

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Российское научное медицинское общество терапевтов

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт пульмонологии
Федерального медико-биологического агентства»

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Эндокринологический научный центр» Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Московский научно-исследовательский
онкологический институт имени П.А. Герцена» Министерства здравоохранения Российской Федерации

НИИ цереброваскулярной патологии и инсульта ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский
университет им. Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

ПРОФИЛАКТИКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Рекомендации

МОСКВА 2013 г

Авторский коллектив

Бойцов Сергей Анатольевич

Доктор медицинских наук, профессор.

Директор Федерального государственного бюджетного учреждения «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Главный внештатный специалист по медицинской профилактике Минздрава России.

Вице-президент Российского кардиологического общества.

Чучалин Александр Григорьевич

Доктор медицинских наук, профессор, академик РАМН.

Директор Федерального государственного бюджетного учреждения «Научно-исследовательский институт пульмонологии Федерального медико-биологического агентства».

Заведующий кафедрой госпитальной терапии педиатрического факультета ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России.

Главный внештатный специалист терапевт-пульмонолог Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Эксперт ВОЗ, председатель регионального отделения по СНГ INTERASTHMA, член исполнительного комитета Общества православных врачей, председатель исполнительного комитета Российского респираторного общества, «золотой» член Европейского респираторного общества, Американского торакального общества.

Арутюнов Григорий Павлович

Доктор медицинских наук, профессор.

Заведующий кафедрой внутренних болезней и общей физиотерапии педиатрического факультета ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России.

Вице-президент Российского научного медицинского общества терапевтов.

Заслуженный врач Российской Федерации.

Биличенко Татьяна Николаевна

Доктор медицинских наук.

Заведующая лабораторией клинической эпидемиологии Федерального государственного бюджетного учреждения «Научно-исследовательский институт пульмонологии Федерального медико-биологического агентства», член Европейской академии алергологии и клинической иммунологии, «золотой» член Европейского респираторного общества, член Российского респираторного общества.

Бубнова Марина Геннадьевна

Доктор медицинских наук, профессор кафедры эпидемиологии неинфекционных заболеваний с основами доказательной медицины ГБОУ Первого МГМУ им. И.М.Сеченова. Руководитель отдела реабилитации и вторичной профилактики сочетанной патологии с лабораторией профилактики атеросклероза и тромбоза ФГБУ «ГНИЦПМ» Минздрава России.

Вице-президент Российского общества-кардиосоматической реабилитации и вторичной профилактики.

Ипатов Петр Васильевич

Доктор медицинских наук, профессор.

Ведущий научный сотрудник ФГБУ «ГНИЦПМ» Минздрава России.

Заслуженный врач Российской Федерации.

Заместитель председателя Профильной комиссии по профилактической медицине Минздрава России.

Калинина Анна Михайловна

Доктор медицинских наук, профессор.

Руководитель отдела первичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний в системе здравоохранения ФГБУ «ГНИЦПМ» Минздрава России.

Каприн Андрей Дмитриевич

Доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАМН.

И.О. Директора Московского научно-исследовательского онкологического института им.

П.А.Герцена.

Заслуженный врач Российской Федерации.

Марцевич Сергей Юрьевич

Доктор медицинских наук, профессор кафедры эпидемиологии неинфекционных заболеваний с основами доказательной медицины факультета управления и экономики здравоохранения ГБОУ Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава Российской Федерации.

Руководитель отдела профилактической фармакотерапии ФГБУ «ГНИЦПМ» Минздрава России.

Председатель секции «Национальное общество доказательной фармакотерапии» РКО.

Оганов Рафаэль Гегамович

Доктор медицинских наук, профессор, академик РАМН и РАЕН.

Заслуженный деятель науки Российской Федерации, Лауреат Государственной премии и премии Правительства Российской Федерации.

Руководитель отдела профилактики коморбидных состояний ФГБУ «ГНИЦПМ» Минздрава России.

Член президиума ВАК, почетный Президент Российского кардиологического общества.

Погосова Нана Вачиковна

Доктор медицинских наук, профессор.

Руководитель отдела вторичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний и Федерального центра здоровья ФГБУ ГНИЦПМ Минздрава России.

Главный специалист по профилактической медицине Департамента здравоохранения города Москвы.

Вице-президент Национального научного общества Кардиоваскулярная профилактика и реабилитация.

Старинский Валерий Владимирович

Доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки Российской Федерации.

Заместитель директора по научной работе ФГБУ «МНИОИ им П.А. Герцена» Минздрава России.

Стаховская Людмила Витальевна

Доктор медицинских наук, профессор кафедры фундаментальной и клинической неврологии и нейрохирургии ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России.

Директор НИИ цереброваскулярной патологии и инсульта ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России.

Ответственный секретарь Национальной Ассоциации по борьбе с инсультом (Россия).

Ткачева Ольга Николаевна

Доктор медицинских наук, профессор.

Первый заместитель директора ФГБУ «ГНИЦПМ» Минздрава России по научной и лечебной работе, руководитель отдела комплексного снижения риска неинфекционных заболеваний.

Чиссов Валерий Иванович

Доктор медицинских наук, профессор, академик РАМН.

Заслуженный деятель науки Российской Федерации, заслуженный врач Российской Федерации, Лауреат Государственной премии и премий Правительства Российской Федерации.

Главный специалист-онколог Минздрава Российской Федерации, руководитель хирургического отдела ФГБУ «МНИОИ им П.А. Герцена» Минздрава России.

Шальнова Светлана Анатольевна

Доктор медицинских наук, профессор.

Руководитель отдела эпидемиологии хронических неинфекционных заболеваний ФГБУ «ГНИЦПМ» Минздрава России.

Вице-президент Российского кардиологического общества.

Шестакова Марина Владимировна

Доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАМН.

Директор Института диабета, заместитель директора по научной работе Федерального государственного бюджетного учреждения «Эндокринологический научный центр» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

ПРОФИЛАКТИКА ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Первичная профилактика

Направлена на выявление и устранение или ослабление влияния неблагоприятных факторов окружающей среды на процесс возникновения злокачественной опухоли. Прежде всего, это полное устранение или минимизация контакта с канцерогенами.

При ранжировании основных причин, формирующих заболеваемость раком, лидирующую позицию занимает неправильное питание (до 35%), второе место принадлежит курению (до 32%). Таким образом, 2/3 случаев рака обусловлены этими факторами. Далее по степени убывания значимости следуют вирусные инфекции (до 10%), сексуальные факторы (до 7%), малоподвижный образ жизни (до 5%), профессиональные канцерогены (до 4%), алкоголизм (до 3%), непосредственное загрязнение окружающей среды (до 2%); онкологически отягощенная наследственность (до 2%); пищевые добавки, ультрафиолет солнца и ионизирующая радиация (до 1%). Неизвестными причинами обусловлены около 5% случаев рака.

Питание. Существует 6 основных принципов противораковой диеты, соблюдение которых позволяет существенно снизить риск развития рака:

1. Предупреждение ожирения (избыточный вес является ФР развития многих злокачественных опухолей, в том числе рака молочной железы и рака тела матки).

2. Уменьшение потребления жира (при обычной двигательной активности не более 50-70 г жира в день со всеми продуктами). Эпидемиологическими исследованиями установлена прямая связь между потреблением жира и частотой развития рака молочной железы, рака толстой кишки и рака предстательной железы.

3. Обязательное присутствие в пище овощей и фруктов, обеспечивающих организм растительной клетчаткой, витаминами и веществами, обладающими антиканцерогенным действием. К ним относятся: желтые и красные овощи, содержащие каротин (морковь, помидоры, редька и др.); фрукты, содержащие большое количество витамина С (цитрусовые, киви и др.); капуста (особенно брокколи, цветная и брюссельская); чеснок и лук.

4. Регулярное и достаточное употребление растительной клетчатки (до 35 г ежедневно), которая содержится в цельных зернах злаковых культур, овощах, фруктах. Растительная клетчатка связывает ряд канцерогенов, сокращает время их контакта с толстой кишкой за счет улучшения моторики.

5. Ограничение потребления алкоголя. Известно, что алкоголь является одним из факторов риска развития рака полости рта, пищевода, печени и молочной железы.

6. Ограничение потребления копченой и нитрит-содержащей пищи. В копченой пище содержится значительное количество канцерогенов. Нитриты содержатся в колбасных изделиях и до сих пор часто используются производителями для подкрашивания с целью придания продукции товарного вида.

Влияние факторов питания на развитие рака является недостаточно исследованным и определенным. Оценка потенциальной роли диеты влечет за собой необходимость измерения вклада диеты, содержащей различные компоненты, которые могут как защитить от рака, так и увеличить риск заболевания раком. Основанная на систематических обзорах оценка общего влияния диетических рекомендаций на профилактику рака опубликована Всемирным фондом исследований рака /Американским институтом по исследованию рака (WCRF/AICR) [1]. Наибольшим профилактическим воздействием на уменьшение риска развития рака обладает потребление фруктов и некрахмалистых овощей. В частности доказано, что их достаточное потребление снижает вероятность развития рака ротовой полости, пищевода и желудка. Потребление фруктов, но не некрахмалистых овощей, также достоверно связано со снижением риска развития рака легких.

Сложность выяснения связей между потребляемыми продуктами питания и уровнем риска развития рака демонстрируют примеры, когда в наблюдательных эпидемиологических исследованиях (случай-контроль и когортные исследования) выявляется связь между диетой и риском развития рака, а в контролируемых рандомизированных исследованиях такой связи не обнаруживается. Например, на основе популяционных эпидемиологических данных, диета с высоким содержанием клетчатки была рекомендована для предотвращения рака толстой кишки, а проведенное рандомизированное контролируемое исследование с дополнительным введением в рацион питания пищевых волокон (пшеничные отруби) не выявило снижения риска последующего развития аденоматозных полипов у лиц с ранее перенесенной резекцией полипов. Второй пример: эпидемиологические когортные исследования и исследования случай-контроль обнаружили связь потребления жира и красного мяса с риском развития рака толстой кишки, а в рандомизированном контролируемом исследовании такой связи у женщин в постменопаузе не выявлено. Эти примеры не отрицают результатов всех когортных исследований и исследования случай-контроль, особенно проводимых на протяжении многих лет, а лишь показывают сложность проблемы изучения влияния пищевого рациона на риск развития опухолей. Относительно короткие контролируемые рандомизированные клинические исследования не способны выявить влияния длительных жизненных привычек питания на риск развития злокачественных новообразований.

Курение. Многочисленные научные исследования установили тесную связь между потреблением табака и злокачественными новообразованиями. В частности, эпидемиологическими исследованиями доказано, что курение сигарет является причинным фактором развития рака легкого, ротовой полости, пищевода, мочевого пузыря, почек, поджелудочной железы, желудка, шейки матки и острой миелоидной лейкемии [2]. При этом получены убедительные данные, что увеличение распространенности курения среди населения влечет за собой увеличение смертности от рака и, наоборот, снижение распространенности курения снижает уровень смертности от рака легкого у мужчин.

Поданным Минздрава России в Российской Федерации ежегодно около 300 тыс. трудоспособных людей не доживают около пяти лет своей жизни по причине потребления табака,

при этом экономические потери составляют почти 1,5 трлн руб. Отказ от курения приводит к постепенному снижению риска развития рака, к увеличению продолжительности жизни, снижению общей заболеваемости и смертности [3].

Инфекции. В развивающихся странах инфекционные агенты являются причиной 26%, а в развитых странах – 8% всех случаев заболевания раком [4]. Заражение штаммом вируса папилломы человека (ВПЧ) высокого онкогенного риска (типы 16, 18, 31, 33) рассматривается как необходимое событие для последующего развития рака шейки матки, а вакцинация против ВПЧ приводит к заметному снижению предраковых состояний. Онкогенные штаммы ВПЧ, также связаны с раком полового члена, влагалища, ануса, и ротоглотки. К другим инфекционным агентам, вызывающим рак, относятся: вирус гепатита В и гепатита С (рак печени), вирус Эпштейна-Барр (лимфома Беркитта) и *Helicobacter Pylori* (рак желудка). Вакцинация против ВПЧ и гепатита В рекомендуется как активная профилактическая мера лицам из групп риска.

Ионизирующее и ультрафиолетовое излучение. Воздействие излучения, в первую очередь ультрафиолетового излучения и ионизирующего излучения, является четко установленной причиной рака. Воздействие солнечного ультрафиолетового излучения является основной причиной рака (не меланомы) кожи, который является на сегодняшний день наиболее распространенным и наиболее предотвратимым злокачественным новообразованием [5]. Наиболее опасно пребывание на солнце в период с 10 ч и до 16 ч. Не менее вредно пребывание в соляриях для получения искусственного загара. Исключение попадания на голые участки тела прямого солнечного света, ношение соответствующей летней одежды, широкополых шляп, зонтиков, пребывание в тени и использование кремов от загара являются эффективными мерами профилактики рака кожи.

В настоящее время на основе многочисленных эпидемиологических и биологических исследований убедительно доказано, что не существует дозы ионизирующей радиации которую следует считать совершенно безопасной, по этой причине должны быть предприняты все меры, чтобы уменьшить дозу любого ионизирующего облучения человека, в том числе связанного с медицинскими исследованиями (флюорография, рентгенография, рентгеноскопия, компьютерная томография, радиоизотопная диагностика и методы лечения) как в отношении пациентов, так и медицинского персонала [6]. Ограничение ненужных лечебно-диагностических исследований, связанных с использованием ионизирующих излучений, являются важной стратегией профилактики. Например, подсчитано, что один радиационно-индуцированный рак разовьется среди 270 женщин и среди 595 мужчин, подвергшихся коронарной ангиографии в возрасте 40 лет. Среди лиц в возрасте 20 лет, подвергшихся КТ живота и таза, у 1 из 470 женщин и у 1 из 620 мужчин разовьется радиационно-индуцированный рак [7]. Исходя из частоты использования КТ в США в 2007 году определено, что у 29 тыс. человек (ДИ 15000-45000) разовьется радиационно-индуцированный рак, 1/3 часть из которых составят лица от 35 до 54 лет [8].

Алкоголь. Наиболее достоверное влияние оказывает избыточное потребления алкоголя, особенно питьевого спирта, на развитие рака полости рта, пищевода, молочной железы и

колоректального рака у мужчин. Меньшей степени достоверности такая связь существует между приемом алкоголя и риском развития рака печени и колоректального рака у женщин [1].

Физическая активность. Все больше число фактов свидетельствует о том, что люди, которые физически активны, имеют более низкий риск развития некоторых злокачественных новообразований (ЗНО), по сравнению с лицами, имеющими низкую физическую активность, ведущими сидячий образ жизни. Наибольший и достоверный защитный эффект физической активности выявлен в отношении риска развития колоректального рака. К категории «вероятно», отнесено влияние физической активности на риск развития рака молочной железы после менопаузы и рака эндометрия. Как и для диетических факторов, проблема влияния физической активности на развитие различных ЗНО далека от своего разрешения, но достаточно ясно, что она играет в процессе онкогенеза существенную роль. Есть основания полагать, что физическая активность обратно пропорционально связана, по крайней мере, с несколькими видами рака, развитие которых провоцирует ожирение [1].

Ожирение. Ожирение все чаще признается важным фактором риска развития рака. Убедительно доказана его связь с развитием рака молочной железы в постменопаузе, рака пищевода, поджелудочной железы, колоректального рака, рака эндометрия и почки. Получены данные свидетельствующие о том, что ожирение является фактором риска для развития рака желчного пузыря. Но в тоже время необходимо отметить, что отсутствуют исследования о влиянии снижения избыточной массы тела на смертность от злокачественных новообразований [9].

Витамины и биологически активные добавки к пище. Витамины и биологически активные добавки к пище относятся к профилактическим вмешательствам *с не доказанной эффективностью* [2, 10].

Экологические факторы и вредные вещества. Некоторые ассоциации между загрязнителями окружающей среды и развитием рака легкого были четко установлены, в том числе за счет пассивного курения табака, загрязнения атмосферного воздуха, особенно асбестовой пылью. Другим загрязнителем окружающей среды, который причинно связан с раком кожи, мочевого пузыря и легких является неорганический мышьяк в высокой концентрации в питьевой воде. Много других загрязнителей окружающей среды, например, таких как пестициды, были оценены в отношении их опасности для развития рака у человека, но получены неопределенные результаты [2].

Вторичная профилактика

Направлена на выявление и устранение предраковых заболеваний и выявление злокачественных опухолей на ранних стадиях процесса. К исследованиям, позволяющим эффективно выявлять предопухолевые заболевания и опухоли, относятся: маммография, флюорография, цитологическое исследование мазков с шейки матки и цервикального канала, эндоскопические исследования, профилактические осмотры, определение в биологических жидкостях уровня онкомаркеров и др.

Разработка программ ранней диагностики и скрининга является одним из приоритетных направлений развития онкологии и позволяет значительно улучшить результаты лечения. *Регулярное прохождение профилактического осмотра и обследования в соответствии с возрастом (или группой риска) позволяет предотвратить возникновение злокачественной опухоли или выявить заболевание на ранней стадии, позволяющей провести эффективное органосохраняющее специализированное лечение.*

Третичная профилактика

Заключается в предупреждении рецидивов и метастазов у онкологических больных, а также новых случаев злокачественных опухолей у излеченных пациентов. Для лечения злокачественной опухоли и третичной профилактики рака следует обращаться *только в специализированные онкологические учреждения*. Онкологический больной пожизненно состоит на учете в онкологическом учреждении, регулярно проходит необходимые обследования, назначаемые специалистами.

В настоящее время одним из наиболее молодых и перспективных разделов профилактической онкологии является *химио-профилактика злокачественных опухолей* – снижение онкологической заболеваемости и смертности за счет длительного применения здоровыми людьми или лицами из групп повышенного онкологического риска специальных онкопрофилактических лекарственных препаратов или натуральных средств. Химиопрофилактика обязательно должна использоваться в комплексе с другими профилактическими мероприятиями.

Отдельным направлением профилактики у больных со злокачественными новообразованиями является профилактика осложнений химиотерапии, возникающих в связи с низкой селективностью действия большинства из применяемых для этих целей препаратов. Одним из наиболее частых осложнений химиотерапии является токсическое поражение печени. К сожалению, в онкологической практике лекарство, неблагоприятно влияющее на печень, не всегда возможно отменить или заменить другим, более безопасным без создания непосредственной или отсроченной угрозы для жизни пациента. Одним из выходов из этой сложной ситуации является профилактическое применение препаратов с гепатопротективными свойствами, среди которых S-аденозил-L-метионин имеет хорошую доказательную базу своей высокой клинической эффективности [14, 15].

В настоящее время группы онкологического риска по степени повышения риска принято делить на 5 категорий.

1. Практически здоровые лица любого возраста с отягощенной онкологической наследственностью и люди старше 45 лет.

2. Практически здоровые лица, подвергавшиеся или подвергающиеся воздействию канцерогенных факторов. К ним относятся курильщики, лица, контактирующие с профессиональными и бытовыми канцерогенными факторами, перенесшие радиационное ионизирующее облучение, носители онкогенных вирусов.

3. Лица, страдающие хроническими заболеваниями и нарушениями, повышающими онкологический риск: ожирение, угнетение иммунитета, атеросклероз, гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2-го типа, ХОБЛ и др.

4. Больные с облигатными и факультативными предраковыми заболеваниями. Последние встречаются чаще и лишь повышают вероятность возникновения рака.

5. Онкологические больные, прошедшие радикальное лечение по поводу ЗНО. (Данная категория пациентов в соответствии с приказом Минздрава России от 15 ноября 2012г. №915н «Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю онкология» пожизненно подлежат диспансерному наблюдению в онкологическом диспансере. Если течение заболевания не требует изменения тактики ведения пациента, диспансерные осмотры после проведенного лечения осуществляются: в течение первого года один раз в три месяца, в течение второго года — один раз в шесть месяцев, в дальнейшем – один раз в год).

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

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

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

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

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

В таблице 9.1. представлен список нозологических форм заболеваний, при наличии которых необходимо наблюдение пациентов у соответствующих врачей с периодической консультацией у врача-онколога первичного онкологического кабинета/отделения.

Таблица 9.1.

Нозологическая форма	Периодичность осмотров у онколога
Наблюдаются у врача-терапевта	
Хронический бронхит (в том числе курильщика) с частыми обострениями	по показаниям
Хроническая обструктивная болезнь лёгких	по показаниям
Язвенная болезнь желудка: частые рецидивы, осложнения	по показаниям
Атрофический гастрит	по показаниям
Семейный полипоз толстой кишки, синдром Партнера, синдром Пейца-Егерса, синдром Турко	по показаниям
Полипы желудка, полипоз желудка, полипоз кишечника	по показаниям
Хронический колит с частыми обострениями	по показаниям
Состояние после резекции желудка (более 10 лет после операции)	по показаниям
Неспецифический язвенный колит и болезнь Крона толстой кишки	по показаниям
Ахалазия, лейкоплакия пищевода. Рубцовая стриктура пищевода	по показаниям
Наблюдаются у врача-пульмонолога	
Идиопатический фиброзирующий альвеолит Лёгочные фиброзы разной этиологии	1 раз в год 1 раз в год
Наблюдаются у врача-эндокринолога	
Диффузный токсический зоб. Аутоиммунный тиреоидит	по показаниям
Узловой эутиреоидный зоб	по показаниям
Гиполютеиновая дисфункция яичников	по показаниям
Состояние после операции по поводу феохромоцитомы в стадии ремиссии	по показаниям
Синдром Стейна-Левенталя	по показаниям
Вирилизующие опухоли яичников (после операции)	по показаниям
Множественный эндокринный аденоматоз, тип I (МЭА-I, синдром Вернера)	1 раз в год
Множественный эндокринный аденоматоз, тип II (МЭА-II, синдром Сиппла) и тип III (МЭА-III, синдром невром слизистых оболочек)	1 раз в год
Синдром Тернера, синдром тестикулярной феминизации	1 раз в год
Дисгенезия гонад	1 раз в год
Псевдогермафродитизм	1 раз в год
Наблюдаются у врача-гематолога	
Острые лейкозы	по показаниям
Хронический миелолейкоз	по показаниям
Хронический лимфолейкоз	по показаниям
Миеломная болезнь	по показаниям
Лимфоаденопатия	по показаниям
Остеомиелосклероз	1 раз в год
Гипопластическая анемия	1 раз в год

Наблюдаются у врача-невропатолога	
Вертеброгенные заболевания периферической нервной системы: радикулиты (шейный, грудной, пояснично-крестцовый) после выраженного приступа заболевания с временной утратой трудоспособности; декомпенсация заболевания (затянувшееся обострение, частые обострения)	по показаниям
Нейрофиброматоз (болезнь Реклингхаузена)	по показаниям
Туберкулезный склероз	по показаниям
Телеангиэктатическая атаксия (синдром Луи-Бар)	по показаниям
Наблюдаются у врача-хирурга	
Полипоз толстой кишки после оперативного лечения: диффузный ворсинчатые опухоли множественные полипы и тубулярно-ворсинчатые аденомы единичные тубулярные аденомы	1 раз в год
Множественные и единичные полипы и тубулярно-ворсинчатые аденомы (после операции)	1 раз в год
Одиночные полипы толстой кишки, не подлежащие операции (размер менее 0,4 см)	1 раз в год
Наблюдаются у врача-хирурга/врача-маммолога	
Мастопатия фиброзно-кистозная (фиброаденоматоз или дисгормональные гиперплазии)	1 раз в год, по показаниям чаще
Узловая мастопатия	1 раз в год, по показаниям чаще
Фиброаденома молочной железы	1 раз в год, по показаниям чаще
Папилломатоз молочной железы	1 раз в год, по показаниям чаще
Наблюдаются у врача-уролога	
Аденома предстательной железы	1-2 раза в год
Хронический простатит	1-2 раза в год
Папилломы, полипы мочевого пузыря и уретры	1-2 раза в год
Лейкоплакия, лейкокератоз, остроконечные кондиломы (папилломы) полового члена	1-2 раза в год
Наблюдаются у врача-травматолога-ортопеда	
Состояния после оперативных вмешательств на опорно-двигательном аппарате в связи с опухолевым и системным поражением	ежеквартально в течение первого года, затем 2 раза в год

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

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

Список использованных источников информации

1. Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: A Global Perspective. Washington, DC: World Cancer Research Fund/ American Institute for Cancer Research, 2007. Also available online . Last accessed January. 10, 2013.
2. National Cancer Institute: PDQ® Cancer Prevention Overview. Bethesda, MD: National Cancer Institute. Date last modified. 31.01.2013.
3. Заридзе Д.Г. Профилактика рака. Руководство для врачей. -М.: ИМА-ПРЕСС, 2009. -224 с.
4. Parkin DM: The global health burden of infection- associated cancers in the year 2002. *Int J Cancer* 118 (12): 3030-44, 2006.
5. Scotto J, Fears TR, Fraumeni JF Jr: Solar radiation. In: Schottenfeld D, Fraumeni JF Jr, eds.: *Cancer Epidemiology and Prevention*. 2nd ed. New York, NY: Oxford University Press, 1996, pp 355-72.
6. National Research Council (U.S.), Committee to Assess Health Risks from Exposure to Low Levels of Ionizing Radiation.: *Health Risks From Exposure to Low Levels of Ionizing Radiation: BEIR VII Phase 2*. Washington, DC: National Academies Press, 2006. Also available online. Last accessed January. 10, 2013.
7. Smith-Bindman R, Lipson J, Marcus R, et al.: Radiation dose associated with common computed tomography examinations and the associated lifetime attributable risk of cancer. *Arch Intern Med*. 169 (22): 2078-86, 2009.
8. Berrington de Gonzalez A, Mahesh M, Kim KP, et al.: Projected cancer risks from computed tomographic scans performed in the United States in 2007. *Arch Intern Med*. 169 (22): 2071- 7, 2009.
9. Wolin KY, Colditz GA: Can weight loss prevent cancer? *Br J Cancer*. 99 (7): 995-9, 2008.
10. Huang HY, Caballero B, Chang S, et al.: The efficacy and safety of multivitamin and mineral supplement use to prevent cancer and chronic disease in adults: a systematic review for a National Institutes of Health state-of-the-science conference. *Ann Intern Med*. 145 (5): 372-85, 2006.
11. Онкология. Национальное руководство. Краткое издание /под ред акад. РАМН В.И. Чиссова, акад РАН и РАМН М.И. Давыдова. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. -576 с.
12. Ларионова В.Б., Горожанская Э.Г. Возможности Гептрала в коррекции нарушений механизмов антиоксидантной защиты у онкологических больных. *Методические рекомендации*. М., 2010. 49 с.15.
13. Актуальные и дискуссионные вопросы лекарственной гепатотоксичности в онкологии Эффективная фармакотерапия. *Онкология, гематология и радиология*. 5/2012; с.2-9.
14. Santini D, Vincenzi B, et al. S-adenosylmethionine (AdoMet) supplementation for treatment of chemotherapy - induced liver injury. *Anticancer Res*. 2003; 23(6D): 5173-79.
15. Актуальные и дискуссионные вопросы лекарственной гепатотоксичности в онкологии Эффективная фармакотерапия. *Онкология, гематология и радиология*. 5/2012; с.2-9.