

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ  
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ  
КАФЕДРА ДЕТСКОЙ ОНКОЛОГИИ И ГЕМАТОЛОГИИ

**Н.Н. Антоненкова**

**ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО  
ПРОФИЛАКТИКЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ  
НОВООБРАЗОВАНИЙ**

Учебно-методическое пособие

Минск БелМАПО  
2018

УДК 616 – 006.6 – 084(075.9)

ББК 55.6я73

А 72

Рекомендовано в качестве учебно-методического пособия  
НМС Белорусской медицинской академии последипломного образования»  
протокол № 9 от 15.11. 2018 г.

**Автор:**

Заместитель директора по медицинской части ГУ «Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова», профессор кафедры детской онкологии и гематологии ГУО БелМАПО, доктор медицинских наук *Антоненкова Н.Н.*

**Рецензенты:**

Прохоров А.В., д.м.н., профессор зав. кафедрой онкологии БГМУ  
Луд Н.Г. д.м.н., профессор, заведующий кафедрой онкологии ГУ «Витебский  
Ордена дружбы народов государственный медицинский университет»

**Антоненкова Н.Н.**

А 72      Практические рекомендации по профилактике злокачественных новообразований: учеб.-метод. пособие /Н.Н. Антоненкова, – Минск.: БелМАПО, 2018. – 34 с.

ISBN 978-985-584-296-6

В учебно-методическом пособии представлены современные аспекты профилактики злокачественных новообразований, описаны клинические случаи онкологических заболеваний, выявленных в далеко зашедших стадиях. Констатировано, что основные недостатки в диагностике онкологической патологии связаны с низкой онкологической настороженностью населения, недостаточным уровнем знаний в области онкологии врачей первичного звена.

Предназначено для врачей-специалистов, научных сотрудников, работающих в области онкологии, врачей амбулаторно-поликлинических, клинических больничных организаций здравоохранения, преподавателей кафедр онкологии и смежных дисциплин, организаторов здравоохранения, врачей-терапевтов, занимающихся оказанием паллиативной медицинской помощи лечебно-профилактических учреждений, слушателей курсов повышения квалификации.

УДК 616 – 006.6 – 084(075.9)

ББК 55.6я73

**ISBN 978-985-584-296-6**

© Антоненкова Н.Н., 2018

© Оформление БелМАПО, 2018

## Список сокращений

МАИР –	Международное агентство по исследованию рака
ЗН –	Злокачественные новообразования
ВОЗ–	Всемирная организация здравоохранения
ESMO –	Европейское общество терапевтов-онкологов
УЗИ –	Ультразвуковое исследование
ПЭТ–	Позитронно-эмиссионная томография
КТ –	Компьютерная томография
ДВС-синдром–	Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови

## ВВЕДЕНИЕ

Настоящее пособие посвящено одной из важных и значимых проблем в клинической медицине – раннему выявлению злокачественных новообразований. Согласно данным Международного агентства по исследованию рака (МАИР) рак остается важнейшей проблемой здравоохранения в европейском регионе. Повышение качества и доступности медицинского обслуживания населения, забота о здоровье людей, является одним из важнейших приоритетов социальной политики нашего государства. Снижение смертности от рака и улучшение качества жизни излеченных пациентов во многом зависит от выявления опухолей в ранних стадиях заболевания. При этом проблемы организации оказания медицинской помощи пациентам как в стационарах онкологического и неонкологического профиля, так и в амбулаторно-поликлинических условиях остаются недостаточно решенными, несмотря на наметившуюся в последние годы в Республике Беларусь тенденцию к совершенствованию первичной и специализированной медицинской помощи и формированию фундаментальной базы высокотехнологичной медицинской помощи на уровне мировых стандартов. Неудовлетворительными остаются показатели ранней диагностики злокачественных новообразований по ряду локализаций, практически во всех регионах республики. Настоящее учебное пособие посвящено информированию врачей-специалистов о наиболее частых ошибках поздней диагностики злокачественных новообразований. В процессе изложения материала объединен многолетний собственный клинический и педагогический опыт и систематизирован литературный материал по проблеме профилактики рака в онкологии. Надеемся, что информация, предложенная в виде учебно-методического пособия «Практические рекомендации по профилактике злокачественных новообразований» будет полезна для врачей различных специальностей.

*Доктор медицинских наук, доцент Антоненкова Нат.Н..*

## **ОБЩИЕ ТЕНДЕНЦИИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ТЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ**

Ежегодно в мире регистрируется 10 млн. новых случаев ЗН и более 6,2 млн. случаев смерти от этой патологии. Среди причин смертности населения ЗН занимают одно из ведущих мест, что отражается на средней продолжительности жизни и размерах невозполнимых потерь населения, а также наносит значительный экономический ущерб. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в настоящее время рак является одной из самых распространенных причин заболеваемости и смертности. Ежегодно в Европе умирает 7,3 млн. человек, в том числе около 1,6 млн. от злокачественных новообразований. О глобальности современной проблемы ЗН свидетельствуют экспертные оценки, обобщения и прогнозы ВОЗ и МАИР. Согласно прогнозам, к 2020 г. число новых случаев заболевания раком достигнет 16 млн. в год, а случаев смерти – 10 млн. По данным ESMO рак остается важнейшей проблемой здравоохранения в европейском регионе. Не является исключением и Республика Беларусь. В нашей стране заболеваемость злокачественными опухолями за последние 10 лет увеличилась на 28,7%. Снижение смертности от рака и улучшение качества жизни излеченных пациентов во многом зависит от выявления опухолей на ранних стадиях заболевания. Первые исследования по внедрению скрининга рака основных локализаций ЗН (рак молочной железы, предстательной железы, колоректальный рак) демонстрируют обнадеживающие результаты. Несмотря на это неудовлетворительными остаются показатели ранней диагностики ЗН по ряду локализаций, практически во всех регионах республики.

Основные недостатки в диагностике онкологической патологии связаны с низкой онкологической настороженностью населения, недостаточным уровнем знаний в области онкологии врачей первичного звена.

## КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ВЫЯВЛЕННЫХ В ПОЗДНИХ СТАДИЯХ

Рассмотрим на конкретных примерах некоторые клинические случаи онкологических заболеваний, выявленных в поздних стадиях.

Пример 1. Пациентка К., 34 года, городская жительница. Из анамнеза: появились жалобы на боли в правой верхней конечности, правой лопаточной области. Госпитализирована в травматологическое отделение городской больницы по месту жительства. При дообследовании была выполнена остеосцинтиграфия, при которой обнаружены множественные очаги патологической гиперфиксации радиофармпрепарата в костях скелета (рисунок 7).



Рисунок 7—Множественные очаги патологической гиперфиксации радиофармпрепарата в костях скелета

При ультразвуковом исследовании выявлены: объемное образование левой молочной железы с поражением подмышечного лимфоузла, наличие метастазов в печени (рисунки 8, 9).

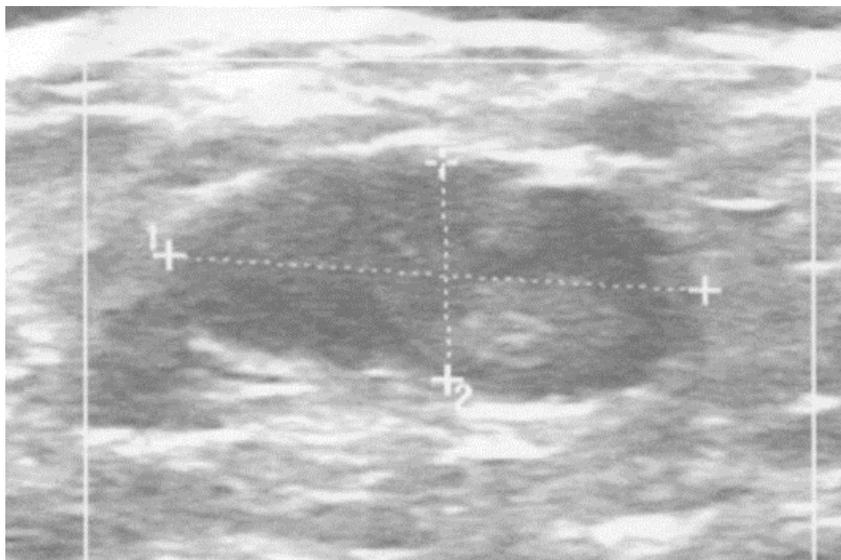


Рисунок 8— объемное образование левой молочной железы

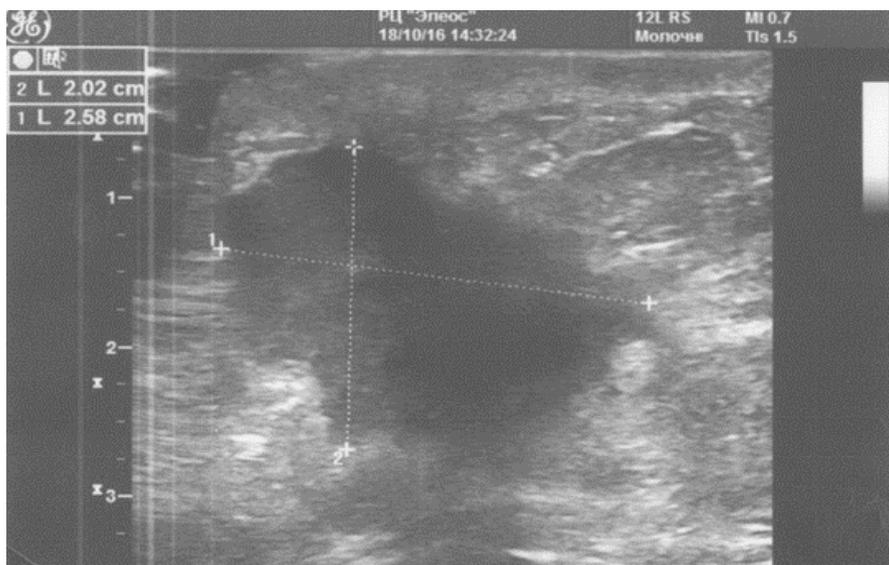


Рисунок 9— метастаз в печени

При биопсии печени получены раковые клетки. Пациентка была осмотрена врачом-онкологом территориального онкологического диспансера и взята на учет. При обращении на республиканский уровень в РНПЦ ОМР им.Н.Н. Александра, был установлен диагноз: рак левой молочной железы, множественные метастазы в костях скелета, печени cT4bN1M1 IV стадия.

В соответствии с постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12.08.2016 г. № 96 «Об утверждении инструкции о порядке проведения диспансеризации» женское население республики должно находиться по наблюдением у врача-терапевта, врача-гинеколога в поликлинике по месту жительства. При этом обязателен сбор анамнеза, осмотр молочных желез и др., что не было выполнено на должном уровне пациентке К. и послужило причиной поздней диагностики у нее рака молочной железы.

**Пример 2. Пациент К., 45 лет, житель сельской местности.** Из анамнеза: в областном онкологическом диспансере по месту жительства выполнена паллиативная передняя резекция сигмовидной кишки по поводу рака нижней трети сигмовидной ободочной кишки с метастазами в печени pT3N0M1 IV стадия. После хирургического вмешательства пациент был обсужден консилиумом специалистов онкологического диспансера. Рекомендована симптоматическая терапия.

Находился на стационарном лечении в отделении паллиативной медицинской помощи по месту жительства. После выписки из стационара было рекомендовано наблюдение участкового терапевта, сотрудников хосписа.

Пациент обратился в РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова. При компьютерной томографии (рисунок 10) выявлены множественные метастазы, сливающиеся между собой, тотально поражающие печень, метастазы в левом надпочечнике, в прекардиальных лимфоузлах, брюшине. Выявлена также мутация в гене hMLH1, что встречается у пациентов с наследственной предрасположенностью к колоректальному раку.

В РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова назначены курсы полихимиотерапии.

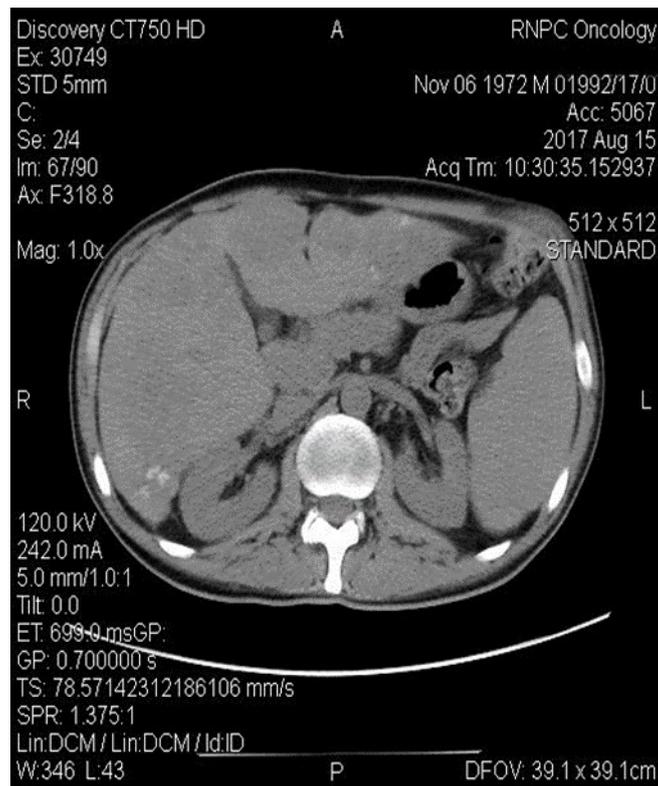


Рисунок 10— метастатическое поражение печени

Вышеизложенное свидетельствует о том, что у пациента имел место наследственный неполипозный рак сигмовидной ободочной кишки – наиболее частая форма наследственного колоректального рака. В основе заболевания лежит аутосомно-доминантная мутация в генах репарации ошибочно спаренных оснований ДНК: hMLH1 или hMSH2 (90% мутаций в таких семьях), hMSH6 (7-10%), PMS1 и PMS2 (5%) с пенетрантностью гена – 80% и ускоренной последовательностью «аденома – рак» (2–3 года). Случаи заболевания составляют 3–5% от всего колоректального рака. Пожизненный риск развития рака толстой кишки отмечается приблизительно в 80% случаев, рака эндометрия – в 40–60%, рака мочевыводящих путей – в 18–20%, рака яичников – в 9–12%. 70% опухолей расположены проксимальнее селезеночного изгиба.

Правильно собранный анамнез заболевания в совокупности с инструментальными методами исследования, учетом возраста пациента (до

50 лет), практически всегда позволяет врачам-специалистам установить правильный диагноз, определить верную тактику лечения.

**Пример 3. Пациентка К., 29 лет (медицинский работник), городская жительница.** Из анамнеза: (из медицинской документации): Самостоятельно в течении двух недель принимала нестероидные противовоспалительные препараты по поводу выраженных болей в позвоночнике, после чего появился черный стул. Бригадой скорой медицинской помощи с признаками желудочно-кишечного кровотечения была доставлена в хирургическое отделение городской больницы по месту жительства. При дообследовании выявлен и верифицирован рак субкардиального отдела желудка, осложненный кровотечением. В РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова была доставлена в тяжелом состоянии с двусторонней пневмонией, гидротораксом (рисунок 11).

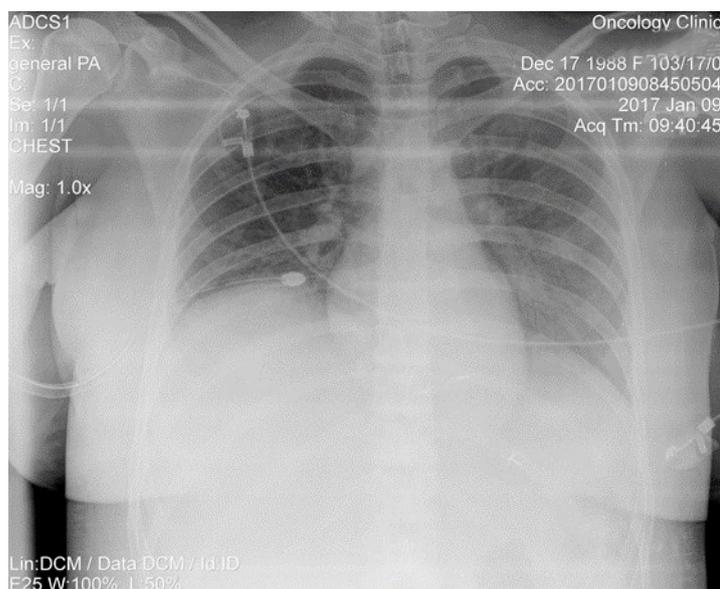


Рисунок 11— двусторонняя пневмония, гидроторакс

После дообследования был установлен диагноз: рак субкардиального отдела желудка с множественным метастатическим поражением костей скелета, забрюшинных лимфоузлов, костного мозга cT3BN3M1 IV стадия. Несмотря на проводимую терапию в условиях реанимационного отделения РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова пациентка умерла. Осложнения

основного заболевания: синдром полиорганной недостаточности. Желудочное кровотечение. Панцитопения. Двухсторонняя полисегментарная пневмония ДН II. Двухсторонний гидроторакс. Асцит. ДВС-синдром.

Из вышеизложенного следует, что ненадлежащее диспансерное наблюдение за пациенткой К., недостаточно собранный анамнез привели в данном случае к поздней диагностике рака желудка, осложнившегося в последующем развитием желудочного кровотечения, полиорганной недостаточности, как следствия генерализации опухолевого процесса, что послужило причиной смерти.

Пример 4. **Пациент Н., 60 лет, житель сельской местности.** Из анамнеза: в течение последних 5 лет обращался за медицинской помощью в центральную районную больницу по месту жительства по поводу простудных заболеваний, резаной раны локтевого сустава. Наблюдался у врача-терапевта и врача-эндокринолога. Ежегодно проходил профилактические медицинские осмотры. В течение восьми месяцев неоднократно оперировался амбулаторно врачом-хирургом в центральной районной больнице по месту жительства по поводу новообразований кожи (рисунок 12). Гистологически – липомы, атеромы.



Рисунок 12— мягкотканые образования волосистой части головы.

При очередном обращении к врачу-онкологу центральной районной больницы был установлен диагноз «лимфангиофиброма» (рисунок 13) и пациент был направлен в РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александра.



Рисунок 13— мягкотканые образования области шеи

В РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александра дообследован, пересмотрены 24 стекла гистологических препаратов с использованием иммуногистохимических исследований. Установлен диагноз: рак желудка, тотальное поражение с метастазами в мягких тканях лица, шеи, волосистой части головы. сT2NxM1, IV стадия. Умер на дому.

Недостаточная квалификация врача-патологоанатома, отсутствие врача-онколога в центральной районной больнице, в которую обращался пациент Н. на протяжении некоторого времени, недостаточный опыт работы с пациентами с онкологической патологией у врача-хирурга, низкое качество диспансерного наблюдения и обследования привели к поздней диагностике рака желудка, что явилось причиной летального исхода у данного пациента.

**Пример 5. Пациентка К. 35 лет, городская жительница.** Из анамнеза: в поликлинике по месту жительства диагностирована киста левого яичника 12 см в диаметре, плановая операция назначена только спустя три месяца. Однако пациентка по экстренным показаниям прооперирована в больнице скорой медицинской помощи по месту жительства спустя два месяца после установления диагноза. Выполнена аднексэктомия слева. При гистологическом исследовании – эндометриоидная киста. В течение 3-х месяцев отмечала дискомфорт и тянущие боли в малом тазу. Затем боль усилилась. Врачом-гинекологом назначена противовоспалительная терапия в течение одной недели, без эффекта. Ультразвуковое исследование органов малого таза выполнено только через 1,5 месяца. Выявлено образование неоднородной структуры в проекциях левых придатков. В аспирате эндометрия при цитологическом исследовании – атипическая гиперплазия. Несмотря на представленные данные был установлен диагноз: убедительных данных за онкологическую патологию со стороны гениталий нет, эндометриоз органов малого таза. Хронический абсцесс органов малого таза.

Лечение в областном клиническом онкологическом диспансере не предложено, пациентка не направлена в РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова. В результате в городской больнице по месту жительства была выполнена операция в неадекватном объеме: иссечение опухоли малого таза, биопсия сальника, брюшины, правого яичника, при гистологическом исследовании – железисто-плоскоклеточный рак G2.

При ПЭТ-КТ, выполненной в РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова – картина злокачественной опухоли в области левого яичника (рисунок 14).

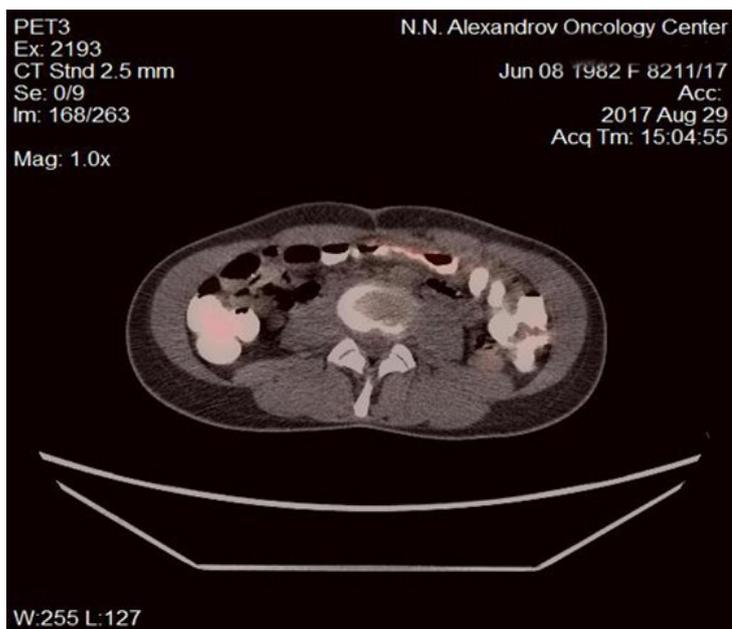


Рисунок 14 — картина злокачественной опухоли в области левого яичника с распространением вдоль левой стенки таза. Жидкость в тазу. Образования по плевре с обеих сторон

При ультразвуковом исследовании сосудов нижних конечностей, выполненной в РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александра – тромбоз глубоких вен обеих нижних конечностей на уровне бедренно-подколенных, берцовых сегментов, подвздошных вен с обеих сторон (рисунок 15).

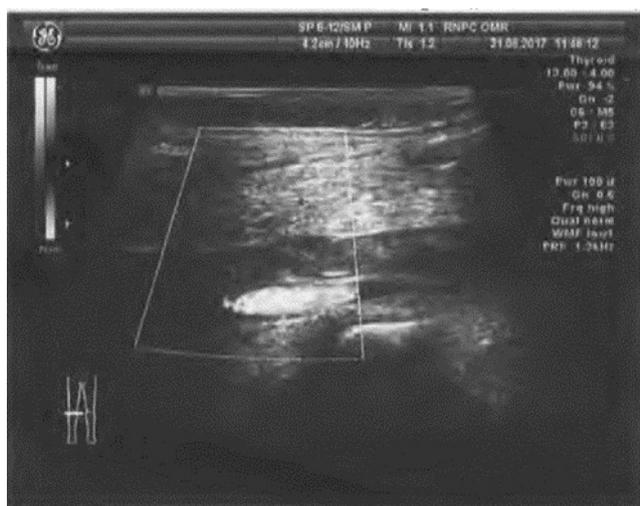


Рисунок 15— тромб в бедренной вене

Находилась в онкологическом (химиотерапевтическом) отделении РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова с диагнозом: рак левого яичника. Состояние после левосторонней аднексэктомии, состояние после лапаротомии (иссечение опухоли малого таза, биопсия сальника, правого яичника, брюшины), состояние после 2-х курсов полихимиотерапии рТ3N0M0, III стадия. Продолжение роста опухоли с распространением на прямую кишку, мочевой пузырь, петли кишечника, переднюю брюшную стенку. Тромбоз глубоких вен левой голени. Подострый феморальный флеботромбоз слева. Острый кавальный флеботромбоз. Рецидивирующая тромбоэмболия крупных и мелких ветвей легочной артерии. Малый гидроторакс справа. Состояние после имплантации кавафилтра. Спустя 1 месяц пациентка умерла.

Недостатки в организации оказания медицинской помощи на всех уровнях ее оказания в лечебных учреждениях, в которые обращалась пациентка К., отсутствие онкологической грамотности врачей-специалистов, привели к летальному исходу молодой женщины в возрасте 35 лет.

**Пример 6. Пациент Б., 28 лет, городской житель.** Из анамнеза: считает себя больным, когда появился судорожный синдром, головокружение, нарушение речи. Госпитализирован в неврологическое отделение центральной районной больницы по месту жительства, обследован. Выявлена опухоль правого яичка. Направлен в межрайонный онкологический диспансер по месту жительства для дообследования.

В диспансере обследован, выполнены: эксцизионная биопсия подмышечного лимфоузла слева, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, мошонки, компьютерная томография головного мозга. Установлен диагноз: рак правого яичка с метастазами в обоих легких, печени, головном мозге, подмышечных, паховых лимфоузлах. Состояние после эксцизионной биопсии подмышечного лимфоузла слева cT1N2M1 IV стадия.

Состоялся консилиум, согласно рекомендациям которого решено направить пациента в РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова.

При дообследовании в РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова обнаружены множественные метастазы в головном мозге с отеком; легких (симптом «снежной бури»), печени, средостении, забрюшинных лимфоузлах (рисунки 16–19).

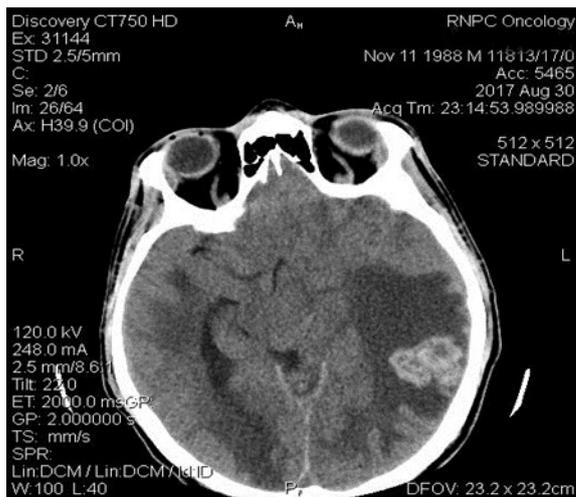


Рисунок 16— множественные метастазы в головном мозге

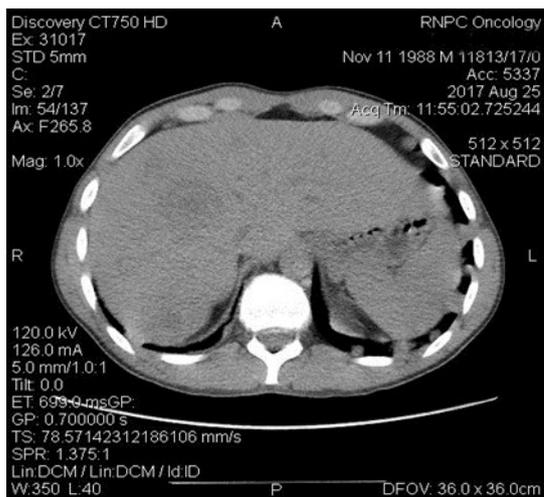


Рисунок 17— множественные метастазы в печени

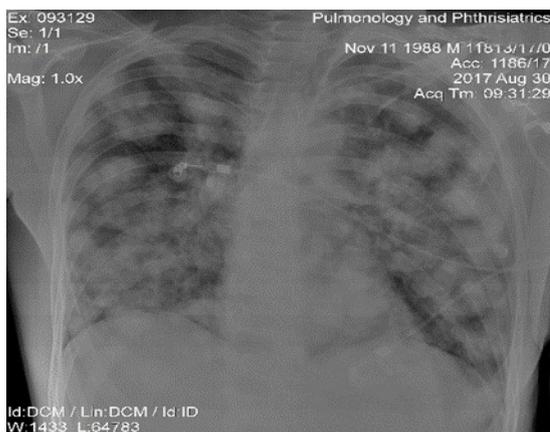


Рисунок 18 — рентгенография органов грудной клетки, симптом «снежной бури»

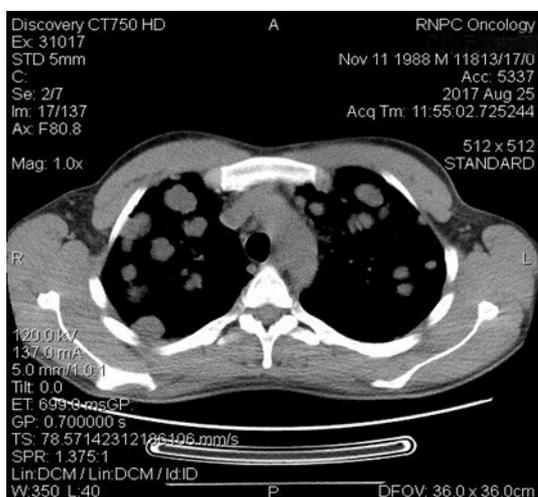


Рисунок 19 — компьютерная томография органов грудной клетки, множественные метастазы в легких

Установлен диагноз: хорионэпителиома правого яичка с метастазами в забрюшинных лимфоузлах, обоих легких, печени, подмышечных лимфоузлах. Состояние после эксцизионной биопсии подмышечного лимфоузла слева. Состояние после редуцированного курса полихимиотерапии, лучевая терапия в суммарной очаговой дозе 50 Грей на весь головной мозг. Прогрессирование: рост метастазов в головном мозге. Трахеостомия.

Несмотря на проводимую терапию, наступила биологическая смерть.

Данный случай является ярким примером необходимости внимательного отношения со стороны врачей-хирургов, врачей-урологов при осмотре пациентов молодого возраста и тщательного сбора у них анамнеза.

**Пример 7. Пациент К., 60 лет, житель сельской местности.** Из анамнеза: считает себя больным, когда появилась опухоль в мягких тканях правого бедра. За медицинской помощью обратился в организацию здравоохранения областного уровня по месту жительства. Лечение начато только спустя 2 месяца. Выполнено удаление опухоли мягких тканей правого бедра. При гистологическом исследовании – «злокачественная мезенхимальная опухоль, ближе к рабдомиосаркоме, удалена в пределах здоровых тканей». Консилиум в составе врача-онколога, врача-химиотерапевта, врача-радиационного онколога – лучевая и химиотерапия не показаны. Спустя 1 месяц после операции пациент отмечает продолжение роста опухоли. Повторно был госпитализирован в то же отделение. При фиброгастродуоденоскопии – «... сразу за кардией по передней стенке – изъязвление неправильной формы, размером до 5,0 см (биопсия)... Заключение: признаки рака желудка». При гистологическом исследовании – «умеренно выраженный гастрит с гиперплазией и метаплазией эпителия отдельных желез». Был установлен диагноз: «рабдомиосаркома правого бедра pT2bN0M0 IV стадия, состояние после хирургического лечения, прогрессирование опухолевого процесса. Язвенная болезнь желудка в стадии обострения». В связи с быстрорастущим рецидивом опухоли больших размеров и язвенной болезнью в стадии обострения – хирургическое лечение не показано. Рекомендовано было провести противоязвенное лечение в течение 7 – 10 дней с последующим визитом к врачу-химиотерапевту и врачу-радиологу для решения вопроса о возможном противоопухолевом лечении. При фиброгастродуоденоскопии «хроническая язва кардиального отдела желудка, малигнизация?». При гистологическом исследовании – «тубулярная аденокарцинома». При рентгеновской компьютерной

томографии органов грудной клетки, брюшной полости, органов малого таза нижних конечностей с контрастным усилением – «КТ-признаки рецидива основного заболевания, метастазы в обоих легких». Находился на стационарном лечении в специализированном отделении организации здравоохранения областного уровня по месту жительства. Был установлен диагноз: первично-множественное синхронное заболевание: 1. Рабдомиосаркома правого бедра pT2bN0M0 IB ст., состояние после хирургического лечения, прогрессирование опухолевого процесса – метастазы в легких, рецидив опухоли, 2. Рак кардиального отдела желудка cT2NxM0 II стадия. Пациент был направлен в РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова для решения вопроса о возможности дальнейшем лечении. В консультативно-поликлиническом отделении РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова при пересмотре гистологических препаратов биопсии из стенки желудка – умеренно дифференцированная аденокарцинома желудка; удаленной опухоли правой нижней конечности – гистологическая картина High grade саркомы. Проведен консилиум в составе ведущих специалистов РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова, который констатировал, что, учитывая огромные размеры и распад опухоли мягких тканей правого бедра никакое специальное лечение невозможно (рисунки 20, 21). Пациенту предложено санитарное межподвздошно-брюшное вычленение справа. Госпитализирован в онкологическое отделение реконструктивно-восстановительной хирургии РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова. При фиброгастродуоденоскопии – картина язвенно-инфильтративного рака желудка.

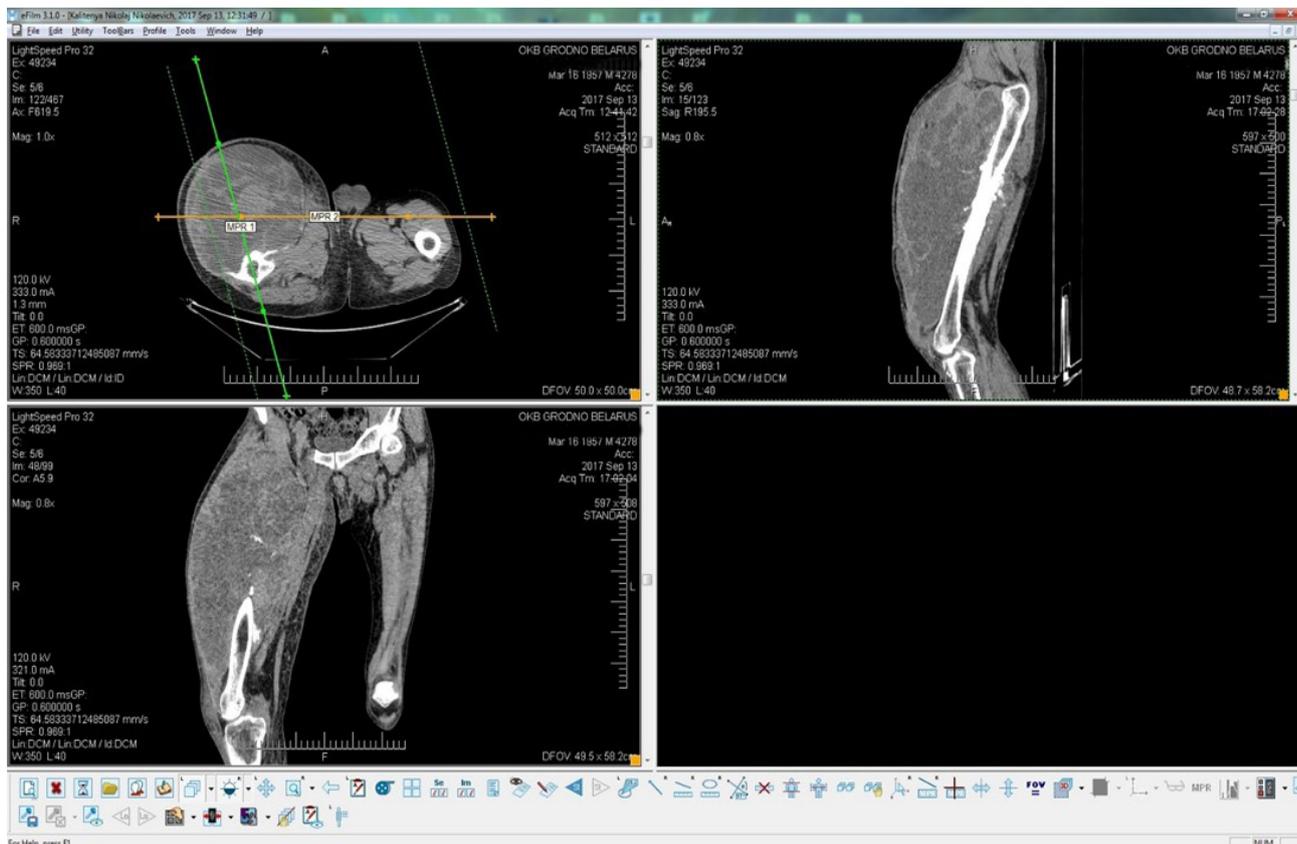


Рисунок 20. Опухоль мягких тканей правого тазобедренного сустава (данные компьютерной томографии)



Рисунок 21. Пациент К. на операционном столе

По санитарным показаниям выполнено межподвздошно-брюшное вычленение справа.

Данный случай свидетельствует о неверно выбранной тактике лечения пациента с высоко злокачественной саркомой мягких тканей. В соответствии с клиническими протоколами «Алгоритмы диагностики и лечения злокачественных новообразований» при саркомах мягких тканей высокой степени злокачественности, независимо от объема выполненного хирургического вмешательства показано химиолучевое лечение, что не было своевременно выполнено в данном случае. Результатом явился рецидив саркомы мягких тканей правого бедра. При этом у пациента диагностирован поздний рак желудка. Пациент не был направлен на республиканский уровень в РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова.

Ожидание госпитализации в организацию здравоохранения областного уровня, несоблюдение клинических протоколов диагностики и лечения злокачественных новообразований, недостаточный контроль за диспансеризацией пациента К., способствовали позднему выявлению первично-множественного синхронного онкологического заболевания на этапе бурного прогрессирования опухолевого процесса, когда проведение специального противоопухолевого лечения не представлялось возможным, а санитарная операция носила инвалидизирующий характер.

Таким образом, вышеизложенные случаи наглядно демонстрируют, что довольно часто под маской остеохондроза, различных травматологических заболеваний и др. скрываются распространенные формы различных злокачественных новообразований. Недостаточно собранный анамнез заболевания, не полный осмотр пациентов у врачей-хирургов, врачей-урологов, врачей-проктологов, особенно пациентов молодого возраста являются причинами развития распространенных форм злокачественных новообразований урологического, проктологического профиля. Довольно часто при диспансерном наблюдении пациенток молодого трудоспособного возраста не уделяется должное внимание со стороны врачей-гинекологов

обследованиям молочных желез, что приводит к возникновению распространенных форм злокачественных новообразований органов женской репродуктивной системы. Незнание и невыполнение клинических протоколов диагностики и лечения злокачественных новообразований приводит к неадекватному лечению, заканчивающемуся травматичными органоуносящими хирургическими вмешательствами.

## **ПРОФИЛАКТИКА В ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

Знаний в области онкологии и онкологической настороженности со стороны медицинских работников недостаточно. Важно, чтобы пациенты понимали необходимость целенаправленных усилий, связанных с профилактикой онкологических заболеваний. Для этого медицинские работники должны на постоянной основе заниматься санитарно-просветительной работой.

Профилактика возникновения (развития) злокачественных новообразований является неотъемлемой частью общей стратегии противораковой борьбы.

Современные знания в области онкологии таковы, что уже сегодня можно:

- предотвратить одну треть случаев заболеваний злокачественными новообразованиями;
- излечить еще одну треть за счет раннего выявления и эффективного лечения;
- продлить жизнь и(или) улучшить качество жизни еще у одной трети онкологических больных.

В онкологии существует три вида профилактики: первичная, вторичная и третичная.

**Первичная (гигиеническая) профилактика** направлена на снижение заболеваемости от онкологических заболеваний и связана с факторами окружающей среды и образом жизни пациентов.

**Вторичная (клиническая) профилактика** направлена на снижение смертности от онкологических заболеваний и предполагает своевременное лечение предраковых заболеваний.

**Третичная профилактика** направлена на своевременное выявление рецидивов и метастазов у пациентов с онкологической патологией.

Научные исследования в области эпидемиологии рака позволили установить, что в его возникновении в качестве факторов риска могут выступать следующие: факторы внешней среды, образ жизни, профессиональные вредности, биологические агенты, лекарственные средства и др. Если учесть, что причиной 90 - 95% злокачественных новообразований являются канцерогенные факторы внешней среды и образа жизни, то из них 30% составляет курение, на особенности питания приходится еще 35%. При этом инфекционные агенты составляют приблизительно 10%, ионизирующее излучение - 4 - 5%, профессиональные канцерогены - 4 - 5%, репродуктивные факторы - 4 - 5%, низкая физическая активность - 4 - 5%, потребление спиртных напитков - 2 - 3%, ультрафиолетовое излучение - 2 - 3%, загрязнения атмосферного воздуха - 1 - 2%.

Следовательно, наиболее действенным направлением первичной (гигиенической) профилактики злокачественных новообразований является предотвращение или снижение негативного влияния на организм человека различных эндогенных и экзогенных канцерогенных факторов.

Рекомендации по борьбе со злокачественными новообразованиями, подготовленные коллективом из 42 ведущих специалистов-онкологов Европы, декларируют: «Многие показатели здоровья населения могут быть улучшены, а смертность от рака значительно снижена, если мы будем

придерживаться более здорового образа жизни». Важным аспектом в данном направлении является соблюдение **Европейских рекомендаций в области первичной профилактики рака.**

- Не курите; если же вы курите – остановитесь. Если вы не можете бросить курить, то не курите в присутствии некурящих.
- Старайтесь избегать ожирения.
- Будьте подвижными и активными, старайтесь заниматься физкультурой каждый день.
- Увеличьте ежедневное потребление и ассортимент овощей и фруктов, старайтесь включать в свой рацион не менее 5 раз в день различные фрукты и овощи. Ограничьте употребление продуктов, содержащих жиры животного происхождения.
- Если вы употребляете алкоголь, будь то пиво, вино или крепкие напитки, то мужчинам следует уменьшить количество до 2 порций в день, а женщинам до 1 порции в день.
- Старайтесь избегать избыточного солнечного воздействия. Особенно важно защищать от солнца детей и подростков. Люди, склонные к солнечным ожогам, должны применять защитные меры в течение всей своей жизни.
- Строго следуйте правилам, предупреждающим любой контакт с веществами, вызывающими рак.

**Курение.** Известно, что 25 - 30% всех случаев смерти от рака в развитых странах связано с курением. По данным результатов исследований, проведенных в Европе, Северной Америке и Японии, от 87 до 91% рака легких у мужчин и от 57 до 86% рака легких у женщин связано с курением табака. Для людей обоего пола доля случаев злокачественных новообразований гортани и полости рта, пищевода, возникших под воздействием только табака или в сочетании с алкоголем, составляет от 43% до 60%. Больше число случаев рака поджелудочной железы, мочевого

пузыря, почек, желудка, шейки матки, носовой полости и миелоидный лейкоз также связаны с потреблением табака. При прекращении курения повышенный риск индуцированного курением рака значительно снижается. Положительный эффект от этого становится очевиден в течение 5 лет, и эта тенденция со временем заметно усиливается.

**Ожирение.** Ожирение приводит к повышенному риску развития рака следующих локализаций ЗН: рак молочной железы, эндометрия, почек, пищевода, колоректальный рак. Следует не забывать об избыточном весе (индекс массы тела (ИМТ) -  $25 - 29 \text{ кг/м}^2$ ), который также ассоциируется с вышеперечисленными видами рака. В странах Западной Европы избыточный вес или ожирение ответственны за возникновение приблизительно 37% случаев - рака пищевода, 39% - рака эндометрия, 25% - почечно-клеточного рака, 24% - рака желчного пузыря, 11% - рака толстой кишки, 9% - рака молочной железы.

**Двигательная активность.** Многочисленные научные исследования свидетельствуют о том, что некоторые виды регулярной физической активности связаны с пониженным риском колоректального рака. Существуют убедительные данные также о снижении риска возникновения рака молочной железы, эндометрия и предстательной железы. Защитный эффект физической активности в отношении риска развития рака усиливается с повышением уровня физической активности.

**Пищевой рацион.** В соответствии с рекомендациями ВОЗ стоит придерживаться увеличения ежедневного приема овощей и фруктов до 5 раз в день (минимум 400 г в день, или 2 фруктовых плода и 200 г овощей), что может привести к снижению риска возникновения рака. Фруктами и овощами предлагается дополнять каждый прием пищи и по возможности замещать ими легкие приемы пищи между завтраком, обедом и ужином.

**Алкоголь.** Ежедневный прием алкоголя в дозе 20 - 30 г вызывает значительное повышение риска развития: рака верхних отделов

пищеварительного и дыхательного трактов, печени, толстой и прямой кишки. Лица, ежедневно употребляющие алкоголь в дозе 10 г (это приблизительно одна банка пива, один стакан вина или одна рюмка крепких напитков), в большей степени рискуют заболеть раком молочной железы в сравнении с лицами, вообще не употребляющими спиртные напитки.

**Солнечное воздействие.** Ультрафиолетовая часть солнечного спектра является внешней причиной развития рака кожи. В период между 11 ч и 15 ч действие ультрафиолета максимальное. Поэтому нахождение вне зоны его прямых лучей в данное время — наилучшая защита от солнца. Важно соблюдать это условие при отдыхе на открытом воздухе как детям, так и взрослым. Дополнительной защитой является пребывание в тени. Плотная, желательно хлопчатобумажная одежда, при которой максимально защищена кожа, является также важной мерой профилактики. Небезопасным является посещение соляриев, так как излучению, которому в них подвергается кожа, может повысить риск развития ЗН кожи, таких, как рак и меланома.

**Контакт с канцерогенами.** Важным профилактическим мероприятием является следование инструкциям и рекомендациям, направленным на уменьшение или предотвращение воздействия канцерогенных загрязняющих веществ на организм. Примером тому могут быть запреты на курение, транспортные ограничения в определенных населенных пунктах, использование личных средств безопасности и соблюдение утвержденных правил внутреннего трудового распорядка на рабочем месте. Важным требованием в этом отношении является следование определенным инструкциям на рабочем месте, где канцерогены могут обнаруживаться в повышенных концентрациях по сравнению с общей окружающей средой.

#### **Вторичная (клиническая) профилактики рака.**

Своевременное выявление и эффективное лечение предраковых заболеваний и состояний во многом предупреждает развитие ЗН.

При выявлении злокачественной опухоли на ранней стадии значительно повышается вероятность ее успешного лечения. Своевременное обнаружение предопухолевых заболеваний и злокачественных опухолей на доклинической (бессимптомной) стадии возможно только в рамках широкомасштабных государственных программ скрининга ЗН.

Под скринингом подразумевается систематическое использование различных методов исследования с целью выявления лиц, имеющих повышенный риск определенного заболевания, но не обращавшихся к врачу, которым можно помочь при дальнейшем обследовании или проведении непосредственных профилактических мер.

В настоящее время доказана эффективность скрининга для опухолей ряда локализаций ЗН. В нашей стране активно внедряются пилотные проекты скрининговых исследований по раку молочной железы, шейки матки, толстой кишки, предстательной железы.

Женщины старше 25 лет должны принимать участие в цитологическом скрининге рака шейки матки 1 раз в 3 года, что, по данным ВОЗ предполагает снижение смертности от этого заболевания почти на 80%.

Женщинам старше 50 лет необходимо участвовать в скрининге рака молочной железы с использованием маммографического метода 1 раз в 2 года, что, по данным ВОЗ может снизить смертность от этого заболевания на 30%.

Мужчины и женщины старше 50 лет должны принимать участие в скрининге колоректального рака с использованием теста на скрытую кровь в кале каждые 2 года, что также по данным ВОЗ может снизить смертность от этого заболевания на 15%.

Для мужчин старше 50 лет обязательным является исследование крови на простат-специфический антиген.

Продолжаются исследования эффективности скрининговых тестов в отношении рака желудка (изучение *Helicobacter Pylori*, рентгенологическое

(эндоскопическое) обследование желудка), яичников (УЗИ, СА-125), легких (спиральная КТ) и некоторых других.

**Третичная профилактика злокачественных опухолей** предполагает снижение смертности от ЗН путем лечения уже существующего заболевания, предупреждения его рецидивов, а также развития другой формы рака.

Основные предпосылки успехов в этой области связаны с достижениями современной реанимации и анестезиологии, что позволяет значительному числу пациентов перейти из разряда неоперабельных в разряд операбельных. Совершенствование методов визуализации, внедрение молекулярно-генетических методов исследования улучшило диагностику опухолей. Применение современной аппаратуры позволило применять адекватные дозы лучевой и химиотерапии, особенно в связи с развитием органосохраняющих технологий.

## **РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ОСНОВНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ**

### **Наследственно-ассоциированные опухоли**

- выявление лиц, имеющих наследственную предрасположенность к ЗН;
- формирование групп повышенного онкологического риска;
- определение наследственной предрасположенности к раку; молочной железы, яичников, ободочной кишки и другим, наследственно-ассоциированным ЗН на основе анамнеза и молекулярно-генетических анализов крови;
- мониторинг групп повышенного онкологического риска;
- своевременное выявление и лечение предраковых заболеваний в группах риска.

## **Рак кожи**

- защита лица и шеи от интенсивного и длительного солнечного облучения, особенно у пожилых людей со светлой, плохо поддающейся загару кожей;
- регулярное применение питательных кремов с целью предупреждения сухости кожи, особенно у пожилых людей с сухой кожей и наличием кератозов;
- радикальное лечение длительно незаживающих язв и свищей;
- защита рубцов от механических травм;
- строгое соблюдение мер личной гигиены при работе со смазочными материалами и веществам, содержащими канцерогены;
- своевременное лечение предраковых заболеваний кожи.

## **Рак губы**

- отказ от курения, и употребления алкоголя санация полости рта;
- защита лица от солнечной инсоляции;
- своевременное лечение предраковых заболеваний губ.

## **Рак полости рта**

- отказ от курения и злоупотребления алкоголем;
- санация полости рта;
- своевременное лечение кариозных зубов;
- распознавание и лечение предраковых заболеваний (лейкоплакии, папилломатоза, и др.).

## **Рак молочной железы**

- лечение хронических воспалительных заболеваний придатков;
- лечение дисгормональных гиперплазий молочных желез;
- нормализация половой и детородной функции;
- профилактика ожирения;

- предупреждение и лечение гипотиреоза, сахарного диабета, заболеваний печени;
- избегание употребления большого количества жирной пищи;
- употребление в достаточном количестве овощей и фруктов, продуктов, богатых витамином А;
- диспансеризация кровных родственников пациентов со ЗН молочной железы.

### **Рак легкого**

- борьба с курением;
- регулярное употребление свежих овощей и фруктов.

### **Рак пищевода**

- борьба с курением, злоупотреблением алкоголем;
- отказ от питания слишком горячей пищей;
- соблюдение осторожности при употреблении в пищу мелкокостистой рыбы;
- разнообразное питание с включением достаточного количества овощей и фруктов;
- адекватное лечение пациентов с хроническим эзофагитом.

### **Рак желудка**

- своевременное выявление и диспансеризация лиц повышенного риска;
- рациональное питание;
- отказ от курения и злоупотребления алкоголем.

### **Рак ободочной кишки**

- рациональное питание и включение в пищу продуктов, содержащих достаточное количество пищевых волокон, овощей и фруктов;

- своевременное лечение пациентов с предраковыми заболеваниями (диффузный полипоз, болезнь Крона, ворсинчатая опухоль, одиночный и множественный полипы);
- диспансеризация кровных родственников пациентов со ЗН ободочной кишки.

### **Рак прямой кишки**

- сбалансированное питание;
- нормализация функций кишечника;
- раннее выявление и своевременное удаление полипов;
- лечение хронических заболеваний прямой кишки.

Таким образом, медицинская составляющая раннего выявления ЗН должна включать следующие основные моменты:

со стороны руководителей организаций здравоохранения всех уровней обеспечение постоянного контроля за:

- внедрением новых медицинских технологий обследования и лечения пациентов на основе алгоритмов диагностики и лечения пациентов онкологического профиля;
- обеспечением преемственности и непрерывности лечебно-диагностического процесса между организациями здравоохранения всех уровней;
- оптимизацией работы диагностических служб для улучшения ранней диагностики новообразований;
- более активным внедрением скрининговых программ;
- качеством и своевременностью диспансеризации с принятием управленческих решений.

Основополагающим принципом раннего выявления ЗН должно быть широкое внедрение скрининговых программ в практическое здравоохранение.

## ЛИТЕРАТУРА

1. IARC Cancer Base №5. Version 2.0 – Lyon: IARC Press. 2004 – 85 p.
2. Boyle, P. Cancer incidence and mortality in Europe / P. Boyle, J. Ferlay //Ann. Oncol. – 2005. – Vol.16. – P. 481-488.
3. Management of Cancer Pain: ESMO Clinical Recommendations / L. Jost [et al.] on behalf of the ESMO Guidelines Working Group. – ESMO, 2008.
4. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2009 г. – Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2010. – 205 с.
5. Скрининг рака предстательной железы в Республике Беларусь / С.А. Красный [и др.]. — Минск: Принтхаус, 2015. — 160 с. 16.
6. Руководство по онкологии. Т. 1 /Под ред. О.Г. Суконко; РНПЦ онкологии и мед. радиологии им. Н.Н. Александрова. – Минск: Беларус. Энцыклап. імя П. Броўкі, 2015.– 680 с.: ил.
7. Globocan [Электронный ресурс]. — 2008. – Режим доступа: <http://Globocan.Iarc/fr>.– Дата доступа: 14.12.2016.
8. Первые результаты пилотного проекта скрининга рака молочной железы/Шаповал Е.В., Микулич Д.В.//Евразийский онкологический журнал, www.gesire.by 2016. —Том 4. — № 270. — С. 295–296.
9. Первое исследование по скринингу колоректального рака в Республике Беларусь: организация и первые результаты/ Петкевич А.А., Герасимович А.И., Лобачевская Е.В., Абельская И.С., Красный С.А., Ребеко И.В.//Евразийский онкологический журнал, www.gesire.by 2016. — Том 4. — № 270. — С. 237–238.
10. Государственная статистическая отчетность. Форма № 1: Отчет о заболеваниях злокачественными новообразованиями; Раздел IV: Сведения о больных умерших от злокачественных новообразований. – Минск. 2016. – С. 11-12.
11. Океанов, А.Е. 25 лет против рака. Успехи и проблемы противораковой борьбы в Беларуси/ А.Е. Океанов [и др.]; под ред. О.Г. Суконко. — Минск: РНПЦ ОМР, 2016. — 415 с.

12. Злокачественные новообразования в Беларуси 2006-2015 // Под ред. О.Г. Суконко. – Минск: РНПЦ МТ. 2016. – 205 с.

13. Постановление МЗ РБ от 12.08.2016 г. № 96 «Об утверждении инструкции о порядке проведения диспансеризации». – Минск, 2016. – 119 с.

14. Модель организации медицинской помощи пациентам с онкологической патологией — жителям Минской области. Основные результаты ее внедрения в 2016 г. // Антоненкова Н.Н., //Онкологический журнал. – 2017. — № 10. — С.86 – 101.

15. Наследственный неполипозный рак толстой кишки (ННПРТК, синдром Линча I/II, синдром X) / Б.Р. Гельфанд [и др.] // [Электронный ресурс]. – Режим

доступа: [http://meduniver.com/Medical/Xirurgia/nasledstvennii\\_nepolipoznii\\_rak\\_tolstoi\\_kishki.html](http://meduniver.com/Medical/Xirurgia/nasledstvennii_nepolipoznii_rak_tolstoi_kishki.html) / Дата доступа: 27.12.2017 г.

16. Приказ МЗ РБ от 06.07.2018 № 60 «Об утверждении клинического протокола «Алгоритмы диагностики и лечения злокачественных новообразований». – Минск, 2018.

17. Клинические случаи онкологических заболеваний, выявленных в поздних стадиях // Антоненкова Н.Н., //Онкологический журнал. – 2018. — Том 12. – № 2 (46) – С.92–104.

## СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
Введение	4
Общие тенденции прогнозирования течения злокачественных новообразований	5
Клинические случаи онкологических заболеваний, выявленных в поздних стадиях	6
Профилактика в онкологической практике	22
Рекомендации по профилактике злокачественных новообразований основных локализаций	28
Литература	32

Учебное издание

**Антоненкова** Наталья Николаевна

**ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ  
ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ**

Учебно – методическое пособие

Ответственный за выпуск Н.Н. Антоненкова

Подписано в печать 15.11. 2018. Формат 60x84/16. Бумага «Discovery».

Печать ризография. Гарнитура «Times New Roman».

Печ. л. 2,13. Уч.- изд. л. 3,19. Тираж 50 экз. Заказ 255.

Издатель и полиграфическое исполнение –

Белорусская медицинская академия последипломного образования.

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,  
распространителя печатных изданий № 1/136 от 08.01.2014.

220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 3.

