структуру опухоли.

Уточнение распространенности опухоли в организме производится теми же методами, что и установление диагноза. Возможно выполнение диагностических операций, в том числе с применением эндоскопической техники (торако- и лапароскопия); удаление патологических образований с риском обнаружения злокачественной опухоли в пределах здоровых тканей; хирургических вмешательств с интраоперационной диагностикой распространенности опухоли и принятием решения о дальнейшей лечебной тактике.

При подтверждении диагноза злокачественного новообразования, а также для окончательного обследования и назначения лечения пациент направляется в областной (межрайонный, городской) онкодиспансер по месту жительства.

Порядок направления больного на консультацию в онкодиспансер:

1. Общеклинические анализы.
2. ЭКГ.
3. Рентгенограммы легких, костей.
4. УЗИ мягких тканей шеи и брюшной полости.
5. КТ или МРТ (по возможности) с обязательным предоставлением информации на CD-дисках.
6. Цитологические и гистологические микропрепараты.

По рекомендации специалистов онкодиспансера врачи общелечебной сети проводят необходимые обследования, подготовку к противоопухолевому лечению, реабилитационные мероприятия, посиндромную терапию.

Основные задачи врача-стоматолога по выявлению больных с опухолями челюстно-лицевой области:

- профилактический осмотр пациентов на предмет раннего выявления предопухолевых заболеваний и опухолей;
- направление лиц с выявленной патологией к соответствующему специалисту для уточнения диагноза и организации лечения;
- учет и регистрация проводимых профилактических осмотров;
- санитарно-просветительная работа среди пациентов.

Диспансеризация больных с опухолевыми заболеваниями челюстно-лицевой области

Диспансерному наблюдению за больными с онкологическими заболеваниями (в том числе челюстно-лицевой области) отводится ведущая роль. Организационные принципы и порядок осуществления диспансеризации регламентируются приказом МЗ Республики Беларусь от 20.02.2006 г. № 48 «О диспансеризации больных с онкологическими заболеваниями». Согласно приказу больные III клинической группы в течение первых 2 лет после специального лечения должны наблюдаться в обязательном порядке в онкологических учреждениях согласно территориальной принадлежности. Больные IB и III клинических групп по истечении 2 лет наблюдения в онкологических учреждениях, больные IV клинической группы должны наблюдаться в ЛПО общей лечебной сети у врача соответствующей специальности. Контроль за динамическим наблюдением пациентов специалистами общей лечебной сети осуществляет врач-онколог района (города).

Общая схема динамического наблюдения за больными с предопухолевыми и злокачественными заболеваниями представлена в табл. 3.

Таблица 3

Диспансеризация больных с онкологическими заболеваниями

Клинические группы	Учетная документация	Тактика	Снятие с учета и перевод в другую группу
IA	Не заполняется	Диагноз должен быть уточнен в течение 10 дней. Если больной направлен на обследование в другое учреждение, то участковый врач или онколог обязаны через 7–10 дней проверить, уехали ли больной на консультацию	При подтверждении диагноза злокачественного новообразования больной переводится во II или IV группу

Клинические группы	Учетная документация	Тактика	Снятие с учета и перевод в другую группу
IB	Форма 030-6/у	Больные подлежат специальному лечению, после чего находятся под диспансерным наблюдением 1,5–2 года, осматриваются 1 раз в 3 месяца	При полном выздоровлении и отсутствии рецидива в течение 18–24 месяцев больные с учета снимаются
II IIA	Формы 090/у и 030-6/у	Больные подлежат специальному лечению, которое начинают не позднее 7–10 дней после установления диагноза. Участковый врач обязан через 7–10 дней выяснить, уехал ли больной на лечение	После лечения больные переводятся в III клиническую группу, а при обнаружении метастазов — в IV группу. Больных, отказавшихся от лечения или имеющих противопоказания к специальному лечению, в конце года переводят в IV группу. Больных, получающих повторные курсы химиотерапии, можно выделить в условную группу Л (лечащиеся)
III	Формы 090/у и 030-6/у заполняются, если больной ранее не стоял на онкологическом учете	Больные подлежат диспансерному наблюдению на протяжении всей жизни. Диспансеризацию проводят в первый год после излечения 1 раз в 3 месяца; 2–3-й год — 1 раз в 6 месяцев; более 3 лет — 1 раз в год	Больные с учета не снимаются. При возникновении рецидивов или метастазов больных переводят во II или IV группу
IV	Формы 090/у, 030-6/у и 027-2/у заполняются, если запущенная стадия рака диагностирована при впервые выявленной злокачественной опухоли	Участковый врач проводит симптоматическое лечение по месту жительства. Вызову на контрольный осмотр больные не подлежат. План лечения вырабатывается вместе с онкологом	Больные с учета не снимаются

Сроки диспансеризации и методы обследований больных со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области приведены в прил. 2.

Необходимо отметить, что при диспансеризации больных с предопухольными заболеваниями челюстно-лицевой области необходимо более

активно пользоваться цитологическими методами исследования с помощью соскоба или мазка-отпечатка. Важным аспектом профилактики и своевременной диагностики новообразований является санитарно-просветительная работа среди населения с акцентом на раннее и своевременное обращение к врачу при появлении первых признаков новообразования, не допуская самолечения.

Основные принципы онкологии заключаются в своевременной диагностике и лечении пациента в специализированном учреждении, что становится возможным при наличии онкологической настороженности у врачей первичного звена. Врач, соблюдающий принципы онкологической настороженности, в большей степени гарантирует правильную диагностику и тактику лечения онкологического больного.

Самоконтроль усвоения темы

1. Перечислите знания и мероприятия, объединяющие понятие «онкологическая настороженность»:

- 1) знание ранних клинических признаков предраковых заболеваний и злокачественных опухолей;
- 2) проведение полного обследования пациента;
- 3) своевременное, раннее направление в специализированное отделение;
- 4) знание признаков доброкачественных опухолей;
- 5) знание структуры организации работы городских, областных и районных поликлиник;
- 6) знание структуры организации онкологической помощи населению;
- 7) профилактика предраковых заболеваний;
- 8) санитарно-просветительная работа с пациентами.

2. Прижизненное морфологическое исследование подозрительных на новообразование тканей может быть осуществлено методом:

- 1) цитологическим;
- 2) гистологическим;
- 3) иммунодиагностики;
- 4) радиоизотопного исследования.

3. К учреждениям здравоохранения, на базе которых создается онкологический кабинет при отсутствии на территории города или района онкологического диспансера, относится:

- 1) центральная районная больница;
- 2) врачебная амбулатория;
- 3) фельдшерско-акушерский пункт.

4. К онкологическим учреждениям, в которых осуществляется специализированное лечение челюстно-лицевых больных со злокачественными опухолями, относятся:

- 1) областные и городские онкологические диспансеры;
- 2) онкологические кабинеты поликлиник;
- 3) РНПЦ ОиМР.

5. Номер формы, которую заполняют при впервые установленном случае злокачественного новообразования:

- 1) форма 090/у;
- 2) форма 248.

6. Учреждение, куда направляется извещение о впервые установленном случае злокачественного новообразования:

- 1) онкологическое учреждение, обслуживающее население данной территории;
- 2) РНПЦ ОиМР;
- 3) статистический отдел городского, областного управления здравоохранения.

7. Диспансеризацию больных, входящих в группу повышенного риска развития предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта, осуществляет:

- 1) челюстно-лицевой хирург поликлиники;
- 2) врач терапевт-стоматолог;
- 3) заведующий лечебным отделением поликлиники;
- 4) врач-онколог.

8. К методам обследования, которые используются при диспансерном наблюдении за излеченными больными по поводу рака кожи, относят:

- 1) локальный контроль;
- 2) пальпация регионарных лимфатических узлов;
- 3) рентгенологическое исследование органов грудной клетки (1 раз в год);
- 4) УЗИ органов брюшной полости (1 раз в год);
- 5) колоноскопия.

9. К I клинической группе онкологических больных относятся:

- 1) больные, требующие радикального лечения;
- 2) с подозрением на злокачественную опухоль;
- 3) с предопухолевыми заболеваниями;
- 4) больные, которым проведено радикальное лечение;
- 5) с запущенными формами заболевания, которым показано симптоматическое и паллиативное лечение.

10. Ко II клинической группе онкологических больных относятся:

- 1) больные, которым может быть проведено радикальное лечение;
- 2) с подозрением на злокачественную опухоль;
- 3) больные, которым проведено радикальное лечение;
- 4) с запущенными формами заболевания, которым показано симптоматическое и паллиативное лечение.

11. К III клинической группе онкологических больных относятся:

- 1) больные, которым может быть проведено радикальное лечение;
- 2) с подозрением на злокачественную опухоль;
- 3) больные, которым проведено радикальное лечение;
- 4) с запущенными формами заболевания, которым показано симптоматическое и паллиативное лечение.

12. К IV клинической группе онкологических больных относятся:

- 1) больные, требующие радикального лечения;
- 2) с подозрением на злокачественную опухоль и с предопухолевыми заболеваниями;
- 3) больные, которым проведено радикальное лечение;
- 4) с запущенными формами заболевания, которым показано симптоматическое и паллиативное лечение.

13. В IA клинической группе пациент может наблюдаться в течение:

- 1) 10 дней; 2) 21 дня; 3) 1 месяца; 4) 2 лет.

14. Укажите сроки диспансерного наблюдения за неоперабельными больными со злокачественными опухолями:

- 1) 3 года; 2) 5 лет; 3) 10 лет; 4) пожизненно.

15. Диспансеризацию онкологических больных III клинической группы проводят в первый год после излечения:

- 1) 1 раз в 3 месяца; 2) 1 раз в 6 месяцев; 3) 1 раз в год.

16. Специальное лечение больных с установленным диагнозом злокачественного новообразования начинают:

- 1) в течение 3 суток после установления диагноза;
- 2) не позднее 7–10 дней после установления диагноза;
- 3) в течение 1 месяца после установления диагноза.

17. Больные с запущенной формой заболевания, которым показано паллиативное или симптоматическое лечение:

- 1) подлежат пожизненному диспансерному наблюдению;
- 2) состоят на диспансерном учете в течение 5 лет;
- 3) снимаются с диспансерного учета.

18. К опухолям визуальной локализации относятся:

- 1) опухоли кожи и губ;
- 2) прямой кишки;
- 3) слизистых оболочек полости рта и языка;
- 4) шейки матки и молочных желез;
- 5) рак предстательной железы;
- 6) опухоли лимфоузлов шеи и щитовидной железы;
- 7) все вышеперечисленные опухоли.

19. Диагноз злокачественной опухоли должен быть подтвержден:

- 1) морфологическим исследованием;
- 2) радиоизотопным исследованием;
- 3) эпидемиологическим исследованием.

20. Основными задачами врача-стоматолога по выявлению больных с опухолями челюстно-лицевой области являются:

- 1) профилактический осмотр;
- 2) учет и регистрация профилактических осмотров;
- 3) диспансеризация неоперабельных больных;
- 4) направление лиц с выявленной патологией к онкологу для уточнения диагноза и организации лечения;
- 5) санитарно-просветительная работа среди пациентов.

21. К запущенным формам злокачественных новообразований относятся:

- 1) опухоли любой локализации III стадии;
- 2) опухоли любой локализации IV стадии;
- 3) опухоли визуальной локализации III стадии;
- 4) опухоли визуальной локализации I стадии.

22. Ранняя диагностика злокачественных новообразований — это:

- 1) выявление опухоли на I стадии;
- 2) выявление опухоли, степень распространения которой соответствует $T_1N_0M_0$;
- 3) верификация опухоли на начальных стадиях развития (carcinoma in situ).

23. Своевременная диагностика злокачественных новообразований — это:

- 1) обнаружение опухоли, степень распространения которой соответствует $T_{1-2}N_0M_0$;
- 2) выявление опухоли, степень распространения которой соответствует $T_1N_1M_0$;
- 3) выявление опухоли, степень распространения которой соответствует $T_xN_2M_1$.

24. Поздняя диагностика злокачественных новообразований — это:

- 1) обнаружение опухоли, степень распространения которой соответствует $T_{3-4}N_{2-3}$;
- 2) обнаружение опухоли, степень распространения которой соответствует $T_{3-4}N_0M_0$;
- 3) выявление опухоли любых размеров с отдаленными метастазами (M_1).

Ответы

1) 1, 2, 3, 6, 7, 8. 2) 1, 2. 3) 1. 4) 1, 3. 5) 1. 6) 1. 7) 1, 2. 8) 1, 2, 3, 4. 9) 2, 3. 10) 1. 11) 3. 12) 4. 13) 1. 14) 4. 15) 1. 16) 2. 17) 1. 18) 7. 19) 1. 20) 1, 2, 4, 5. 21) 2, 3. 22) 3. 23) 1. 24) 1, 3.

Литература

Основная

1. *Онкология* : учеб. пособие / под ред. И. В. Залуцкого. Минск : Выш. шк., 2007. 703 с.
2. *Пачес, А. И.* Опухоли головы и шеи / А. И. Пачес. М. : Медицина, 2000. 480 с.
3. *Приказ* Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 205 от 27.08.2004 г. «О мерах по совершенствованию работы онкологической службы Республики Беларусь».
4. *Приказ* Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 48 от 20.02.2006 г. «О диспансеризации больных с онкологическими заболеваниями».
5. *Приказ* Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 80 от 09.02.2007 г. «Об утверждении клинических протоколов лечения больных с онкологическими заболеваниями».

Дополнительная

6. *Алгоритмы* диагностики и лечения больных злокачественными новообразованиями / под ред. И. В. Залуцкого, Э. А. Жаврида. Минск, 2007. 509 с.
7. *Ганцев, Ш. Х.* Онкология : учеб. для студ. мед. вузов / Ш. Х. Ганцев. 2-е изд., испр. и доп. М. : Медицинское информационное агентство, 2006. 488 с.
8. *Клиническая онкология* : справ. пособие для врачей / под ред. С. З. Фрадкина, И. В. Залуцкого. Минск : Беларусь, 2003. 784 с.
9. *Онкология* : учеб. с компакт-диском / под ред. В. И. Чиссова, С. Л. Дарьяловой. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. 560 с.
10. *Злокачественные опухоли* челюстно-лицевой области / И. М. Федяев [и др.]. Н. Новгород : НГМА, 2000. 155 с.

ИЗВЕЩЕНИЕ

о впервые установленном случае злокачественного новообразования

Фамилия, имя, отчество больного _____

Дата рождения __ __ / __ __ / __ __ Пол (подчеркнуть): мужской, женский

Житель (подчеркнуть) города/села _____

Постоянное место жительства больного _____

Диагноз _____

TNM: T__ N__ M__

Стадия (подчеркнуть): in situ, I, II, III, IV, не установлена (не применима)

Клиническая группа (подчеркнуть): II, IV

Дата установления диагноза: __ __ / __ __ / __ __
число месяц год

Обстоятельства выявления заболевания (подчеркнуть):

- а) обратился самостоятельно;
- б) в смотровом кабинете;
- в) при других видах профосмотров;
- г) учтен посмертно после вскрытия;
- д) учтен посмертно по свидетельству о смерти.

Метод подтверждения диагноза (подчеркнуть):

- а) гистологический;
- б) цитологический, гематологический;
- в) рентгенологический;
- г) эндоскопический;
- д) изотопный;
- е) ультразвуковой;
- ж) только клинический;
- з) только свидетельство о смерти.

Данные морфологического исследования _____

Организация здравоохранения, куда направлен больной _____

Дата заполнения извещения _____

Врач, заполнивший извещение _____

Подпись

Ф.И.О.

ПРОТОКОЛ

на случай выявления у больного запущенной формы злокачественного новообразования (III стадия визуальных локализаций и IV стадия остальных локализаций)

1. № истории болезни _____ № амбулаторной карты _____
2. Дата рождения _____ 3. Пол (подчеркнуть): мужской, женский
4. Постоянное место жительства больного _____

5. Диагноз _____
TNM _ _ _
6. Дата установления запущенной формы рака _____
Дата составления протокола _____
- Врач, заполнивший протокол _____
Подпись Ф.И.О.

ДАННЫЕ О РАЗБОРЕ НАСТОЯЩЕГО СЛУЧАЯ НА ПРОТИВОРАКОВОЙ КОМИССИИ ИЛИ ВРАЧЕБНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ

Наименование организации, где проводилась конференция _____

7. Дата появления первых признаков _____
8. Обращение больного в организации здравоохранения по поводу данного заболевания (указываются в хронологическом порядке)

Наименование организации здравоохранения	Дата обращения	Методы исследования и их результаты	Поставленный диагноз	Проведенное лечение

9. Причины запущенности (подчеркнуть основную):
- 1) неполное обследование больного;
 - 2) ошибка в диагностике: а – клинической; б – рентгенологической; в – патологической;
 - 3) длительное обследование больного;
 - 4) скрытое течение болезни;
 - 5) несвоевременное обращение больного за лечебной помощью.

10. Организационные выводы _____

Дата заседания комиссии _____

Председатель противораковой комиссии _____
Подпись Ф.И.О.

ВЫПИСКА

из медицинской карты больного со злокачественной опухолью

1. Фамилия, имя, отчество больного _____

2. Дата рождения _____

3. Место жительства _____

4. Дата поступления в стационар _____

5. Заключительный диагноз _____

Стадия заболевания T_N_M

Клиническая группа _____

6. Данные гистологического исследования _____

Данные цитологического исследования _____

7. Лечение

хирургическое _____

лучевое _____

химиотерапия _____

8. Прочие виды лечения _____

9. Лечение, назначенное после выписки из стационара _____

10. Дата выписки из стационара _____

Подпись врача

Ф.И.О.

Диспансерное наблюдение, сроки и объем исследования больных со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области

Рак кожи

Диспансерное наблюдение за излеченными больными осуществляется в течение 5 лет при базально-клеточном раке, при плоскоклеточном — пожизненно:

- в течение первого года после завершения лечения — 1 раз каждые 3 месяца;
- в течение второго года после завершения лечения — 1 раз каждые 3–6 месяцев;
- с третьего года после завершения лечения — 1 раз в год.

Методы обследования:

1. Локальный контроль, пальпация регионарных лимфатических узлов — при каждом обследовании.
2. Рентгенографическое исследование органов грудной клетки один раз в год (при плоскоклеточном раке кожи).
3. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости один раз в 6 месяцев (при первично распространенных и метастатических опухолях).

Пациенты должны быть информированы о необходимости использовать средства индивидуальной защиты от ультрафиолетового излучения, а также обучены методам самоконтроля периферических лимфатических узлов и кожных покровов.

Меланома кожи

Методы обследования:

1. Ежегодный осмотр кожных покровов.
2. Обучение пациента методам самообследования кожных покровов и его ежемесячное проведение.
3. Стадия IA: анамнез и физический осмотр с акцентом на состояние кожи и всех доступных пальпации групп лимфатических узлов каждые 3–12 мес.; обучение пациента методам самообследования кожных покровов и его ежемесячное проведение.
4. Стадия IB–III: анамнез и физический осмотр с акцентом на состояние кожи и всех доступных пальпации групп лимфатических узлов каждые 3–6 мес. в течение первых трех лет; каждые 4–12 мес. в течение последующих двух лет и далее ежегодно рентгенографическое исследование органов грудной клетки, ультразвуковое исследование органов брюшной полости; общий анализ крови и уровень ЛДГ в сыворотке крови — каждые 3–12 мес.

При локализованной форме меланомы толщиной не более 1,5 мм наблюдение осуществляется не менее 5 лет после завершения лечения. В остальных случаях — 10 лет.

Пациенты должны быть информированы о необходимости использовать средства индивидуальной защиты от ультрафиолетового излучения, а также обучены методам самоконтроля периферических лимфатических узлов и кожных покровов.

Злокачественные опухоли мягких тканей

Диспансерное наблюдение за излеченными больными:

- в течение первых 2–3 лет после завершения лечения — 1 раз каждые 3–4 месяца;
- в течение четвертого года после завершения лечения — 1 раз каждые 6 месяцев;
- с пятого года после завершения лечения — 1 раз в год.

Методы обследования:

1. Локальный контроль при каждом обследовании.
2. Пальпация всех групп лимфатических узлов головы, туловища и конечностей при каждом обследовании.
3. Рентгенографическое исследование органов грудной клетки один раз в год (при первично-распространенных, низкодифференцированных и метастатических опухолевых процессах при каждом обследовании).
4. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости один раз в год (при первично распространенных, низкодифференцированных и метастатических опухолевых процессах один раз в 6 месяцев).
5. Компьютерная рентгеномография, магниторезонансная томография области удаленного первичного опухолевого очага 2 раза в год в течение 2–3 лет и далее 1 раз в год (при отсутствии технических возможностей — ультразвуковое исследование).

Рак губы и слизистой оболочки полости рта

Диспансерное наблюдение за излеченными больными осуществляется:

- в течение первых 6 месяцев после завершения лечения — ежемесячно;
- в течение последующих 6 месяцев (до года) — каждые 1,5–2 месяца;
- в течение 2-го года — один раз в 3–4 месяца;
- с 3-го по 5-й годы — один раз каждые 4–6 месяцев;
- после 5 лет — один раз каждые 6–12 месяцев.

Пациенты должны быть информированы о необходимости отказа от курения.

Методы обследования:

1. Локальный контроль (бимануальное пальпаторное обследование губы, языка, щек, тканей дна полости рта, орофарингоскопия), пальпация регионарных лимфатических узлов при каждом посещении.

2. УЗИ шеи (при подозрении на наличие метастазов).
3. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки один раз в год.
4. Эзофагогастроскопия, бронхоскопия, ларингоскопия (при наличии жалоб).
5. Контроль функции щитовидной железы через 1,2 и 5 лет (после облучения шеи).

Рак ротоглотки

Диспансерное наблюдение за излеченными больными осуществляется:

- первый год — каждые 1–3 мес.;
- 2-й год — каждые 2–4 мес.;
- с 3-го по 5-й год — каждые 4–6 мес.;
- после 5 лет — каждые 6–12 мес.

Методы обследования:

1. Пальпация подчелюстной области и шеи.
2. Орофарингоскопия.
3. Передняя и задняя риноскопия.
4. УЗИ шеи (при подозрении на наличие непальпируемых метастазов).
5. Эзофагогастро- и бронхоскопия (при наличии жалоб).
6. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки (каждые 6–12 мес.).
7. Уровень тиреотропного гормона (ТТГ) каждые 6–12 мес. (после облучения шеи).

Злокачественные опухоли слюнных желез

Диспансерное наблюдение за излеченными больными:

- в течение первых 6 месяцев после завершения лечения — ежемесячно;
- в течение последующих 6 месяцев (до года) — каждые 1,5–2 месяца;
- в течение 2-го года — один раз в 3–4 месяца;
- с 3-го по 5-й годы — один раз каждые 4–6 месяцев;
- после 5 лет — один раз каждые 6–12 месяцев.

Методы обследования:

1. Локальный контроль (пальпаторное обследование губы, языка, щек, тканей дна полости рта, орофарингоскопия), пальпация регионарных лимфатических узлов при каждом посещении.
2. УЗИ шеи (при подозрении на наличие метастазов).
3. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки (при цилиндроме малых или больших слюнных желез рекомендуется компьютерная рентгеномография грудной клетки) один раз в год.
4. Контроль функции щитовидной железы через 1,2 и 5 лет (после облучения шеи).

Злокачественные опухоли челюстных костей

Остеосаркома. Диспансерное наблюдение проводится:

- в течение первых двух лет после завершения лечения — каждые 3 месяца;
- в течение 3-го года — каждые 4 месяца;
- в течение 4-го и 5-го года — каждые 6 месяцев и далее — ежегодно.

Методы обследования:

1. Локальный клинический и рентгенологический контроль, пальпация всех групп лимфатических узлов головы, туловища и конечностей при каждом осмотре.

2. Рентгенография органов грудной клетки при каждом обследовании (при выполнении КТ рентгенография не производится).

3. КТ органов грудной клетки 1 раз в 6 месяцев в течение 1 года наблюдения, 1 раз в год — на втором году наблюдения, в последующем — по показаниям.

4. Остеосцинтиграфия (по показаниям).

5. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости один раз в 6 месяцев.

Саркома Юинга. Диспансерное наблюдение проводится:

- в течение первых 3 лет после завершения лечения — 1 раз каждые 3 месяца;
- в течение 4-го и 5-го года — 1 раз каждые 6 месяцев;
- в течение последующих 5 лет — 1 раз в год.

Методы обследования:

1. Локальный клинический и рентгенологический контроль при каждом осмотре.

2. Рекомендуются МРТ/КТ области первичного опухолевого очага каждые 6 месяцев в течение первых двух лет.

3. Пальпация всех групп лимфатических узлов головы, туловища и конечностей при каждом обследовании.

4. Рентгенография органов грудной клетки в течение первых 2 лет каждые 3 месяца (при выполнении КТ рентгенография не производится), далее — 1 раз каждые 6 месяцев.

5. КТ органов грудной клетки 1 раз в год в течение первых 2 лет, в последующем — по показаниям.

6. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости один раз в 6 месяцев.

Хондросаркома. При умеренно и высокозлокачественных хондросаркомах наблюдение проводится в течение первых 5 лет после завершения лечения каждые 3–6 месяцев и далее ежегодно в течение не менее 10 лет.

Методы обследования:

1. Локальный клинический и рентгенологический контроль, пальпация всех групп лимфатических узлов головы при каждом осмотре.
2. Рентгенография органов грудной клетки при каждом осмотре.
3. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости один раз в 6 месяцев.

При низкоквалифицированных хондросаркомах диспансерное наблюдение проводится каждые 6 месяцев в течение 2 лет и далее ежегодно. Обследование включает локальный клинический и рентгенологический контроль, рентгенографию органов грудной клетки при каждом осмотре.

Злокачественные опухоли полости носа и придаточных пазух

В течение первого года после завершения лечения диспансеризация проводится каждые 1–3 месяца; в течение 2-го года — каждые 2–4 месяца; с 3-го по 5-й годы — один раз каждые 4–6 месяцев; после 5 лет — один раз каждые 6–12 месяцев.

Методы обследования:

1. Пальпаторное обследование шеи, передняя и задняя риноскопия, отофарингоскопия, ларингоскопия при каждом посещении.
2. УЗИ шеи (при подозрении на наличие метастазов).
3. Рентгенотомография придаточных пазух и основания черепа.
4. Рекомендуется компьютерная рентгенотомография и/или магнитно-резонансная томография.
5. УЗИ или КТ печени (при наличии жалоб).
6. сканирование костей (при наличии жалоб).
7. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки один раз в год.
8. Контроль функции щитовидной железы через 1,2 и 5 лет (если проводилось облучение шеи).

Оглавление

Мотивационная характеристика темы	3
Учебный материал.....	4
Классификация опухолей челюстно-лицевой области	5
Организация онкологической помощи населению Республики Беларусь	8
Принципы диагностики злокачественных опухолей	14
Диспансеризация больных с опухолевыми заболеваниями челюстно-лицевой области	17
Самоконтроль усвоения темы	20
Литература.....	24
Приложение 1	25
Приложение 2.....	28

Учебное издание

Тризна Наталья Михайловна
Самсонов Сергей Владимирович
Мойсейчик Людмила Евгеньевна

**ОРГАНИЗАЦИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ
И ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ
СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ
ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск А. В. Глинник
Редактор А. В. Михалёнок
Компьютерная верстка Н. М. Федорцовой

Подписано в печать 25.03.10. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Кюм Люкс».

Печать офсетная. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 2,09. Уч.-изд. л. 1,47. Тираж 75 экз. Заказ 726.

Издатель и полиграфическое исполнение:
учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».

ЛИ № 02330/0494330 от 16.03.2009.

ЛП № 02330/0150484 от 25.02.2009.

Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.