

ФГБОУ ВО "Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения
Российской Федерации

Кафедра онкологии и лучевой терапии с курсом ПО

Зав. каф: ДМН, профессор Зуков Р.А.

РЕФЕРАТ

На тему: «Скрининг и ранняя диагностика в онкологии»

Проверил: КМН, доцент Гаврилюк Д.В.

Выполнил: Врач-ординатор 2-го года обучения
кафедры онкологии и лучевой терапии с курсом ПО
Рябченко Михаил Владимирович

г. Красноярск

2020 г.

Оглавление

<u>Введение</u>	2
<u>Определение понятий ранняя диагностика и скрининг</u>	3
<u>Обеспечение ранней диагностики рака. Этапы ранней диагностики</u>	5
<u>Задержки и барьеры в проведении своевременной диагностики</u>	7
<u>Меры, которые могут быть использованы для преодоления барьеров при ранней диагностики рака</u>	10
<u>Вывод</u>	15
<u>Список литературы</u>	16

Введение

Каждый год в мире ЗНО диагностируются у более, чем 14 миллионов человек (1). В 2016 году рак стал причиной каждой шестой смерти во всем мире (2). Примерно две трети случаев смерти от рака в мире происходят в развивающихся странах, где уровень летальности выше из-за выявления заболевания на поздних стадиях и менее доступного лечения (1,3). Последствия запоздалого начала оказания помощи и распространенного рака значительно повышают вероятность смерти или инвалидности. Поэтому крайне важно выявлять барьеры, препятствующие своевременной диагностике и лечению рака, и внедрять программы, обеспечивающие всеобщую доступность медико-санитарной помощи (4).

Основные компоненты противораковой борьбы были изложены в публикации ВОЗ «Борьба против рака: в серии Знания в действии».

Понимание роли ранней диагностики позволяет организаторам здравоохранения выбирать и внедрять эффективные программы, направленные на максимально раннее выявление рака у населения, обеспечивающие улучшение исходов и эффективное использование ресурсов. Для снижения преждевременной смертности от неинфекционных заболеваний (НИЗ) должен эффективно реализовываться весь комплекс противораковых мер. Важнейшее значение при этом имеют общедоступность своевременной ранней диагностики и доступность противоопухолевого лечения (4).

Определение понятий ранняя диагностика и скрининг

Ранняя диагностика означает раннее обнаружение рака у пациентов с уже имеющимися симптомами заболевания. Это отличается от понятия скрининга, цель которого — выявление бессимптомного (доклинического) рака или предраковых состояний в практически здоровой целевой популяции (5). Ранняя диагностика рака и скрининг являются важными компонентами комплексных мер противораковой борьбы, но кардинально отличаются в плане требуемых ресурсов и материально-технической базы, ожидаемого эффекта вмешательств и затрат.

Цель ранней диагностики состоит в том, чтобы выявить заболевание как можно раньше, без промедления поставить диагноз и начать лечение. При своевременной диагностике рак можно выявить на потенциально излечимой стадии, что повысит выживаемость и улучшит качество жизни.

Процесс ранней диагностики включает в себя три этапа.

- Этап 1. Повышение информированности населения о симптомах рака и стимулирование обращения за медицинской помощью при их обнаружении;
- Этап 2 и 3. Проведение клинической оценки, установление диагноза и стадии развития опухолевого процесса;

Задача скрининга иная и направлена на выявление бессимптомного рака или предшествующих ему состояний у практически здоровых, не имеющих симптомов людей. С этой целью применяются: лабораторные тесты (например, анализ на ВПЧ), обследования (например, визуальный осмотр с использованием теста с уксусной кислотой), диагностическая визуализация (например, маммография) или другие процедуры, которые широкодоступны и быстро выполнимы в масштабах обследования целевых контингентов населения. Отличие скрининга от ранней диагностики заключается в том, что вся целевая популяция, отобранная для обследования, тестируется на наличие бессимптомного рака или предрака, предполагая при этом, что у большинства из них искомое заболевание не будет обнаружено (Рисунок 1).

Рисунок 1. Отличие скрининга от ранней диагностики рака с учетом появления симптомов



Скрининг должен рассматриваться как процесс, а не просто назначение того или иного теста, вида обследования или процедуры. Процесс скрининга включает в себя систему информирования и приглашения целевого контингента населения на скрининг, проведение скринингового теста, контроль его результатов и направление на дополнительное обследование людей с положительными результатами теста. Это также включает обеспечение своевременного проведения патоморфологического исследования опухоли для подтверждения диагноза, установление стадии развития опухолевого процесса, обеспечение доступности эффективного лечения с регулярно проводимой оценкой с целью улучшения процесса(10). Программа скрининга охватывает весь процесс, начиная с приглашения и заканчивая лечением, и требует планирования, координации, мониторинга и оценки. При обсуждении доступности и/или применения конкретного метода тестирования в программе ранней диагностики или скрининга важно дифференцировать его функцию: в качестве диагностического теста (ранняя диагностика) или в качестве скринингового теста. Например, для пациентки с уплотнением в виде узла в молочной железе маммография служит диагностическим тестом для ранней диагностики рака. И, наоборот, маммография может быть элементом программы скрининга рака молочной железы в целевой популяции, как правило, не имеющей симптомов этого заболевания.

Как для программы ранней диагностики, так и для программы скрининга необходимы схожие ресурсы и составляющие компоненты, а эффективная ранняя диагностика является основой комплексных мер противораковой борьбы. Обеспечение достаточного потенциала системы для обеспечения ранней диагностики и лечения имеет решающее значение до начала планирования внедрения или расширения программ скрининга. Такой подход обеспечивает максимальную эффективность и большую справедливость в оказании услуг, обеспечивая доступность помощи больным раком, особенно в условиях недостаточных ресурсов. Кроме того, барьеры, препятствующие ранней диагностике рака, обычно схожи с таковыми, встречающимися в процессе скрининга, и включают ограниченную доступность диагностических исследований, включая патоморфологическое, недостаточное последующее врачебное наблюдение и слабую координацию помощи, недоступность высококачественного, своевременного лечения, а так же финансовые трудности. В политически приемлемых мерах и программах, ориентированных на преодоление таких барьеров, упор, по возможности, должен быть сделан на улучшение ранней диагностики рака до внедрения программы скрининга.

Обеспечение ранней диагностики рака. Этапы ранней диагностики.

В процесс ранней диагностики входят три основных этапа (Рисунок 1). Эти этапы соответствуют обычному алгоритму самообращения пациента за помощью при заболевании: информированность о симптомах и обращение за помощью, клиническая оценка, установление диагноза и стадии. Для описания этапов ранней диагностики применялись разные термины, однако, для более эффективного обмена информацией между различными учреждениями и обеспечения стандартов качества помощи необходимо пользоваться единой терминологией (6–8)

Этап 1: Повышение информированности населения о симптомах рака и стимулирование обращения за медицинской помощью при их обнаружении

Первый этап включает в себя два основных компонента: 1 - оценка появившихся симптомов (период от обнаружения видимых или ощущаемых изменений в организме до осознания того, что есть повод обратиться к врачу для обсуждения этих симптомов); и 2 - обращение за помощью (период от понимания необходимости обсудить симптомы с врачом до действительного обращения в лечебно-профилактическое учреждение для оценки состояния здоровья). Пациенты должны представлять себе характерные симптомы

рака, понимать всю их серьезность, преодолеть в себе страх или стигму, связанную с раком, и суметь обратиться за первичной медико-санитарной помощью. Таким образом, информированность должна трансформироваться в должное активное обращение за медицинской помощью, а последняя, в свою очередь, должна быть доступной, приемлемой по цене и учитывать местные культурные особенности.

Этап 2 и 3: Проведение клинической оценки, установление диагноза и стадии развития опухолевого процесса

Второй и третий этап: можно разделить на три компонента: уточнение клинического диагноза, проведение диагностического исследования и установление стадии процесса, а так же направление на лечение.

Период диагностики начинается с осмотра пациента в учреждении первичного контакта медицинским персоналом на предмет возможного наличия рака. Медицинский специалист должен обладать определенной степенью «онкологической настороженности», клиническими навыками и ресурсами для установления клинического диагноза. Затем пациентам с подозрением на рак должны быть проведены диагностические исследования (которые могут включать специальные методы визуализации или лабораторные анализы), патоморфологическое подтверждение диагноза и установление стадии развития опухолевого процесса в учреждении, располагающим соответствующими диагностическими возможностями. Патоморфологическое исследование с целью подтверждения и уточнения диагноза проводится путем исследования клеточного материала на предмет наличия изменений злокачественного характера и является обязательным до начала лечения. Исследования или процедуры, выполняемые с целью забора клеточного материала для анализа, могут включать аспирационную биопсию тонкой иглой, пункционную биопсию толстой иглой, эндоскопию с биопсией, биопсию под рентген-контролем или хирургическую (открытую) биопсию. Результаты, окончательно подтверждающие диагноз, должны быть документально зафиксированы до установления стадии развития опухолевого процесса или начала лечения. После подтверждения онкологической природы болезни пациент должен пройти исследование на установление стадии развития опухолевого процесса. Целью этого исследования является оценка степени распространения рака. Определение стадии может основываться на результатах клинических анализов, рентгенологического исследования, хирургических вмешательств или комбинации различных стратегий. Точное установление стадии необходимо для повышения эффективности лечения рака — больному с метастатическим (или местно распространенным) раком требуется иное лечение, чем больному

с локализованным раком. Соответствующие исследования на установление стадии развития опухолевого процесса и лечение должны проводиться на основе утвержденных протоколов.

На протяжении всего периода диагностики результаты диагностических исследований должны сообщаться пациенту. Если онкологический диагноз подтверждается, пациент должен быть своевременно направлен на лечение в медицинское учреждение, в котором будет обеспечено проведение безопасного и эффективного лечения во всем диапазоне необходимых методов. Диагностика рака требует обеспечения доступности различных услуг и учреждений, деятельность которых должна интегрироваться и координироваться при помощи утвержденных механизмов направления (6).

Задержки и барьеры в проведении своевременной диагностики

На этапе «Повышение информированности населения о симптомах рака» препятствиями могут быть следующие обстоятельства:

1. Низкая грамотность населения в вопросах здоровья

Грамотность в вопросах здоровья включает наличие навыков, которые определяют мотивацию и способность человека найти, получить и использовать информацию, приемлемую с точки зрения его культурных и лингвистических особенностей, для укрепления и поддержания своего здоровья (4). Незнание симптомов рака является распространенной ситуацией. Это приводит к тому, что людям требуется больше времени для оценки появившихся симптомов и, соответственно, на принятие решения обратиться за медицинской помощью. Такое особенно часто наблюдается при формах рака, не имеющих четких симптомов, и детских онкопатологиях.

2. Предубеждения в отношении рака

В некоторых местах о раке, как о диагнозе и причине смерти, могут не знать. Там же, где о раке знают, распространены пугающие верования фаталистической направленности. Стигма в отношении рака — это чувство фатальной предрешенности и утраты ценности больного раком человека как члена общества в глазах социума (4,5). Другие общественные нормы, например, социальные, культурные, гендерные или связанные с нормативно-правовой базой, также влияют на обращаемость за медицинской помощью.

Пациенты могут стесняться появившихся симптомов или испытывать страх в отношении финансовых или личных последствий как результата получения онкологической помощи.

3. Ограниченная доступность первичной медико-санитарной помощи

Доступность первичной медицинской помощи имеет решающее значение для ранней диагностики, позволяя своевременно установить диагноз. Барьеры, препятствующие обращению за медицинской помощью, могут быть связаны с финансовыми ограничениями, географическими/транспортными трудностями, отсутствием времени и негибким графиком работы, отсутствием соответствующих услуг, социокультурными или гендерными факторами, усугубляемыми, как правило, низкой грамотностью населения в вопросах здоровья и высоким уровнем стигмы в отношении рака. Для некоторых групп населения доступность первичной медико-санитарной помощи может быть ниже, особенно для людей низкого социально-экономического статуса, с низким уровнем образования, для инвалидов, коренного населения или других социально исключенных групп (6). В результате эти группы чаще всего обращаются с острыми симптомами распространенного, метастазирующего рака, требующими экстренной помощи. Позднее обращение за первичной медицинской помощью также может быть обусловлено опасениями относительно финансовых последствий диагностики и лечения, включая косвенные расходы, такие как потеря заработной платы или безработица (8). Медицинские услуги, не учитывающие культурные или гендерные особенности населения, также могут повлиять на решение пациентов воздержаться от обращения за помощью. Например, женщины с симптомами рака груди или шейки матки могут отказаться от клинического обследования из-за отсутствия обученного врача женского пола, которая могла бы провести такое обследование.

На этапе диагностики могут возникать следующие трудности:

1. Неадекватная оценка клинических данных при первичном обращении, обуславливающая задержку в установлении клинического диагноза

Онкологический больной может попасть в поле зрения системы здравоохранения по-разному — например, обратившись в учреждение первичной медико-санитарной помощи, учреждение охраны репродуктивного здоровья, через народных целителей, центр неотложной помощи, центр психического здоровья, центр помощи больным ВИЧ-инфекцией или учреждение стоматологического профиля. Изначальная «встреча» с медиками различной специализации может привести к задержке в оказании необходимой помощи из-за отсутствия должных возможностей для диагностики или

обособленности от системы здравоохранения. В учреждениях, оказывающих амбулаторную или неотложную помощь, выявление пациентов с подозрением на рак может оказаться сложной задачей. Признаки и симптомы рака могут быть неопределенными и неспецифическими и, следовательно, малоинформативными для выявления опухолевого процесса. В целом, у значительной доли пациентов, которые обращаются с симптомами, вызывающими подозрение на рак, их причиной оказывается иное заболевание, то есть, у этих пациентов рак обнаружен не будет (19). Кроме того, у врачей первичного звена может быть мало опыта из-за редкости наблюдения пациентов с разными формами рака. И, наконец, у медицинских работников могут отсутствовать навыки проведения физикального осмотра или не быть достаточно времени для оценки симптомов, вызывающих подозрение на рак, например, неумение правильно провести клиническое обследование молочной железы на предмет выявления узлового уплотнения. Эти факторы могут привести к ошибочному диагнозу и позднему выявлению рака. В большей части стран отсутствуют программы или руководства по улучшению раннего выявления наиболее часто встречающихся форм рака на уровне первичной медицинской помощи. Например, в менее чем 50% стран, включенных в обзор, имеются клинические протоколы по ранней диагностике рака толстой кишки или предстательной железы на уровне первичного звена (2).

2. Недоступность диагностических исследований, включая патоморфологическое, для подтверждения диагноза, невозможность установления стадии развития опухолевого процесса

Барьеры, препятствующие проведению диагностических и патоморфологических исследований или, наоборот, вред от них варьироваться от недоступности или отсутствия требуемых услуг до злоупотребления ими — в зависимости от уровня ресурсного обеспечения. Везде и всегда качество диагностических и патоморфологических исследований является самым важным аспектом. Ошибочно поставленный диагноз рака может привести к пагубным для здоровья пациента действиям, неэффективной и ненужной помощи. В публикации ВОЗ «Перечень ВОЗ приоритетных устройств медицинского назначения для ведения рака» перечислены основные устройства медицинского назначения, необходимые и имеющие первостепенное значение для эффективной диагностики и лечения рака (5). Приоритетные диагностические технические средства обычно менее доступны в условиях низкой ресурсной обеспеченности (3). Существует также потенциальный вред от злоупотребления проведением диагностических исследований и чрезмерного доверия к ним, включая

оказание более дорогостоящей медицинской помощи, воздействие вредного ионизирующего излучения, гипердиагностику и избыточное лечение (1). Диагностическая визуализация может повысить достоверность проводимой диагностики, но не может подтвердить наличие рака. Достоверное патоморфологическое исследование для подтверждения диагноза имеет решающее значение.

3. Низкая согласованность работы медицинских служб и «потеря» пациента из поля зрения медицинского учреждения для осуществления последующего врачебного наблюдения

Учреждение, где устанавливается клинический диагноз, может быть не тем, где проводится взятие биопсийного материала, выполняются патоморфологическое исследование для подтверждения диагноза и/или устанавливается стадия развития опухолевого процесса. Задержки в диагностике рака могут возникать из-за неудовлетворительного последующего врачебного наблюдения, отсутствия правил направления пациентов и фрагментарности медицинских услуг. Лишь в менее чем 50% стран с низким и средним уровнем дохода в настоящее время имеются четко сформированные схемы направления пациентов с подозрением на рак из ЛПУ первичного уровня в ЛПУ вторичного и третичного уровня оказания помощи (7). По мере увеличения числа вовлеченных медработников и количества диагностических мероприятий повышается риск недопонимания и потери контроля над важными результатами (6). Чем больше учреждений, в которые пациент должен быть направлен для диагностики и лечения рака, тем выше нагрузка на него самого и его семью по преодолению финансовых и географических барьеров, и тем выше риск дублирования услуг. Недостаточное информационное взаимодействие между специалистами (например, обмен информацией между персоналом первичного звена и узким специалистом, патоморфологом для подтверждения диагноза) и административные барьеры, препятствующие доступу в учреждение, где проводится лечение, также способствуют возникновению задержек в диагностике и лечении рака. Отсутствие системы идентификации пациентов или надежных систем медицинской информации ухудшает обмен данными между специалистами, учреждениями и пациентами (5).

Меры, которые могут быть использованы для преодоления затруднений при ранней диагностике рака

Проведение поддерживающего консультирования и оказание помощи, ориентированной на нужды пациента

Предварительный диагноз рака может ошеломить пациента. Следовательно, при обсуждении планов проведения уточненной диагностики рака следует приложить максимум усилий, чтобы пациент не остался один на один с предполагаемым диагнозом, обеспечив поддержку, например, привлекая родственников и друзей, в зависимости от предпочтений пациента. Может потребоваться повторный прием, чтобы убедиться, что пациент правильно понимает ситуацию и последующие этапы обследования.

Информационное взаимодействие в период проведения диагностики предполагает тщательную оценку вероятности рака и, в некоторых условиях, варианты лечения и возможные исходы. Пациенту необходимо разъяснить, что его ожидает при переходе на следующий уровень оказания помощи, чтобы свести к минимуму случаи «потери» пациента из поля зрения медицинского учреждения для проведения последующего врачебного наблюдения по причине неточной информации о дальнейших действиях. Чтобы еще больше сократить риск потери контакта с пациентом, медицинские работники могут регулярно, через оговоренные определенные интервалы времени, выходить на связь с больными раком (7). Аналогичным образом, у пациента должна быть возможность связаться с врачом или лицом, координирующим действия пациента в соответствии с маршрутным листом, на случай возможных трудностей при направлении в другие учреждения (8). Результаты биопсии должны своевременно сообщаться пациентам понятным языком и в сочувственном тоне вне зависимости от диагноза (3). При консультировании пациентов по результатам биопсии, медицинский работник должен объяснить, что было сделано, и почему, рассказать обо всех отклонениях от нормы, если таковые имеют место, и договориться о планах и дате следующего контрольного визита, если необходимо. Нужно стимулировать пациента (и сопровождающих его лиц) задавать возникающие вопросы; если вдруг медицинский работник не знает, как на них ответить, необходимо найти специалиста, который может дать требуемые разъяснения. И, наконец, пациенту нужно сказать, что он всегда может обратиться за разъяснением, если возникнут какие-либо вопросы или сомнения. Налаженные таким путем отношения с пациентом могут значительно улучшить соблюдение им рекомендаций по лечению (7). Лечебные учреждения могут разными способами сообщить пациенту, когда он должен вернуться за результатами биопсии. Возможные варианты включают назначение даты контрольного визита, привлечение медико-социальных работников или использование маршрутного листа и/или мобильных телефонов (например, текстовые сообщения, телефонные звонки) (4,8).

Разработка механизмов направления пациентов и интеграция помощи

Архитектура системы здравоохранения, необходимая для оказания базовой онкологической помощи, варьируется в зависимости от типа медицинского учреждения и формы рака. В некоторых регионах и при некоторых формах рака клинические и патоморфологические исследования могут проводиться во время первичного посещения лечебного учреждения. В других же регионах и при определенных формах рака пациент получает направление в несколько учреждений для прохождения полной диагностики, установления стадии развития опухолевого процесса и начала лечения. Основная задача при этом — свести к минимуму задержки в оказании помощи и обеспечить предоставление комплексных, ориентированных на нужды пациента услуг, посредством: 1- согласованных эффективных алгоритмов направления пациентов, что повышает доступность услуг, улучшает обмен информацией и сокращает количество ненужных посещений медицинских учреждений, 2- оказания современных диагностических и лечебных услуг на основе более тесного взаимодействия учреждений первичного звена и амбулаторной помощи со специализированными учреждениями, 3- эффективного обмена информацией между пациентами, семьями и медицинскими работниками, стимулирующего активное участие пациентов в процессе оказания помощи и совместного принятия решений. Виды услуг, предоставляемые на вторичном и третичном уровне оказания помощи, зависят от организации системы здравоохранения. Перечень услуг, предоставляемых в различных учреждениях, должен быть документально оформлен и доведен до сведения организаторов здравоохранения и медицинских работников для обеспечения своевременного направления пациентов и оперативного проведения диагностики. Руководства по направлению и перенаправлению пациентов для обеспечения своевременного оказания помощи без фрагментации или дублирования услуг должны быть разработаны с учетом потенциала учреждений и квалификации персонала. Эти руководства должны быть в наличии в учреждениях всех уровней и способствовать их прямому взаимодействию посредством установленных критериев направления и перенаправления пациентов и улучшения обмена информацией между учреждениями (например, патоморфологическим отделением и специалистом первичного звена). Картотека регистрации онкологических больных должна быть создана и доступна специалистам на всех уровнях оказания помощи для своевременного документирования в карте пациента информации о проведенных диагностических исследованиях, установленной стадии развития процесса, планах дальнейшего ведения пациента и его состоянии при каждом контрольном посещении (5). Для улучшения взаимодействия между медицинскими работниками и пациентами могут быть разработаны специальные

мероприятия, например, создание комиссии по ведению онкологических больных, проведение междисциплинарной проверки оказанных услуг или создание интегрированной электронной системы медицинской документации. Во избежание дублирования исследований и фрагментации помощи, все исследования для установления стадии заболевания по возможности должны проводиться в учреждении, имеющем все необходимое для установления стадии и проведения лечения. Регулярное последующее врачебное медицинское наблюдение после завершения курса лечения и после выписки пациента из медицинского учреждения более высокого уровня помощи может осуществляться в учреждении первичного звена (например, удаление швов). Контрольное наблюдение за излечившимися больными, включающее мониторинг для выявления возможного рецидива заболевания и меры по купированию возможных неблагоприятных последствий лечения, может проводиться на различных уровнях и должно согласовываться с работой команды медицинских работников первичного звена и узких специалистов, проводивших лечение. Пациенты с метастатическим распространением опухолевого процесса, которым не показана противоопухолевая терапия или которые уже прошли курс лечения в учреждении более высокого уровня, могут получать паллиативную помощь в учреждении первичного уровня, располагающем требуемым потенциалом, или это учреждение может координировать процесс оказания паллиативной помощи (6).

Усиление потенциала диагностической и патоморфологической служб

Для успешного выполнения программ ранней диагностики рака основные диагностические исследования, такие как ультразвуковое, рентгенографическое, цитологическое и биопсия, должны быть доступны на уровне учреждений вторичной помощи, а также учреждений первичной медико-санитарной помощи при наличии соответствующих ресурсов (4). В публикации ВОЗ «Перечень ВОЗ приоритетных устройств медицинского назначения для ведения рака» представлен многоуровневый подход. Приоритет должны получить основные высокоэффективные и недорогие технологии (3). Алгоритмы проведения диагностики должны разрабатываться с учетом имеющегося ресурсного обеспечения и квалификации медицинских работников, и согласовываться между медицинскими учреждениями. Во многих странах с низким и средним уровнем дохода также необходимы дополнительные инвестиции в развитие патоморфологической службы (2). Для обеспечения корректного проведения диагностических и патоморфологических исследований, применения соответствующих

стандартов помощи и своевременного обмена информацией о результатах необходимо разработать механизмы обеспечения качества.

Укрепление потенциала медицинских работников в учреждениях первичного звена

Первичная медико-санитарная помощь играет важную роль в противораковой борьбе, на этом уровне реализуются следующие функции: санитарное просвещение для повышения грамотности населения в вопросах профилактики рака, раннее выявление с помощью проведения диагностических исследований, консультирование и оказание помощи и поддержки после установления диагноза, проведение последующего контрольного врачебного наблюдения после лечения, включая паллиативную помощь и поддерживающую терапию (8). Медперсонал в учреждениях первичной помощи играет важную роль в профилактике и борьбе с раком и НИЗ. Дополнительные противораковые вмешательства включают: 1- консультирование по вопросам снижения факторов риска, а именно: изменение поведенческих вредных факторов (например, отказ от курения); 2- обсуждение противораковых мероприятий, таких как программы вакцинации и скрининга; и 3- информирование о симптомах рака. Результатом укрепления потенциала в учреждениях первичного звена или учреждения первичного контакта может стать более эффективная и своевременная диагностика рака. Медицинский персонал должен пройти специальную подготовку по формированию и развитию знаний и навыков проведения клинического обследования в рамках доврачебной подготовки и курсов непрерывного повышения квалификации. Например, в условиях низкой ресурсной обеспеченности для повышения осведомленности медицинских работников о симптомах и признаках рака молочной железы и рака шейки матки может быть использована публикация ВОЗ «Перечень основных вмешательств по борьбе с неинфекционными заболеваниями на уровне первичной медико-санитарной помощи» (4).

Вывод

Поздняя диагностика и недоступность лечения вносят значительный вклад в онкологическую заболеваемость и смертность во всем мире. Стратегия противодействия должна быть направлена на формирование комплекса ответных мер системы здравоохранения и интеграцию служб с упором на выбор недорогих вмешательств с высоким ожидаемым эффектом. Ранняя диагностика улучшает исходы, обеспечивая наибольшую вероятность успешного лечения за меньшие деньги и более простыми методами. Основные принципы обеспечения ранней диагностики одинаковы для всех уровней ресурсного обеспечения и включают: повышение информированности населения о раке и активное вовлечение в процесс охраны здоровья, установление точного диагноза на основе клинических данных, проведение патоморфологического исследования для его подтверждения и установление стадии развития опухолевого процесса, а также повышение доступности медицинской помощи. Инвестиции в развитие таких программ особенно важны в условиях сильно выраженного неравенства в обеспечении всеобщего доступа к противоопухолевому лечению. Смерть от рака является трагедией для семьи и ее окружения и влечет за собой огромные негативные последствия. Развитие эффективных стратегий раннего выявления рака могут спасти жизни и сокращать социальное и экономическое бремя лечения больных раком.

Список литературы

1. Мостюк Е. М., Ермола Ю. А., Зеленая К. В. ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ РАКА НА РАННИХ СТАДИЯХ //WORLD SCIENCE: PROBLEMS AND INNOVATIONS. – 2018. – С. 206-208. <https://elibrary.ru/item.asp?id=36691181>
2. Белая Ю.А., Захарова Н.А. Семилетний обзор реализации скрининговой программы по ранней диагностике рака молочной железы в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре // Опухоли женской репродуктивной системы. 2016. №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/semiletniy-obzor-realizatsii-skriningovoy-programmy-po-ranney-dagnostike-raka-molochnoy-zhelezy-v-hanty-mansiyskom-avtonomnom-okruge>
3. Смалюк А. Ф., Долгая Я. В., Ушенко Д. А. РАЗРАБОТКА СИСТЕМЫ ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ДОСТУПНОСТИ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА КОЖИ //The Scientific Heritage. – 2020. – №. 46-1 (46). <https://cyberleninka.ru/article/n/razrabotka-sistemy-telemeditsiny-dlya-povysheniya-dostupnosti-informatsionnoy-sistemy-ranney-dagnostiki-raka-kozhi>
4. ВОЗ, Руководство по ранней диагностике рака [Guide to cancer early diagnosis], 2018, <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>
5. Давыдов М.И РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА РАКА: КАКИЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ И КАК ЧАСТО НУЖНО ПРОХОДИТЬ, 2016, <https://www.ronc.ru/about/press/media-about/rannyaya-dagnostika-raka-kakie-obsledovaniya-i-kak-chasto-nuzhno-prokhodit-rasskazyvaet-direktor-ni/> ,
6. Иконникова Алина Валерьевна, Джураева Шарора Файзовна ОНКОНАСТОРОЖЕННОСТЬ ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ: ВОПРОСЫ ПЕРВИЧНОЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА ЯЗЫКА // Современная стоматология. 2019. №2 (75). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/onkonastorozhennost-vrachey-stomatologov-voprosy-pervichnoy-dagnostiki-raka-yazyka>
7. Тамаева Ф.А., Терещенко К.А., Вагабова И.М., Шейхмагомедова З.А., Муталимова К.Б. Роль общественной организации для совершенствования методов ранней диагностики рака молочной железы // Research'n Practical Medicine Journal. 2018. № Спецвыпуск 1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/rol-obschestvennoy-organizatsii-dlya-sovershenstvovaniya-metodov-ranney-dagnostiki-raka-molochnoy-zhelezy>
8. Вербицкий А. С. и др. СКРИНИНГОВЫЙ МЕТОД РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ //Современные проблемы медицины и естественных наук. – 2016. – С. 253-255. <https://elibrary.ru/item.asp?id=26043398>
9. Демьянчик А. С., Сидоренко Ю. И. Осведомленность женского населения о возможности ранней диагностики рака. – 2019. <http://elib.gsmu.by/handle/GomSMU/6743>