**Деятельность фельдшера смотрового кабинета по профилактике рака щитовидной железы**

**Бакукина Валерия Сергеевна**, студентка краевого государственного бюджетного профессионального образовательного учреждения «Ачинский медицинский техникум»

 **Кучерявая Галина Петровна**, преподаватель

**ВВЕДЕНИЕ**

Будущее принадлежит медицине предохранительной. П. И. Пирогов

Заболеваемость раком щитовидной железы растёт быстрыми темпами. За последнее десятилетие заболеваемость женщин возросла в 2,2 раза. Рак щитовидной железы характеризуется благоприятным течением, это даёт возможность излечить большинство заболевших. Сложность заключается в том, что опухоль развивается медленно, подобно узловому зобу. Это является причиной позднего обращения заболевших за лечебной помощью, диагностических и тактических врачебных ошибок. К тому же, больные раком щитовидной железы часто подвергаются оперативному лечению в хирургических стационарах общей лечебной сети с предположением о наличии узлового зоба. В таких случаях нередко допускаются ошибки при выборе схемы обследования и лечения.

Другим важным фактором, сказывающемся на результатах лечения, является чёткая система диспансерного наблюдения за лицами, излеченными от рака щитовидной железы. Своевременное выявление рецидива позволяет предпринять эффективные лечебные меры. Однако рецидив опухоли нередко распознаётся поздно, когда излечение оказывается невозможным [22].

Министр здравоохранения РФ В. И. Скворцова неоднократно в своих выступлениях подчеркивает, что на первичное звено здравоохранения возложен активный диагностический скрининг, направленный на выявление онкологических заболеваний на самых ранних стадиях, поддающихся эффективному лечению. Существуют два основных направления в диагностике онкологического заболевания: по обращаемости пациента за медицинской помощью после появления симптомов заболевания и при активном выявлении силами медицинских работников. Именно второй путь – целенаправленное проведение осмотров населения с целью выявления предраковых и злокачественных заболеваний в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, - позволяет выявлять опухоли на ранних доклинических стадиях, когда возможно радикальное лечение с наиболее благоприятным прогнозом для жизни.

Достаточный уровень онкологической грамотности и профилактическая ориентация медицинских работников первичной медико-санитарной помощи являются основой раннего выявления злокачественных новообразований.

Особенно значимая роль отводится целенаправленной и качественной работе смотровых кабинетов [31].

Проблемой исследования являлось то, что смотровые кабинеты не в полной мере выполняют свои функции из-за не до конца поставленных и выполненных организационных и методических задач. Для снижения числа больных со злокачественными новообразованиями рациональная диспансеризация лиц с предраковой и фоновой патологией наиболее значима, так как позволяет своевременно провести адекватное лечение и затормозить процесс опухолевой трансформации.

Объект исследования. Рак щитовидной железы.

Предмет исследования. Деятельность фельдшера смотрового кабинета по профилактике рака щитовидной железы.

Целью исследования является изучение и анализ проблем профилактики рака щитовидной железы фельдшером смотрового кабинета, разработка алгоритма активной выявляемости, дефектов диспансеризации фоновой и предраковой патологии щитовидной железы и разработка информационных материалы для населения по профилактике РЩЖ.

Задачи исследования:

* Изучить и проанализировать современные научные данные об этиологии, патогенезе, клинических проявлениях, диагностике и лечении рака щитовидной железы.
* Изучить теоретические аспекты применения современных методов профилактики рака щитовидной железы.
* Охарактеризовать работу фельдшера смотрового кабинета по раннему выявлению рака щитовидной железы. Разработать алгоритм активной выявляемости, дефектов диспансеризации фоновой и предраковой патологии щитовидной железы.
* Разработать информационные материалы для населения по профилактике рака щитовидной железы.

Гипотеза исследования заключается в предположении о том, что деятельность фельдшера смотрового кабинета по раннему выявлению рака щитовидной железы обеспечивается:

* проведением профилактического осмотра прикрепленного населения (мужчин старше 30 лет, женщин старше 18 лет) с целью раннего выявления рака щитовидной железы;
* организацией, в случае необходимости, последующих осмотров пациентов у эндокринолога при подозрении на заболевания щитовидной железы;
* проведением санитарно-просветительской работы среди населения по профилактике рака щитовидной железы.

Использовались следующие методы исследования:

* анализ и синтез литературных источников по проблеме исследования;
* монографический метод;
* абстрактно-логический и метод обобщения;
* изучение и анализ статистических данных;
* метод анкетирования;
* метод математической обработки полученных данных.

Новизна исследования заключается в анализе деятельности фельдшера смотрового кабинета Ачинской МРБ, разработке алгоритма ранней диагностики РЩЖ для смотрового кабинета и разработке рекомендаций для фельдшера смотрового кабинета Ачинской МРБ для совершенствования профилактики РЩЖ.

Теоретическая и практическая значимость работы заключается в систематизации знаний по проблеме профилактики РЩЖ. По результатам исследования были разработаны рекомендации по профилактике РЩЖ. Полученные результаты можно использовать в целях совершенствования профилактики РЩЖ.

**ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

* 1. ***Современные взгляды на этиологию рака щитовидной железы***

РЩЖ является наиболее часто встречаемой злокачественной опухолью органов эндокринной системы с различными вариантами клинического течения.

Известное выражение: «Здоровье – это возраст плюс образ жизни» – лишь подтверждает имеющиеся представления о том, что наряду с генетическими и онтогенетическими факторами, условия питания и обитания людей, а также особенности их взаимодействия с внешней средой оказывают несомненное влияние на онкологическую заболеваемость, в частности, малигнизацию щитовидной железы. Существует значительное число так называемых экологически опасных факторов.

В настоящее время все канцерогенные воздействия четко расклассифицированы и, соответственно, могут быть экзогенного или эндогенного происхождения, физической, химической и биологической природы.

Физические канцерогены – гетерогенная группа воздействий, включающая ионизирующую радиацию, в частности, α-, β-, γ- лучи, нейтроны и протоны, ультрафиолетовую, солнечную радиацию, электромагнитное воздействие, инфракрасные и рентгеновские лучи, длительное механическое воздействие.

Другие факторы, в частности, температурные и климато-световые воздействия микроволн и электро-полей, ассоциируются с этногеографическими особенностями региона и соответственно с развитием «про- или антинеопластичесих» изменений в состоянии эндокринной системы.

Воздействие ионизирующей радиации на организм является одним из ведущих этиологических факторов канцерогенеза, в том числе и онкологической патологии щитовидной железы. В качестве дополнительных патогенетических и модифицирующих факторов радиационного канцерогенеза в тиреоидной ткани рассматриваются доза и тип облучения (однократное и многократное воздействия), пол и возраст субъекта, особенности ангиогенеза, аутоиммунной реакции и вариации поступления йода в щитовидную железу.

Одним из главных факторов, способствующих трансформации нормальных клеток щитовидной железы в опухолевые, является стимулирование пролиферации тиреоцитов под влиянием гормональных воздействий, факторов роста, дефицита йода. В отличие от взрослых в детском организме отмечена значительно большая способность отвечать увеличением тиреоидной ткани на фоне дефицита йода, гормонального дисбаланса, центрогенных нейрогуморальных влияний. Последнее, вероятно, объясняет повышенную чувствительность в детском возрасте как к внешнему, так и внутреннему облучению. Канцерогенное действие ионизирующей радиации наиболее высокое в возрасте до 15–19 лет, что нередко объясняется значительно большей (в 50–70 раз) интенсивностью пролиферации тиреоцитов в детском возрасте, по сравнению с периодом в 40–60 лет. Злокачественные новообразования в щитовидной железе обычно появляются через 3–5 лет после облучения; пик развития неоплазии наблюдается через 15–20 лет. Отмечено, что небольшие дозы внешнего облучения могут вызывать развитие неоплазии в щитовидной железе даже спустя 10–20 лет.

Наряду с канцерогенным эффектом физических факторов, очевидно, что развитие неоплазий может индуцироваться под влиянием химических канцерогенов – непрямого и прямого действия, экзогенного или эндогенного происхождения.

К экзогенным канцерогенам относятся полициклические ароматические углеводороды, ароматические амины и аминоазосоединения, N-нитрозосоединения, металлы, металлоиды, лекарственные препараты, афлотоксины. К группе канцерогенов эндогенного происхождения относят свободно-радикальные продукты липопероксидации, модифицированные формы холестерина, жирных кислот, гормоны.

В условиях хронического дефицита йода формируются следующие механизмы канцерогенеза:

1. повышение уровня в крови ТТГ- фактора роста;
2. повышение чувствительности тиреоцитов к действию тиреотропного гормона (ТТГ) за счет возрастания внутриклеточной концентрации цАМФ и калия;
3. усиление ростстимулирующего эффекта эндотелиального фактора роста за счет снижения содержания йодликтона (йодированного деривата арахидоновой кислоты);
4. активация ангиогенеза, механизм которой остается невыявленным в условиях дефицита йода.

Значительное число злокачественных опухолей, в развитие которых так или иначе вовлечены гормональные и метаболические факторы, имеют и генетическое предрасположение.

Вопрос о роли «фоновых» заболеваний в этиологии и патогенезе РЩЖ является чрезвычайно актуальным, поскольку позволяет установить причинно–следственные отношения в механизмах канцерогенеза. Отмечено, что у больных папиллярной и фолликулярной формами РЩЖ предрасполагающие факторы риска в виде предшествующей патологии были выявлены 84–86 % случаев; при этом сочетание нескольких факторов имело место у большинства больных – в 65,5 %.

Одним из факторов риска развития РЩЖ является ее гиперплазия, обусловленная дефицитом йода в организме. Предшественниками РЩЖ часто являются: доброкачественные опухоли – в 65,1 %, хронический тиреоидит – в 10–22,8 %, узловой зоб – в 4,7–30 % случаев. [9]

* 1. ***Клинические проявления рака щитовидной железы, методы диагностики и лечения***

По международной морфологической классификации эпителиальные опухоли щитовидной железы подразделяются на:

* папиллярный рак;
* фолликулярный рак (в том числе так называемая карцинома Гюртле);
* медуллярный рак;
* недифференцированный (анапластический) рак;
* плоскоклеточный (эпидермоидный) рак.

Особенности клинической картины отдельных гистологических вариантов рака щитовидной железы представлены в таблице 1.

Таблица 1

Особенности клинической картины гистологических вариантов РЩЖ

|  |  |
| --- | --- |
| **РЩЖ** | **Клинические особенности** |
| Папиллярный | Наиболее частая форма.Медленно прогрессирует, может оставаться на одной и той же стадии до 10 лет и более.Мультифокальный в 30 % случаев. У 95 % пациентов поражение не выходит за пределы шеи; метастазы в шейные лимфоузлы у 15—20 % пациентов.Характерно лимфогенное метастазирование.Метастазы могут появляться рано и иногда могут быть первым проявлением заболевания.Наблюдается преимущественно у лиц моложе 40 лет.  |
| Фолликулярный | Обнаруживают у 10% больных. Более агрессивен, чем фолликулярный. Средний возраст пациентов составляет 46 лет. Женщины заболевают этой формой рака в 9 раз чаще. Клиническое течение болезни длительное. Опухоль характеризуется гематогенным метастазированием (чаще в лёгкие и кости), однако регионарные метастазы развиваются редко. Опухоль обычно не достигает больших размеров, имеет плотноэластическую консистенцию; часто прорастает в кровеносные сосуды.  |
| Медуллярный | Составляет 2,6-8,2% случаев, средний возраст пациентов - 46 лет, соотношение мужчин и женщин - 1:1,5. Эта опухоль более агрессивна, чем высокодифференцированная аденокарцинома. Медуллярный рак - гормонально активная опухоль, для неё характерен высокий уровень тирокальцитонина, который в десятки раз превышает нормальный. У 24-35% больных это заболевание проявляется диареей, которая проходит после радикального удаления опухоли. Характерна высокая частота регионального метастазирования (65-70%). Только у 50% больных первым симптомом медуллярного рака служит опухолевый узел в щитовидной железе, у остальных пациентов - метастатически увеличенные шейные лимфатические узлы. |
| Недифференцированный (анапластический) | Быстрый инфильтративный рост, захватывающийгортань, крупные сосуды с развитием респираторной симптоматики.Клинически протекает очень агрессивно, прогноз неблагоприятен. Преобладают больные старше 50 лет, соотношение мужчин и женщин составляет 1:1. Региональные метастазы возникают у 52,3% больных, отдалённые - у 20,4%. |

При изучении анамнеза и клинической картины пациентов, проходящих обследование по поводу узлового зоба, следует обращать внимание на следующие признаки, которые повышают вероятность того, что обнаруженный узел ЩЖ является раком:

* облучение головы и шеи в анамнезе;
* медуллярный рак или МЭН-2 у родственников;
* возраст моложе 20 или старше 70 лет;
* мужской пол;
* быстрый рост узлового образования;
* плотная или твердая консистенция узла;
* шейная лимфаденопатия;
* несмещаемость узлового образования;
* постоянная охриплость, дисфония, дисфагия или одышка.

Весьма редко РЩЖ, особенно высокодифференцированный, манифестирует отдаленными метастазами; в ряде случаев в начале выявляется шейная лимфаденопатия, после чего при УЗИ обнаруживается РЩЖ. [10]

**Диагностика**

* Жалобы и анамнез

РЩЖ протекает чаще всего бессимптомно. В редких случаях пациенты предъявляют следующие жалобы: наличие узлового образования на передней или боковой поверхности шеи; осиплость голоса; дисфагию.

При сборе анамнеза рекомендовано учитывать возможность наследственной природы РЩЖ (МРЩЖ – 25-30% случаев, ПРЩЖ – до 4% случаев).

* Физикальное обследование

При физикальном обследовании следует обращать внимание на изменение контуров шеи, наличие узлового образования в щитовидной железе и увеличение регионарных лимфатических узлов, изменение голоса. При этом следует оценивать размер, плотность, смещаемость узловых образований.

* Лабораторная диагностика

Всем пациентам раком щитовидной железы необходимо определение уровня тиреотропного гормона и кальцитонина. Концентрацию кальцитонина рекомендовано оценивать с учетом гендерных различий верхней границы референсных значений нормы (женщины – до 5 пг/мл, мужчины – до 18 пг/мл).

* Инструментальная диагностика

Рекомендуется выполнить УЗИ щитовидной железы, лимфатических узлов I-VII уровней, провести УЗ оценку подвижности голосовых складок.

При наличии симптомов (осиплость голоса) и/или признаков прорастания опухолью ЩЖ по задней поверхности рекомендована ларингоскопия с оценкой функции голосовых связок.

Рекомендуется проводить тонкоигольную аспирационную биопсию (ТАБ) опухоли ЩЖ под контролем УЗИ с последующим цитологическим исследованием.

При наличии подозрительных на метастатическое поражение по данным УЗИ лимфатических узлов рекомендуется ТАБ под УЗ-контролем с определением уровня опухолевого маркера (тиреоглобулин при высокодифференцированных типах РЩЖ и кальцитонина при МРЩЖ) в смыве пункционной иглы.

При подозрении на медуллярный рак щитовидной железы рекомендуется выполнить УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства и/или КТ органов грудной клетки и брюшной полости, выполнить анализ мочи на содержание метилированных производных катехоламинов (метанефрин, норматенифрин).

Рекомендуется КТ грудной клетки с внутривенным контрастированием при фиксированной опухоли; синдроме верхней полой вены; симптомах экстратиреоидного распространения опухоли (дисфония, дисфагия, диспноэ); при подозрении на метастатическое поражение загрудинных (VII уровень) лимфоузлов; распространения опухоли/метастазов в средостение.

Рекомендуется выполнить остеосцинтиграфию при подозрении на метастатическое поражение костей скелета [8].

Рекомендованный алгоритм ведения пациента при наличии узлового образования ЩЖ в зависимости от клинических проявлений представлен в таблице 2.

Таблица 2

Рекомендованный алгоритм ведения пациента при наличии узлового образования ЩЖ в зависимости от клинических проявлений

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Узел в ЩЖ** | **Клинические проявления** | **Обследование** |
| При неизвестном уровне ТТГ | Одиночный узел диаметром> 1 см при наличиипризнаков высокойвероятностизлокачественного процесса | Клинически эутиреоидное состояние:* анализ на ТТГ, кальцитонин
* УЗИ ЩЖ
* УЗИ лимфоузлов шеи
* ТАБ первичной опухоли
* ТАБ подозрительных лимфоузлов
 |
| Узлы диаметром≤ 1 см при отсутствииподозрительныхрезультатов иподозрительных наметастатическое поражениелимфатических узлов шеи | Наблюдение (УЗИ ЩЖ раз в полгода)УЗИ лимфоузлов шеиЕсли опухоль ЩЖ более 1см, прорастание капсулы ЩЖ и/или подозрение нарегионарные метастазы - см. предыдущую схемуобследования |
| При низком уровне ТТГ | Сцинтиграфия шеи стехнецием-пертехнетатом | «Холодный» узел — ТАБ«Горячий» узел — ТАБзлокачественная опухольмаловероятна)Диагностика и лечениетиреотоксикоза - попоказаниям |

Алгоритм хирургического и комбинированного лечения рака щитовидной железы представлен на схеме (см. рис. 1)

**Лечение рака щитовидной железы**

**Факторы высокого риска**

**Факторы низкого риска**

**3 и 4 ст., из А, В, С клеток**

**1 и 2 ст. высокодифференцированный из А-клеток**

**Комбинированное лечение**

**Хирургическое лечение (экстрафасциальная резекция, экстирпация)**

**Экстирпация ЩЖ и лечение J-131 (из А клеток)**

**ДГТ и хирургическое лечение (экстирпация,экстрафасциальная резекция)**

**10-летняя выживаемость 95%**

**10-летняя выживаемость 72-86%**

**10-летняя выживаемость 84%**

Рис. 1.Алгоритм хирургического и комбинированного лечения рака

Выводы:

Мы установили, что наряду с генетическими и онтогенетическими факторами, условия питания и обитания людей, а также особенности их взаимодействия с внешней средой оказывают несомненное влияние на онкологическую заболеваемость, в частности, малигнизацию щитовидной железы. Воздействие ионизирующей радиации на организм является одним из ведущих этиологических факторов канцерогенеза, в том числе и онкологической патологии щитовидной железы.

Также одним из главных факторов, способствующих трансформации нормальных клеток щитовидной железы в опухолевые, является стимулирование пролиферации тиреоцитов под влиянием гормональных воздействий, факторов роста, дефицита йода. В отличие от взрослых в детском организме отмечена значительно большая способность отвечать увеличением тиреоидной ткани на фоне дефицита йода, гормонального дисбаланса, центрогенных нейрогуморальных влияний.

Значительное число злокачественных опухолей, в развитие которых так или иначе вовлечены гормональные и метаболические факторы, имеют и генетическое предрасположение.

Предшественниками РЩЖ часто являются: доброкачественные опухоли, хронический, узловой зоб.

Нами было выяснено, что РЩЖ протекает чаще всего бессимптомно. В редких случаях пациенты предъявляют следующие жалобы: наличие узлового образования на передней или боковой поверхности шеи; осиплость голоса; дисфагию.

В настоящее время одним из основных методов диагностики и обязательным при подозрении на злокачественное новообразование щитовидной железы служит УЗИ. УЗИ проводят в сочетании с пункцией органа для установления морфологического диагноза.

При подозрении на медуллярный рак щитовидной железы показано определение базального или стимулированного уровня кальцитонина и генетическое тестирование, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства и/или КТ органов грудной клетки и брюшной полости, выполнить анализ мочи на содержание метилированных производных катехоламинов (метанефрин, норматенифрин).

Мы выяснили, что основным методом лечения дифференцированных форм рака щитовидной железы служит операция. Адъювантное назначение радиоактивного йода проводится после тиреоидэктомии для полного уничтожения оставшейся ткани щитовидной железы. С учётом гистологической структуры опухоли и стадии заболевания в качестве лечения применяется лучевая и химиотерапия.

Заместительная гормонотерапия тиреоидными лекарственными средствами используется после операции на щитовидной железе у всех больных, с учётом объёма вмешательства, возраста и общего состояния больного.

**ГЛАВА 2. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ФЕЛЬДШЕРА СМОТРОВОГО КАБИНЕТА ПО ПРОФИЛАКТИКЕ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

2.1 Профилактическая направленность деятельности смотрового кабинета

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

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

К визуально доступным локализациям в соответствии с приказом Минздрава России от 19.04.1999 № 135 «О совершенствовании системы Государственного ракового регистра» относятся: опухоли губы, полости рта и ротоглотки, прямой кишки, заднего прохода и анального канала, кожи, молочной железы, вульвы, влагалища, шейки матки, полового члена, яичка, кожи мошонки, глаза, щитовидной железы, меланома кожи.

Соответственно медицинским работником смотрового кабинета должны быть осмотрены:

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

Диагностика предопухолевых заболеваний и ранних форм злокачественных опухолей базируется на правильно собранном анамнезе жизни, тщательном анализе предъявляемых жалоб, вpeдныx привычек, особенностей производственной деятельности в настоящем и прошлом.

Основными задачами мужского и женского смотрового кабинета являются:

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

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

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

В соответствии с Методическими рекомендациями нагрузка смотрового

кабинета с учетом требований к качеству осмотра, при котором подвергаются

обследованию все органы визуально обозримых локализаций, составляет для

женского кабинета 4 человека в час, для мужского – 5.

Посещаемость смотрового кабинета обеспечивается:

* наличием в поликлинике информации о необходимости профилактического обследования в смотровом кабинете, для чего рядом с регистратурой, а также в холлах должны быть вывешены объявления о необходимости обследования в смотровом кабинете, месте его размещения и часах работы;
* обязательным направлением работниками регистратуры, участковыми врачами и специалистами различных профилей посетителей поликлиники -женщин с 18 лет и мужчин с 30 лет, обратившихся впервые в течение года в амбулаторно-поликлиническое учреждение - в смотровой кабинет;
* разъяснительной работой участковыми (семейными, общей практики) врачами и специалистами различного профиля на приеме о важности профилактического обследования в смотровом кабинете ввиду бессимптомного течения начальных форм злокачественных опухолей и предопухолевых заболеваний, лечение которых предотвращает развитие рака;
* разъяснительной работой работниками кабинетов и отделений медицинской профилактики амбулаторно-поликлинических учреждений во время проведения акций и мероприятий по пропаганде здорового образа жизни и профилактике хронических неинфекционных заболеваний, припроведении диспансеризации взрослого населения, в том числе с использованием наглядной агитации;
* активной позицией руководства медицинской организации;
* активным привлечением (путем рассылки приглашений, смс-сообщенийили по телефону) к обследованию лиц старших возрастных групп из числанеорганизованного контингента, длительно не посещавших поликлинику. [22]

2.2 Анализ деятельности смотрового кабинета Ачинской МРБ

Оценка тенденции уровня заболеваемости населения г. Ачинска РЩЖ за 2015-2017 гг. позволит сформировать вывод о росте, стабилизации или снижении заболеваемости и соответственно об эффективности проведенных профилактических мероприятий на территории города (см. рис. 2).

Рисунок 2. Впервые выявленные случаи РЩЖ за 2015-2017 гг.

Таким образом, мы установили, что отмечается рост заболеваемости РЩЖ (по сравнению с 2015 годом впервые выявленные случаи РЩЖ увеличились в 1,6 раза).

Распределение выявляемости РЩЖ по полу и возрасту представлено на рис. 3 и 4. Данные за предыдущие годы мало отличаются от представленных за 2017 год. РЩЖ у женщин встречается в 1,8 раз чаще, чем у мужчин. Наиболее часто РЩЖ встречается в возрасте 50 – 54 лет.

Рис. 3. Соотношение впервые выявленных случаев РЩЖ в 2017 году.

Рис. 4. Возраст пациентов с впервые выявленным РЩЖ.

В 2017 году на ранних стадиях было выявлено 4 случая, в запущенных случаях – 5, что составило 36%, это больше, чем за предыдущие годы (см. рис. 5, рис. 6). Это свидетельствует о низком качестве вторичной профилактики. Причём, активно в 2017 году было выявлено только 28% случаев РЩЖ.

Рис. 5. Стадии выявленного РЩЖ в 2017 году.

Рис. 6. Стадии выявленного РЩЖ в 2016 году.

Таким образом, можно сказать, что за исследуемый период наблюдается тенденция к увеличению случаев первичного выявления РЩЖ. Коме того можно отметить, что выявляемость РЩЖ на ранних стадиях снизилась за последние 3 года, а запущенные случаи стали выявляться чаще, причём, если в 2015 и 2016 годах не отмечены случаи выявленного РЩЖ, то в 2017 году % выявленных случаев РЩЖ с IV стадией составил 14%.

Анализируя отчёт работы смотрового кабинета Ачинской МРБ за прошедшие 3 года (см. таблицу 3), мы выяснили, что все пациенты, впервые обратившиеся в поликлинику в текущем году осмотрены фельдшером смотрового кабинета.

Таблица 3

Отчёт работы смотрового кабинета Ачинской МРБ

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 2015 год | % охвата | 2016 год | % охвата | 2017 год | % охвата |
| Число лиц, впервые обратившихся в поликлинику в отчётном году | 2955 | 100 | 3220 | 100 | 3224 | 100 |
| Осмотрено в смотровом кабинете в отчётном году.Среди осмотренных:ЖенщиныМужчины | 29552511444 | - | 32202759461 | - | 32242751473 | - |
| Число лиц, направленных на дообследование | 499 | - | 511 | - | 577 | - |
| Число выявленных ЗНО | 6 | - | 7 | - | 8 | - |
| Число выявленных предопухолевых заболеваний | 115 | - | 184 | - | 191 | - |

Работа смотрового кабинета Ачинской МРБ осуществляется в 1 смену (4 часа), вместо двухсменной работы из-за не укомплектованности штатов. В смотровом кабинете работает специально подготовленная по диагностике ЗНО фельдшер 2 категории (последняя аттестация в 2016 году). Стажировку на рабочем месте в территориальном онкологическом диспансере фельдшер не проходила.

Кабинет предусмотрен для приёма женского и мужского населения. Оптимальным представляется организация в поликлинике раздельно мужского и женского смотровых кабинетов. Из-за нехватки рабочих помещений в поликлинике отсутствует такая возможность, поэтому целесообразно было бы организовать работу смотрового кабинета таким образом, чтобы прием женского и мужского населения осуществлялся посменно с ежедневным чередованием часов приема.

В поликлинике имеется информация о необходимости профилактического обследования в смотровом кабинете, для чего рядом с регистратурой, в отделении профилактики и холлах вывешены объявления о необходимости обследования в смотровом кабинете, месте его размещения и часах работы.

Перед смотровым кабинетом размещён стенд с информацией о профилактике онкологических заболеваний. Для активного привлечения посетителей в смотровой кабинет фельдшер смотрового кабинета проводит разъяснительную работу (лекции, индивидуальные беседы, оформляет брошюры и буклеты).

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

В соответствии с основными задачами в смотровом кабинете проводится доврачебный опрос (сбор акушерско-гинекологического у женщин и урологического у мужчин анамнеза); осмотр всех женщин с 18 лет и мужчин с 30 лет, обратившихся впервые в течение года в амбулаторно-поликлиническое учреждение; осмотр кожи, ротовой полости и наружных половых органов (у женщин – осмотр шейки матки в зеркалах, взятие мазков с шейки матки и цервикального канала на цитологическое исследование); выборочно (при наличии жалоб) – осмотр и пальпацию молочных желёз; направление на дообследование и санацию пациентов с выявленным заболеванием или с подозрением на заболевание к профильному врачу специалисту; учет и регистрацию проводимых профилактических осмотров и результатов цитологических исследований по установленным формам первичной медицинской документации.

Щитовидная железа фельдшером смотрового кабинета пальпируется только у пациентов, направленных для онкоскрининга. Среднее время на одного пациента – 12 минут женщины и 7 минут мужчины, при общем потоке пациентов за смену до 10 - 11 человек. Мы провели хронометраж полного обследования пациента, согласно методическим рекомендациям МЗ РФ, он составил – 20 минут для женщин и 15 минут для мужчин (вместо 15 и 12 минут по стандарту).

Поток пациентов в смотровом кабинете условно подразделяется на пациентов, проходящих профосмотр, пациентов, проходящих диспансеризацию, пациентов, направленных для онкоскрининга и пациентов, самостоятельно обратившихся в смотровой кабинет.

Перед началом осмотра фельдшер проводит краткий доврачебный опрос, обращая внимание на появление слабости, утомляемости, снижение аппетита, наличие болевых ощущений, примесей крови в выделениях. Выясняет, нет ли «ранок» во рту, увеличивающихся родимых пятен или родинок, изъязвлений кожи, выделений из сосков. При опросе женщин обращает внимание на нарушение менструального цикла, наличие и появление болей и атипичных кровяных выделений в межменструальном периоде и в менопаузе. У мужчин выясняется нет ли затруднений при мочеиспускании и его частота в ночное время. Отмечается также, наличие запоров и чередование запоров с поносами, слизи и кровяных выделений из прямой кишки, увеличение живота, уменьшение количества мочи. Результаты анкетирования заносятся в анамнестическую карту посетителя смотрового кабинета.

Мы участвовали в работе смотрового кабинета 3 дня. Было осмотрено 11 человек, проходящих проф. осмотр, 7 человек, проходящих диспансеризацию, 10 человек, направленных участковыми врачами, как впервые обратившихся в поликлинику в текущем году и не прошедших осмотр в смотровом кабинете и 2 пациента для проведения онкоскрининга (это пациенты, входящие в группу риска по онкологическим заболеваниям). Только 2 пациентам, проходящим онкоскрининг, фельдшер смотрового кабинета задала вопросы, касающиеся патологии щитовидной железы, провела осмотр щитовидной железы. Остальным пациентам обследование щитовидной железы фельдшером не проводилось (см. рис. 7).

Рис. 7. Осмотр щитовидной железы в смотровом кабинете.

Среди нами осмотренных пациентов женщин было 27 человек, мужчин – 3. Пациентам было проведено анкетирование по разработанной нами анкете (см. приложение), проведена пальпация щитовидной железы.

Возрастной состав пациентов представлен на рисунке 8.

Рис. 8. Возрастной состав осмотренных пациентов.

Вредные привычки у респондентов отражены на рис. 9.

Рис. 9. Вредные привычки у респондентов.

Профессиональные вредности не отмечены ни в одном случае. Отрицательно респонденты ответили на 5, 6 и 7 вопросы. Наличие доброкачественных новообразований в области шеи в анамнезе было отмечено у 3 респондентов, но в настоящее время они сняты с учёта у эндокринолога после медикаментозного лечения. Повышенный уровень гормонов щитовидной железы не наблюдался ни у одного респондента, хотя клинически можно было заподозрить повышенный уровень у 2-х респондентов (чувство жара, сердцебиение, дрожь в теле, раздражительность и др.).

Такие симптомы, как чувство давления в области шеи, охриплость, нарушение глотания отмечены у 3 респондентов. На «Д» учёте у эндокринолога не состоит ни один респондент. Осмотр у эндокринолога, проведение УЗИ щитовидной железы было проведено только у одного респондента. Самостоятельно перед зеркалом осмотр щитовидной железы и её пальпацию проводят 3 респондента.

На вопрос об информированности о раке щитовидной железы и мерах его профилактики ответы распределились следующим образом (см. рис. 10).

Рис. 10. Информированность респондентов о раке РЩЖ и мерах его профилактики.

Пользуются йодированной солью 80% респондентов. Регулярно употребляют морские продукты 78% респондентов. Таким образом, можно сделать вывод, что пациенты недостаточно информированы о раке щитовидной железы и мерах его профилактики и не проводят профилактические мероприятия.

Анализируя результаты анкетирования, мы пришли к выводу, что у 11 пациентов имеется низкий риск развития РЩЖ, с ними проведена беседа о профилактике РЩЖ и рекомендовано регулярно осматривать область шеи и пальпировать щитовидную железу. 3 пациента из опрошенных имеют умеренный риск развития рака щитовидной железы. Им было рекомендовано обратится к эндокринологу (см. рис. 11).

Рис. 11. Риск развития РЩЖ у осмотренных пациентов.

Ниже (см. рис. 12) представлен алгоритм диагностики рака щитовидной железы в смотровом кабинете.

**Диагностика РЩЖ в смотровом кабинете**

Анкетирование пациентов +

Осмотр и пальпация ЩЖ всем пациентам + пальпация л/у шеи

Высокий риск. ЩЖ увеличена

Умеренный и средний риск. ЩЖ увеличена

Нет риска. ЩЖ увеличена

Нет риска. ЩЖ не увеличена

Консультация онколога

Консультация эндокринолога

Консультация эндокринолога

Ежегодный осмотр фельдшером смотрового кабинета

Рис. 12. Алгоритм диагностики РЩЖ в смотровом кабинете.

В связи с изложенным можно предложить ряд рекомендаций по усовершенствованию профилактики РЩЖ в смотровом кабинете:

– обеспечить работу смотрового кабинета в течение полного рабочего дня поликлиники, т.е. в две смены;

– прием женского и мужского населения вести посменно с ежедневным чередованием часов приема;

– рекомендовать для повышения онкологической настороженности и отработки практических навыков направить фельдшера смотрового кабинета на стажировку на рабочее место в краевой онкологический диспансер;

– обеспечить медицинский персонал смотрового кабинета современными методическими рекомендациями по данному разделу работы (например, «Роль и задачи смотрового кабинета поликлиники, как этапа в организации профилактических мероприятий, направленных на совершенствование онкологической помощи населению». М: ФГУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздравсоцразвития России. - 2010, - 34 с.).

– прежде чем начать осмотр медицинский работник должен проводить краткий опрос, обращая внимание на появление симптомов «малых признаков по Савицкому» и симптомов, характерных для рака органов визуальной локализации, в том числе и рака щитовидной железы, т. е. проводить анкетирование по анкете ВОЗ (см. приложение);

– проводить осмотр и пальпацию щитовидной железы всем пациентам, обратившимся в смотровой кабинет, при обнаружении патологии, согласно алгоритму диагностики, направлять пациентов на консультацию к эндокринологу или онкологу;

– организовать курс лекций для пациентов по вопросам профилактики рака, в том числе и РЩЖ;

– разработать памятки с рекомендациями для пациентов по вопросам профилактики рака, в том числе и РЩЖ.

Реализация предложенных рекомендаций позволит повысить уровень осведомленности медперсонала и пациентов о профилактике РЩЖ, что, в свою очередь, будет способствовать уменьшению распространения РЩЖ среди населения.

**Выводы**

Мы пришли к заключению, что проблема раннего выявления рака первостепенна в онкологии. Совершенствование профилактической и диагностической онкологической деятельности в первичном звене здравоохранения позволяет увеличить удельный' вес в структуре заболеваемости больных с начальными стадиями опухолевого процесса, что повысит эффективность специального лечения, снизит, уровни нетрудоспособности, инвалидизации и смертности. Кроме того, снижение числа больных со злокачественными новообразованиями обеспечивает рациональная диспансеризация лиц с предраковой и фоновой патологией, так как позволяет своевременно провести адекватное лечение и затормозить процесс опухолевой трансформации.

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

Основной целью работы смотровых кабинетов является раннее выявление злокачественных опухолей и предопухолевых заболеваний визуально обозримых локализаций. Эффективность работы смотрового кабинета может быть обеспечена только при массовом поточном направлении пациентов.

Анализируя статистические данные по городу, мы установили, что отмечается рост заболеваемости РЩЖ. РЩЖ у женщин встречается в 1,8 раз чаще, чем у мужчин. Наиболее часто РЩЖ встречается в возрасте 50 – 54 лет.

На ранних стадиях было выявлено только 11%, в запущенных случаях – 36%, это больше, чем за предыдущие годы. Это свидетельствует о низком качестве вторичной профилактики. Причём, активно в 2017 году было выявлено только 28% случаев РЩЖ.

Анализируя отчёт работы смотрового кабинета Ачинской МРБ за прошедшие 3 года, мы выяснили, что все пациенты, впервые обратившиеся в поликлинику в текущем году осмотрены фельдшером смотрового кабинета, % диспансеризации поликлиники МРБ составляет 80% (должно быть осмотрено 18497 человек, а осмотрено 14855 человек). Показатели мало изменились за прошедшие 3 года.

Щитовидная железа осматривается фельдшером смотрового кабинета не у всех пациентов (7%), опрос по жалобам, имеющейся патологии щитовидной железы не был проведён ни одному пациенту, обратившемуся в смотровой кабинет. Из тех пациентов, которые обратились в смотровой кабинет и им не был проведен осмотр щитовидной железы и не выяснены жалобы со стороны щитовидной железы 10% нуждались в консультации эндокринолога и с 37% обратившихся нужно было провести беседу о необходимости регулярного наблюдения за состоянием щитовидной железы и соблюдения ЗОЖ.

Нами был разработан алгоритм диагностики рака щитовидной железы в смотровом кабинете и предложен ряд рекомендаций по усовершенствованию профилактики РЩЖ в смотровом кабинете, что будет способствовать уменьшению распространения РЩЖ среди населения и обеспечит выявление РЩЖ на ранних стадиях.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Актуальность выбранной темы заключается в том, что в России отмечается тенденция роста заболеваемости злокачественными новообразованиями и смертности от них, в том числе это касается и рака щитовидной железы. Целенаправленное проведение осмотров населения с целью выявления предраковых и злокачественных заболеваний в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, - позволяет выявлять опухоли на ранних доклинических стадиях, когда возможно радикальное лечение с наиболее благоприятным прогнозом для жизни. Достаточный уровень онкологической грамотности и профилактическая ориентация медицинских работников первичной медико-санитарной помощи являются основой раннего выявления злокачественных новообразований.

Проблемой исследования являлось то, что смотровые кабинеты не в полной мере выполняют свои функции из-за не до конца поставленных и выполненных организационных и методических задач. Совершенствование профилактической и диагностической онкологической деятельности в первичном звене здравоохранения позволит увеличить удельный вес в структуре заболеваемости больных с начальными стадиями опухолевого процесса, что повысит эффективность специального лечения, снизит, уровни нетрудоспособности, инвалидизации и смертности.

Целью исследования было определено изучение и анализ проблем профилактики рака щитовидной железы фельдшером смотрового кабинета, разработка алгоритма активной выявляемости, дефектов диспансеризации фоновой и предраковой патологии щитовидной железы и разработка информационных материалы для населения по профилактике РЩЖ.

Для достижения цели в процессе работы были решены следующие задачи:

1. Были изучены и проанализированы современные научные данные об этиологии, патогенезе, клинических проявлениях, диагностике и лечении рака щитовидной железы. Мы выяснили, что на онкологическую заболеваемость, в частности, малигнизацию узлов щитовидной железы влияют наряду с генетическими и онтогенетическими факторами, условиями питания и обитания людей, а также особенности их взаимодействия с внешней средой. Воздействие ионизирующей радиации на организм, йодная недостаточность и наличие фоновой патологии, являются одними из ведущих этиологических факторов развития рака щитовидной железы. Нами было выяснено, что РЩЖ протекает чаще всего бессимптомно. В редких случаях пациенты предъявляют жалобы на наличие узлового образования на передней или боковой поверхности шеи; осиплость голоса; дисфагию. В настоящее время одним из основных методов диагностики и обязательным при подозрении на злокачественное новообразование щитовидной железы служит УЗИ. УЗИ проводят в сочетании с пункцией органа для установления морфологического диагноза. Мы установили, что основным методом лечения дифференцированных форм рака служит операция.
2. Изучив и проанализировав литературные источники можно подытожить: ведущую роль в снижении заболеваемости РЩЖ играет первичная, вторичная и третичная профилактика этого заболевания. Основной целью профилактики РЩЖ является предупреждение возникновения злокачественных новообразований и предшествующих им различных предопухолевых состояний; уменьшение смертности и инвалидности, вызванных злокачественными новообразованиями; предупреждение возникновения возможных рецидивов в период после завершения основного курса лечения.
3. Кроме этого, мы пришли к заключению, что проблема раннего выявления рака первостепенна в онкологии. Совершенствование профилактической и диагностической онкологической деятельности в первичном звене здравоохранения позволяет увеличить удельный вес в структуре заболеваемости больных с начальными стадиями опухолевого процесса, что повысит эффективность специального лечения, снизит, уровни нетрудоспособности, инвалидизации и смертности. Для решения этих задач в структуре поликлиники должен быть предусмотрен смотровой кабинет Основной целью работы смотровых кабинетов является раннее выявление злокачественных опухолей и предопухолевых заболеваний визуально обозримых локализаций. Эффективность работы смотрового кабинета может быть обеспечена только при массовом поточном направлении пациентов и проведении полного физикального осмотра пациентов в соответствии с методическими рекомендациями.

Анализируя отчёт работы смотрового кабинета Ачинской МРБ за прошедшие 3 года, мы выяснили, что все пациенты, впервые обратившиеся в поликлинику в текущем году осмотрены фельдшером смотрового кабинета, % диспансеризации поликлиники МРБ составляет 80%. Показатели мало изменились за прошедшие 3 года.

Щитовидная железа осматривается фельдшером смотрового кабинета не у всех пациентов (7%), опрос по жалобам, имеющейся патологии щитовидной железы не был проведён ни одному пациенту, обратившемуся в смотровой кабинет. Из тех пациентов, которые обратились в смотровой кабинет и им не был проведен осмотр щитовидной железы и не выяснены жалобы со стороны щитовидной железы 10% нуждались в консультации эндокринолога и с 37% обратившихся нужно было провести беседу о необходимости регулярного наблюдения за состоянием щитовидной железы и соблюдения ЗОЖ.

1. В связи с изложенным, нами был разработан алгоритм диагностики рака щитовидной железы в смотровом кабинете и предложен ряд рекомендаций по усовершенствованию профилактики РЩЖ в смотровом кабинете.

Реализация предложенных рекомендаций позволит повысить уровень осведомленности медперсонала и пациентов о профилактике РЩЖ, что, в свою очередь, будет способствовать уменьшению распространения РЩЖ среди населения и обеспечит выявление РЩЖ на ранних стадиях.

Таким образом, поставленные в начале исследования задачи выполнены в полном объёме. Цель достигнута.

Гипотеза исследования о том, что деятельность фельдшера смотрового кабинета по раннему выявлению рака щитовидной железы обеспечивается: проведением профилактического осмотра прикрепленного населения (мужчин старше 30 лет, женщин старше 18 лет) с целью раннего выявления рака щитовидной железы; организацией, в случае необходимости, последующих осмотров пациентов у эндокринолога при подозрении на заболевания щитовидной железы и проведением санитарно-просветительской работы среди населения по профилактике рака щитовидной железы – достоверна и доказана.

Теоретическая значимость исследовательской работы заключается в расширении знаний по профилактике рака щитовидной железы, деятельности фельдшера по ранней диагностике рака щитовидной железы. С практической точки зрения исследования могут быть использованы как руководство в деятельности фельдшера смотрового кабинета по ранней диагностике РЩЖ, в процессе подготовки студентов техникума к тематическим занятиям по онкологии, информационные материалы приложения подготовлены для населения.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. О дальнейшем совершенствовании учета и диспансерного наблюдения онкологических больных. //Приказ МЗ РФ № N 467 от 18. 10. 2001 г.
2. Об организации медицинской помощи. //Приказ МЗ РФ № 633 от 13. 10. 2005 г.
3. О порядке организации мониторинга реализации мероприятий, направленных на совершенствование организации онкологической помощи населению. // Приказ МЗ РФ № 16 от 18. 01. 2010 г.
4. Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения. Должностная инструкция фельдшера. //Приказ Минздравсоцразвития России от 23.07.2010 N 541н
5. Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению. //Приказ МЗ и социального развития РФ от 15 мая 2012 г. N 543н (с изменениями на 23 июня 2015 года)
6. Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «онкология». // Приказ МЗ РФ № 915н от 15. 10. 2012 г.
7. Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения. //Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 февраля 2015 г. № 36ан
8. Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации-2017. Рак щитовидной железы. Профессиональные ассоциации:
* Российское общество специалистов по опухолям головы и шеи
* Ассоциация онкологов России
* Ассоциация эндокринных хирургов России

[Электронный ресурс]. Режим доступа – http://oncology-association.ru/files/clinical-guidelines.

1. Барсуков В.Ю., Чеснокова Н.П., Зяблов Е.В. и др. Учебное пособие. Рак щитовидной железы. /В.Ю. Барсуков. Н.П. Чеснокова. М.: Академия Естествознания. ISBN 978-5-91327-196-9. 2013. — 108 с.
2. Дедова И.И., Мельниченко Г.А. Эндокринология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 752 с.
3. Петерсон Б.Е. Клиническая Онкология. /Б. Е. Петерсон – М: «ГЭОТАР – Медиа», 2010. – 248 с.
4. Брюсов П. Г. Клиническая онкология/ П. Г. Брюсов - ГИУВ МО РФ, 2011. – 548 с.
5. Ганцев Ш. Х. Амбулаторно-поликлиническая онкология/ Ш. Х. Ганцев [и д.р.] – М: «ГЭОТАР – Медиа», 2014. – 448 с.
6. Забежинский М.А. Принципы первичной профилактики рака// Практическая онкология – Т. 12, №2– 2011 – С. 57-61
7. Заридзе Д.Г. Профилактика рака. Руководство для врачей. /Д. Г. Заридзе – М.: ИМА-ПРЕСС, 2009. – 224 с.
8. Казьмин В.Д. Болезни щитовидной железы: диагностика, профилактика, лечение. /В. Д. Кузьмин – Ростов н/Д: Феникс, 2001 – 224 с.
9. Петерсон С. Б. Онкология. Учебник для медицинских училищ и колледжей/ С. Б. Петерсон – М: «ГЭОТАР – Медиа», 2012. – 287 с.
10. Рыбаков С.И. Рак щитовидной железы. /С. И. Рыбаков – Полтава: АСМИ, 2012. – 572 с.
11. Симоненко В. Б., Дулин П. А., Маканин М. А. Нейроэндокринные опухоли /В. Б. Симоненко, П. А. Дулин и др. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 240 с.
12. Чиссов В. И., Дарьялова С. Л. Онкология. /В. И. Чиссов, С. Л. Дарьялова – М: «ГЭОТАР – Медиа», 2011. – 560 с.
13. Шайн А. А. Онкология, учебник для медицинских вузов. /А. А. Шайн «Академия» ISBN. 2004. – 544 с.
14. Методические рекомендации 2.2.9.0012-10 «Модель региональной программы первичной профилактики рака». – М.: Роспотребнадзор. – 2010. – 15 с.
15. Мужичук А. В., Афанасьева Н. И., Мужичук В. В. Профилактика рака щитовидной железы у лиц группы риска // Международный медицинский журнал, 2009, № 4 – С. 72-75
16. Шевченко С.П. и др. Фоновая патология щитовидной железы как прогностический фактор заболеваемости раком щитовидной железы. //Бюллетень Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. 2011. Т. 31. № 6. Новосибирск. С. 103-107.
17. Всемирная организация здравоохранения. Информационный бюллетень №297 Февраль 2015 г. //Режим доступа: http://who. int/mediacentre/factsheets/fs297/ru/
18. Европейские рекомендации по борьбе со злокачественными опухолями и их научное обоснование. //Режим доступа: http://www.pror.ru/prophylaxis\_euro1.shtml
19. Официальный сайт КГБУЗ «Красноярский краевой клинический онкологический диспансер им. А. И. Кржижановского». // Режим доступа: http://onkod.krasgmu.ru
20. Сайт для специалистов-онкологов. Злокачественные новообразования в России. //Режим доступа: http://www.oncology.ru/service/statistics/malignant\_tumors/
21. Федеральная служба государственной статистики //Режим доступа: http://www.gks.ru
22. Методические рекомендации по организации работы смотровых кабинетов, раннему выявлению предраковых заболеваний и злокачественных новообразований визуально обозримых локализаций. Заместитель министра здравоохранения Краснодарского края, доктор медицинских наук А. В. Бурлуцкая. [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.kkod.ru/uploads/docs/metod2016.pdf.
23. Medic.Studio. Онкология – Лечение онкологических заболеваний. Диагноз и дифференциальный диагноз. [Электронный ресурс]. Режим доступа: https://medic.studio/onkologicheskih-zabolevaniy-lechenie.
24. Nature Web.ru. Рак щитовидной железы (клиника, диагностика, лечение). С.О. Подвязников. Доктор мед. наук, проф. кафедры онкологии РМА ПО, Москва. [Электронный ресурс]. Режим доступа – http://nature.web.ru:8002/db/msg.html. – 12.02.2018

**ПРИЛОЖЕНИЕ**

**Анкета**

Вопросы

1. Пол
2. Возраст (старше 50-3 балла)
3. Связана ли Ваша работа с вредными условиями, какими?
4. Проводилось ли Вам лечение радиоактивными лучами шеи и головы в детстве и юношеском возрасте? (3 балла)
5. Наличие в семье анамнеза рака щитовидной железы (3 балла)
6. Пребывание в районах с повышенным уровнем радиации (Чернобыль, Маяк и т.д.) (3 балла)
7. Наличие доброкачественных новообразований в области шеи (аденома, киста) (3 балла)
8. Повышенный уровень гормонов щитовидной железы (3 балла)
9. Чувство давления в области шеи, охриплость, нарушение глотания (3 балла)
10. Становится Вам тесен воротник рубашки или, может быть, Вы испытываете неприязнь к одежде с закругленными сдавливающими шею воротничками?
11. Наблюдаетесь ли Вы у эндокринолога с заболеванием ЩЖ?
12. Когда последний раз осматривались у эндокринолога, УЗИ ЩЖ, результат.
13. Осматриваете ли Вы щитовидную железу?
14. Пользуетесь ли Вы йодированной солью?
15. Употребляете ли Вы морские продукты?
16. Есть ли у Вас вредные привычки?

В анкету внесены вопросы анкеты, разработанной МЗ Соцразвития России для выявления риска развития рака.

Оценка результатов:

От 0 до 5 баллов - низкий риск развития рака щитовидной железы.

От 6-9 баллов - умеренный риск (необходимо обратится в первичный онкологический кабинет по месту медицинского обслуживания)

Более 10 баллов - высокий риск (срочно обратится в первичный онкологический кабинет по месту медицинского обслуживания с целью дальнейшего дообследования в онкологическом диспансере).

**АНКЕТА ПО ВЫЯВЛЕНИЮ РИСКА РАЗВИТИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (МЗ Соцразвития России)**

**Рак щитовидной железы**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Показатель | Баллы |
| 1 | Возраст старше 50 лет | 3 |
| 2 | Наличие доброкачественных образований в области шеи (аденома, киста) | 3 |
| 3 | Повышенный уровень гормонов щитовидной железы | 3 |
| 4 | Лечение радиоактивными лучами шеи и головы в детстве и юношеском возрасте | 3 |
| 5 | Наличие в семье анамнеза рака щитовидной железы | 5 |
| 6 | Пребывание в районах с повышенным уровнем радиации (Чернобыль, Маяк и т.д.) | 5 |
| 7 | Чувство давления в области шеи, охриплость, нарушение глотания | 3 |

Оценка результатов:

От 0 до 5 баллов - низкий риск развития рака щитовидной железы.

От 6-9 баллов - умеренный риск (необходимо обратится в первичный онкологический кабинет по месту медицинского обслуживания)

Более 10 баллов - высокий риск (срочно обратится в первичный онкологический кабинет по месту медицинского обслуживания с целью дальнейшего дообследования в онкологическом диспансере).