

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО
ОБРАЗОВАНИЯ «ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
КАФЕДРА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Онкоскрининг и онкологическая настороженность у пациентов с заболеваниями СОР и красной каймы губ

Федотова Юлия Михайловна
Доцент кафедры терапевтической
стоматологии, к.м.н.

Волгоград

Понятие «онкологическая настороженность» прежде всего сумма конкретных знаний онкологии, позволяющая врачу провести раннюю или своевременную диагностику рака. В это понятие входит также знание предраковых заболеваний и их лечение, знание организации онкологической помощи, сети онкологических лечебных учреждений, быстрое направление больного по назначению.

Предрак

Предрак - подразумеваю все доброкачественные новообразования, хронические воспалительные процессы, дисгормональные состояния, на фоне которых при определенных условиях может развиваться рак.

Термин «предрак» предложил в 1896 г. дерматолог Дюбрейль.

Причины возникновения

- Хроническая травма
 - Курение, алкоголь
- Профессиональные вредности
 - Острая пища



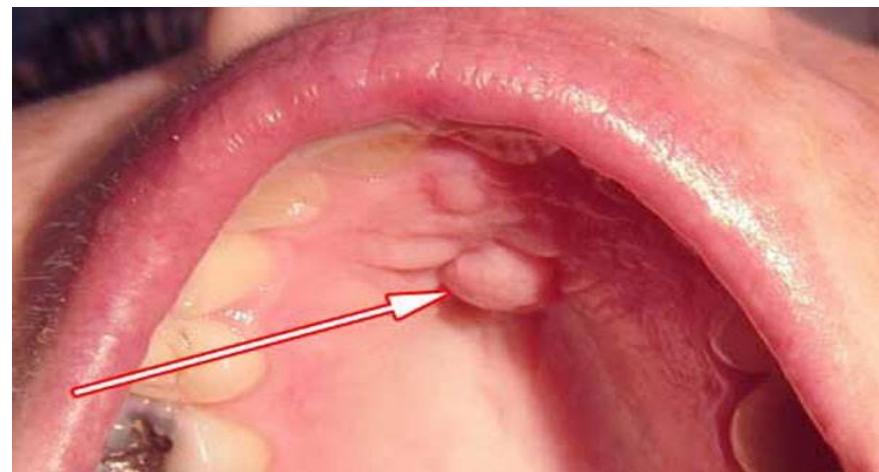
Классификация предраковых изменений красной каймы губ и слизистой оболочки рта (А.Л. Машкиллейсон, 1970 г.)

I. Облигатные предраковые заболевания:

- 1 . Болезнь Боуена и эритроплазия Кейра.
2. Бородавчатый или узелковый предрак красной каймы губ.
3. Абразивный преканцерозный хейлит Манганотти.
- 4.Ограниченный предраковый гиперкератоз красной каймы

Факультативные предраковые заболевания с большей потенциальной злокачественностью:

1. Лейкоплакия эрозивная и веррукозная.
2. Папиллома и папилломатоз неба.
3. Кожный рог.
4. Кератоакантома



III. Факультативные предраковые заболевания с меньшей потенциальной злокачественностью:

- 1 .Лейкоплакия плоская.
2. Хронические язвы слизистой оболочки рта.
3. Эрозивные и гиперкератотические формы красной волчанки и красного плоского лишая красной каймы губ.
4. Хронические трещины губ.
5. Пострентгеновский хейлит и стоматит.
6. Метеорологический и актинический хейлиты.

Болезнь Боуэна



Один, реже два и более очагов поражения локализуются на дужках, мягком небе, языке, щеке и красной кайме нижней губы.

Возникает ограниченное, медленно увеличивающееся по периферии пятнисто-узелковое поражение размером от 1 см в диаметре и больше.

Поверхность очага гиперимирована, гладкая или бархатистая — с мелкими сосочковыми разрастаниями;

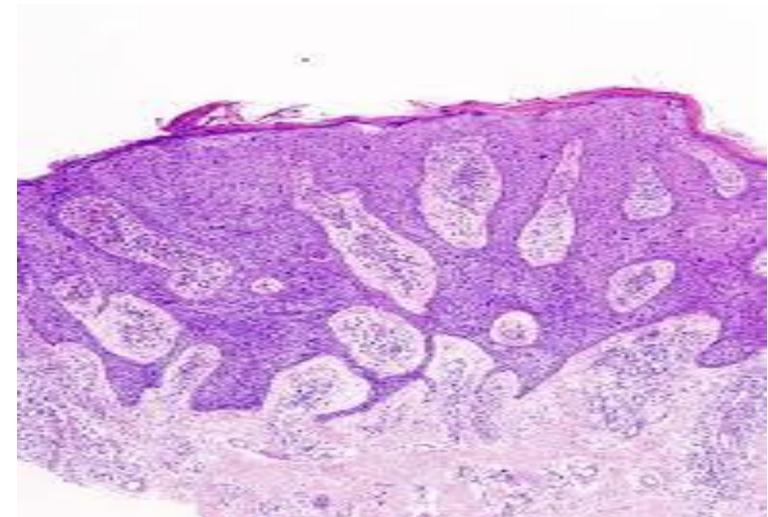
Осмотр полости рта

- Чаще в задних отделах рта — на дужках, мягким небе, языке, щеке ограниченное пятнисто-узелковое поражение, слегка западающее, размером от 1 см и более, с красной велюровой поверхностью, иногда с вкраплениями гиперкератоза
- Выявление острых краев зубов, протезов, разнородных металлов



Дополнительные методы исследования

- Цитологическое исследование
- Гистологическое исследование
 - Биопсия



ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА БОЛЕЗНИ БОУЕНА

Заболевание	Общие клинические признаки	Отличительные признаки
Лейкоплакия	Очаги гиперкератоза на слизистой оболочке рта	Очаг неравномерного помутнения эпителия белесоватого цвета с довольно четкими краями может слегка возвышаться над слизистой оболочкой
Красная волчанка	Очаг имеет застойно-красный цвет, может слегка западать, в окружности явления гиперкератоза.	Очаг не имеет четких контуров, в окружности слизистая оболочка воспалена. Возможны типичные изменения на красной кайме губ и коже лица
Сифилитические папулы (при локализации на дужках, мягкому небу)	Папулы имеют белесоватый цвет, при травмировании образуются мясо-красные эрозии	Редко бывают одиночными, имеют правильную округлую форму. В основании — инфильтрат. Налет относительно легко снимается

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ БОУЕНА

Этапы лечения	Средства лечения	Способ применения	Цель использования	Механизм действия
Хирургический	Хирургический инструментарий	Полное удаление участка поражения с максимальным захватом окружающих здоровых тканей	Предупредить инвазивный рост и метастазирование опухоли	Полное удаление опухоли и последующий гистологический контроль позволяет диагностировать возможный рост и скорректировать последующее лечение
Лучевая терапия	Аппараты для близкофокусной и дистанционной лучевой терапии	В случае невозможности хирургического иссечения (из-за размеров, локализаций очага) после биопсии После гистологического изучения удаленного очага поражения при выявлении инвазивного роста опухоли	Предупредить распространение процесса и метастазирование.	Подавляет жизнедеятельность опухолевых клеток, разрушает ткань опухоли

БОРОДАВЧАТЫЙ, ИЛИ УЗЕЛКОВЫЙ, ПРЕДРАК КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБ



Проявляется только на красной кайме губ в виде элемента полушаровидной формы, диаметром от 4 мм до 1 см. Узелок выступает над окружающей, не измененной в цвете слизистой оболочкой губы на 3-5 мм.

Внешне элемент напоминает бородавку или ороговевшую папиллому, пальпация его безболезненна.

Внешний осмотр

- На красной кайме нижней губы полушаровидное ограниченное образование, возвышающееся над поверхностью, диаметром от 4 до 10 мм, плотноватой консистенции с основанием шире вершины, нормального цвета или застойно-красного, покрытого чешуйками



Дополнительные методы

- Цитологическое исследование
- Гистологическое исследование



ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА БОРОДАВЧАТОГО, ИЛИ УЗЕЛКОВОГО, ПРЕДРАКА КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБ

Заболевание	Общие клинические признаки	Отличительные признаки
Обыкновенная бородавка	Полушаровидное образование на губе	Обычно множественные с характерной сосочковой поверхностью, чаще у детей, с расположением на коже вокруг губ
Папиллома	Округлое образование, возвышающееся над поверхностью губы, может ороговевать, приобретая серый цвет. Может злокачествляться, относят к факультативным предракам	Чаще подвижное, на ножке или на широком основании, с гладкой или морщинистой поверхностью. На губе занимает пограничное положение между красной каймой и слизистой оболочкой или только на слизистой оболочке
Кератоакантома	Округлое образование, выступающее над поверхностью губы. Возможно злокачествление, относят к факультативным предракам	В центре образования кратер, заполненный плотными роговыми массами, как «пробка». При ее удалении хорошо заметна кратерообразная полость, в окружности ее плотный, красноватый валик. Склонна к самоизлечению
Кожный рог	Ограниченный, возвышающийся очаг на красной кайме губы, диаметром до 1 см. Может злокачествляться. Относят к факультативным предракам	Конусообразной формы в виде рога высотой до 1 см, грязно-серого или коричневато-серого цвета, плотной консистенции
Пиогенная гранулема Озлокачествление бородавчатого предрака	Возвышающееся одиночное образование на красной кайме губы	Насыщенно красного цвета, мягкой консистенции, может быть на ножке. Поверхность мацерируется, покрыта гнойными корочками. При сдавливании может показаться гной. Образование увеличивается в размере, усиливается ороговение. На поверхности появляются трещины, кровоточивость, уплотнение в основании

ЛЕЧЕНИЕ БОРОДАВЧАТОГО ИЛИ УЗЕЛКОВОГО ПРЕДРАКА КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБ

Этапы лечения	Средства лечения	Способ применения	Цель использования	Механизм действия
Хирургический	Хирургический инструментарий	Иссечение в пределах здоровых тканей	Полное удаление очага поражения	Обязательный гистологический контроль позволит исключить озлокачествление и инвазивный рост опухоли (при озлокачествлении дополнительно проводят курс лучевой терапии)

ОГРАНИЧЕННЫЙ ПРЕДРАКОВЫЙ ГИПЕРКЕРАТОЗ КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБ

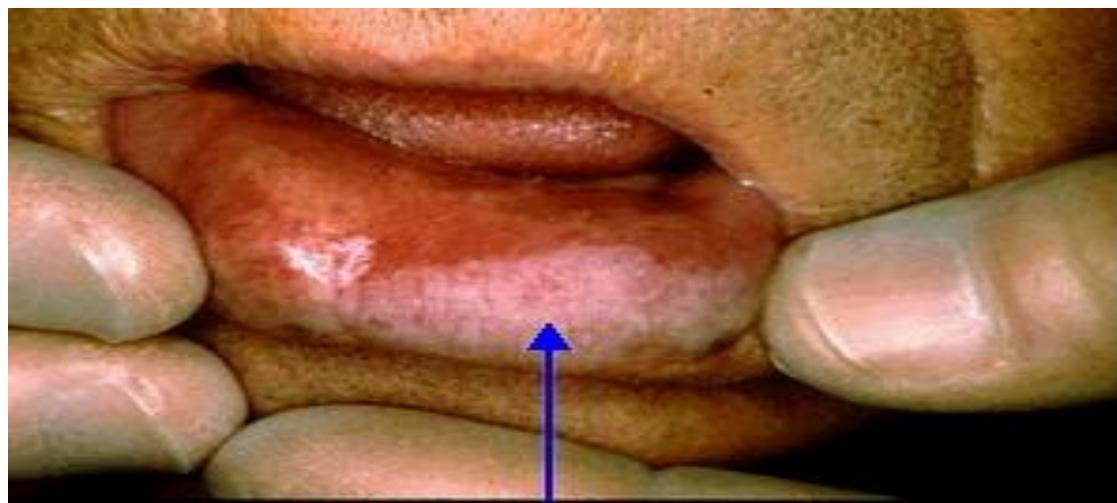


Поражение представляет собой очаг гиперкератоза полигональной формы размером 0,2-0,5 мм, серовато-белого цвета, который покрыт плотно сидящими чешуйками, слегка возвышающимися над окружающей красной каймой губ.

Участок гиперкератоза может существовать в первоначальном виде несколько лет, но иногда озлокачествление наступает в течение первого года болезни.

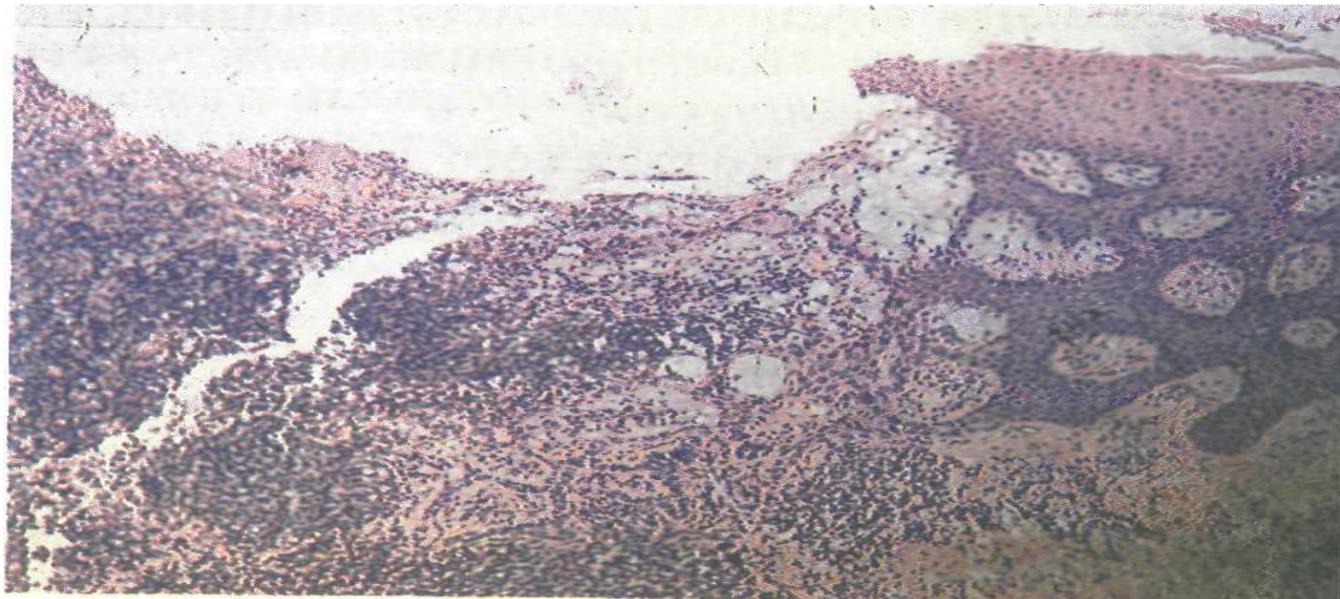
Внешний осмотр

- На красной кайме нижней губы в боковых отделах резко ограниченный участок полигональной формы серовато-белого цвета за счет плотно сидящих чешуек, имеет плоскую или слегка западающую поверхность.
- Лимфоузлы не изменены.



Дополнительные методы исследования

- Гистологический метод



ЛЕЧЕНИЕ ОГРАНИЧЕННОГО ПРЕДРАКОВОГО ГИПЕРКЕРАТОЗА КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБ

Этапы лечения	Средства лечения	Способ применения	Цель использования	Механизм действия
Хирургический	Хирургический инструментарий	Полное иссечение очага поражения	Полностью убрать очаг поражения	Обязательный гистологический контроль позволит исключить озлокачествление (при озлокачествлении назначают курс лучевой терапии)

АБРАЗИВНЫЙ ПРЕКАНЦЕРОЗНЫЙ ХЕЙЛИТ МАНГАНОТТИ



Поражение представляется в виде овальной или неправильной формы эрозии с гладкой поверхностью, имеющей насыщенный красный цвет. Эрозия может быть покрыта истонченным эпителием, иногда корками, после снятия которых появляется незначительная кровоточивость

Эрозии безболезненны при пальпации, существуют длительное время, плохо поддаются лечению, чаще спонтанно эпителизируются, а затем быстро рецидивируют на том же самом или на другом месте.

Озлокачествление хейлита Манганотти в большинстве случаев происходит в течение 1,5 лет после начала заболевания

Дополнительные методы исследования

- Цитологическое исследование
- Бактериологическое исследование



ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА АБРАЗИВНОГО ПРЕКАНЦЕРОЗНОГО ХЕИЛИТА МАНГАНОТТИ

Заболевание	Общие клинические признаки	Отличительные признаки
Эрозивная форма лейкоплакии на красной кайме губы	Эрозия на красной кайме губы	Эрозия располагается в центре очага лейкоплакии
Эрозивная форма плоского лишая	Эрозия на красной кайме губы	Вокруг эрозии на губе отдельные ороговевающие папулы или сливающиеся в рисунок. Возможен типичный рисунок плоского лишая на слизистой оболочке щек, языка. Чаще болеют женщины
Эрозивная форма красной волчанки	Эрозия на красной кайме губы	Эрозия на фоне выраженной застойной гиперемии, гиперкератоза и рубцовой атрофии. Возможны типичные проявления красной волчанки на лице

Истинная пузырчатка

Эрозия на красной кайме губы

Определяется симптомом Никольского. В соскобе с эрозии акантолитические клетки

Герпетическая эрозия

Эрозия на красной кайме губы

Эрозия имеет полициклические очертания за счет вскрывшейся группы пузырьков. В окружности гиперемия и отек. Заживает в течение 7—10 дней. В соскобе возможно нахождение гигантских клеток герпеса

Актинический хейлит

Эрозия на красной кайме губы

Эрозии, пузырьки на фоне застойной, гипереми-рованной, отечной губы и прилегающей кожи вокруг в весенне-летний период. Зимой возможно полное выздоровление

Озлокачествление хейлита Манганотти

Эрозия на красной кайме губы

Уплотнение в основании и вокруг эрозии, кровоточивость при малейшей травме, сосочковые разрастания на поверхности эрозии, гипекератоз в окружности поражения. При цитологическом исследовании — конгломераты атипичных клеток

ЛЕЧЕНИЕ АБРАЗИВНОГО ПРЕКАНЦЕРОЗНОГО ХЕЙЛИТА МАНГАНОТТИ

Этапы лечения	Средства лечения	Способ применения	Цель использования	Механизм действия
Местное лечение				
Лечение зубов	Карборундовые головки, полировальные. Пломбировочные материалы	Сошлифование острых краев зубов, протезов. Пломбирование кариозных полостей	Устраниить травмирующие факторы	Снимает дополнительное раздражение очага поражения
Прекращение курения	Антиникотиновые лекарственные средства		Устраниить раздражающее канцерогенное действие табака	Продукты сгорания табака могут вызвать озлокачествление. Устранение курения способствует выздоровлению.
Применение эпителилизирующих и стимулирующих средств	Масляный раствор витамина А. Облепиховое масло, масло шиповника. Аевит Метилурациловая мазь. Солкосерил — мазь, желе	Аппликация Тот же Тот же	Нормализовать обменные процессы Ускорить эпителизацию	Витамин А усиливает эпителилизацию, нормализует процессы кератинизации в эпителии. Витамин Е повышает эффективность витамина А, т.к. тормозит окисление витамина А и каротина Улучшает обменные процессы, ускоряет процессы клеточной регенерации

ЛЕЧЕНИЕ АБРАЗИВНОГО ПРЕКАНЦЕРОЗНОГО ХЕЙЛИТА МАНГАНОТТИ

витамин A	Концентрат витамина А или производные витамина А — ретиноиды (этретинат, ти-газон в капсулах по 10 мг)	По 10 капель 3 раза в день во время еды в течение 1—1,5 мес. По схеме, начиная с 30-40 мг в сутки, затем по 20 мг	Нормализовать обменные процессы	Нормализует кератинизацию и пролиферацию эпителия, способствует заживлению эрозий, язв
витамин C	Таблетки витамина С Аскорутин	По 0,5г 2 раза в день после еды По 2 таб. 3 раза в день после еды	Обеспечить оптимальное содержание витамина С в тканях	Регулирует фибриллогенез, участвует в синтезе коллагеновых волокон соединительной оболочки
витамины группы В (B ₁ B ₂ ,B ₆ ,P) в терапевтических дозах	Комплексные порошки или поливитамины (например, тетравит — с подбором суточной дозировки)	Прием во внутрь в течение 1—1,5 месяца	Создать условия для активации обменных процессов в тканях	Витамины группы В участвуют в процессе кератинизации тканей. В ₂ входит в состав ферментов, регулирующих окислительно-восстановительные процессы (до 0,05 г в сутки); В ₁ обладает способностью снижать воспалительную реакцию, стимулирует окислительные процессы, нормализует тонус симпатической нервной системы (до 0,05г в сутки); РР принимает участие в регулировании окислительно-восстановительных процессов в тканях. Улучшает основной обмен, оказывает фотодесенсибилизирующее действие, сосудорасширяющее (до 0,05г в сутки); В ₆ участвует в окислительно-восстановительных процессах, в аминокислотном обмене (до 0,05г в сутки)

Факультативные предраковые заболевания с большей потенциальной злокачественностью.

- Лейкоплакия- (от греч. leucos — белый, plax — пластиинка) — хроническое заболевание слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ с патологическим ороговением эпителия, которое возникает, как правило, в ответ на хроническое экзогенное раздражение.



Формы лейкоплакии

- Плоская,
- Веррукозная,
- Эрозивная,
- Лейкоплакия курильщиков Таппейнера.

Веррукозная форма

- Очаг поражения возвышается над уровнем здоровой слизистой оболочки, приобретая вид бляшек, бородавок, резко отличающихся по цвету от окружающих тканей. При пальпации определяется поверхностное уплотнение. Место выраженного кератоза обычно располагается в непосредственной близости с травмирующим фактором- острым краем зуба, нависающей пломбой, кламмером протеза.
- Выделяют 2 клинические формы:
- Бляшечная
- Бородавчатая



Веррукозная форма лейкоплакии,
поражение угла рта



Веррукозная форма лейкоплакии,
поражение языка

Бляшечная форма

- Очаги лейкоплакии имеют вид ограниченных бляшек, которые возвышаются над окружающей слизистой оболочкой, имеют неправильную форму, шероховатую поверхность, четкие границы



Бородавчатая форма

- Очаг поражения имеет вид плотных бугристых образований, резко возвышающихся над уровнем нормальной слизистой оболочки, шероховатых, не спаянных с подлежащей слизистой оболочкой

Эрозивная форма

Возникает на фоне плоской или верукоизной лейкоплакии. При этом отмечается небольшая эрозия или несколько эрозий размерами 2-3 мм, иногда может быть кровоточивость.

Субъективные ощущения – саднение, жжение иногда боль при приеме пищи.



Эрозивная форма лейкоплакии,
поражение боковой поверхности
языка



Эрозивная форма лейкоплакии,
поражение дна полости рта

Кожный рог

- Это доброкачественное эпителиальное образование, представляющее собой безболезненный роговой выступ над поверхностью кожи.
- **Возраст и пол.** Чаще определяется у пожилых людей, пол значения не имеет.
- **Этиология и патогенез** точно неизвестны.



Кожный рог, поражение красной каймы губы, кожи скуловой области

- **Элементы сыпи.** Очаг поражения представляет собой роговой выступ над поверхностью кожи цилиндрической, конической или угловатой формы, плотно спаянный с подлежащей тканью. Ширина выступа редко превышает 1,5-2 см, но длина может достигать нескольких см, причем такие образования часто спиралевидно перекручиваются.
- **Цвет желтовато-серый.**



Кожный рог, поражение кожи

Пальпация. Очаг поражения безболезненный, плотной консистенции.

Локализуется преимущественно на открытых участках кожного покрова или на местах трения, давления.

Патогистология. Выявляют резко выраженный гиперкератоз, незначительный папилломатоз и акантоз из пролиферирующих шиповатых клеток эпидермиса с участками неупорядоченно расположенных клеток.

Дифференциальная диагностика. Сформировавшийся кожный рог не вызывает диагностических трудностей. Однако при умеренном разрастании роговых масс его следует дифференцировать с верукозной формой кератоакантомы, кератопапилломой. При всех этих новообразованиях не бывает мощных гиперкератотических наслоений, характерных для кожного рога.

Течение. Растет медленно, главным образом в длину.

Лечение. Хирургическое удаление, лазеро-или электродеструкция.

Прогноз. Крайне редко кожный рог может озлокачествляться.

Кератоакантома

- **Кератоакантома** — быстро растущая доброкачественная эпидермальная опухоль волосяных фолликулов, локализующаяся преимущественно на открытых частях тела и конечностях, особенно на разгибательных поверхностях.



Классификация

- Согласно классификации ВОЗ выделяют следующие варианты кератоакантомы:
 - солитарная;
 - гигантская;
 - кератоакантома с периферическим ростом;
 - подногтевая;
 - множественная в сочетании с иммуносуппрессией и синдромом Torre;
 - множественная эруптивная (множественные самозаживающие элементы у детей и подростков).

Этиология и патогенез

- Эtiология неизвестна. Определенное значение придается вирусному фактору. Вирусные частицы на ультраструктурном уровне и наличие ДНК вируса папилломы человека 25 типа обнаружены почти в половине случаев солитарной кератоакантомы. Последний вариант встречается наиболее часто, реже наблюдаются множественные элементы. Генерализованная кератоакантома часто носит семейный характер, наследуется аутосомно-доминантно. Множественная кератоакантома может быть проявлением паранеоплазии при новообразованиях внутренних органов, особенно ЖКТ. Считается доказанным, что кератоакантома возникает из гиперплазированного эпителия воронки одного или нескольких, близко расположенных волосяных фолликулов и связанных с ними сальных желез.

Клиника

- **Образование имеет вид округлого или овального экзофитного узла на широком основании красноватого, иногда с синюшным оттенком цвета или цвета нормальной кожи, диаметром 2—3 см и более. Центральная часть опухоли заполнена роговыми массами, краевая зона приподнята в виде высокого валика.**
После фазы активного роста может наступить фаза стабилизации, в течение которой опухоль не изменяется в размерах. Затем через 6—9 мес может наступить спонтанная регрессия с исчезновением опухолевого узла и образованием атрофического рубца. В некоторых случаях фаза стабилизации не наступает, и опухоль может достичь гигантских размеров — до 10—20 см в диаметре.



Диагноз

- Диагноз ставится на основании клинических проявлений; при солитарных или множественных поражениях выполняют эксцизионную биопсию, при крупных элементах — диагностическую биопсию зоны валика. На основании результатов патоморфологического исследования различают 3 стадии кератоакантомы:
 - в **I стадии (стадия А)** наблюдается углубление в эпидермисе, заполненное роговыми массами. В боковых отделах роговые массы окружены дупликатурой эпидермиса в виде «воротничка». От основания кератотической пробки отходят эпидермальные тяжи в подлежащую дерму, содержащие клетки с гиперхромными ядрами. Зона базальной мембранны сохранна;

Диагноз

- **Во II стадии (стадия В)** в основании кратера выявляется резко выраженная эпителиальная гиперплазия с проникновением плоскоэпителиальных тяжей глубоко в дерму. Клетки росткового слоя, как правило, бледно окрашены, крупнее, чем в норме, иногда видны митозы и явления дискератоза. В эпидермальных выростах обнаруживают признаки атипии клеток, полиморфизм, нижняя граница их не везде четкая. В дерме определяются отек, воспалительная реакция полиморфного типа с лимфоцитами, нейтрофильными, эозинофильными гранулоцитами с примесью плазмоцитов. Клетки инфильтрата иногда проникают в эпидермальные выросты. Подобную картину можно рассматривать как предрак;
- **В III стадии (стадия С)** наблюдается нарушение целостности базальной мембранны с разрастанием эпидермальных выростов вглубь дермы и отшнуровкой комплексов плоскоэпителиальных клеток. Полиморфизм и гиперхроматоз ядер нарастают, дискератоз сменяется патологическим ороговением с образованием «роговых жемчужин», т.е. появляются все признаки плоскоклеточного рака с ороговением. В основании очага выявляется густой воспалительный инфильтрат.

Дифференциальный диагноз

- Высокодифференцированный плоскоклеточный рак кожи, обычные бородавки, гигантский контагиозный моллюск, актинический кератоз, кожный рог, базалиома. Множественную форму кератоакантомы следует дифференцировать с болезнью Кирле.

Папилломатоз

- **Папилломатоз** (бородавки) — это вирусное инфекционное предраковое заболевание с контактным механизмом передачи возбудителя.



Виды

- воспалительная папиллярная гиперплазия слизистой оболочки твердого неба и альвеолярных отростков;
- реактивные папилломатозы:
- травматический папилломатоз слизистой щек, языка, губ;
- ромбовидный папилломатоз языка.

Клиника

- Слизистая оболочка над отростком папилломы обычно не меняет свой цвет, но такое возможно за счёт гиперкератоза. Папилломы в ротовой полости, кроме дискомфорта и неудобств, могут стать причиной развития злокачественных новообразований, провоцируют кровотечения. Папилломы, расположенные на слизистой гортани, приводят к нарушению функций дыхания и голоса. Если папиллома появилась на слизистой или коже, то можно ожидать появления целого скопления (папилломатоз) этих отростков. При первом же появлении папилломы, необходимо быстрое обращение к врачу для удаления отростка.

Заключение

При выявлении предопухолевых заболеваний и проведении соответствующего лечения могут клинически проявиться симптомы угрозы злокачествления патологического процесса:

- длительное, вялое течение процесса;
- безуспешность консервативного лечения;
- увеличение размеров патологического очага, несмотря на адекватное лечение;
- появление уплотнения вокруг или в основании патологического очага;
- кровоточивость;
- усиление процесса ороговения;
- реакция регионарных лимфатических узлов.

Эти клинические признаки могут встречаться как порознь, так и в различных сочетаниях. В любом случае они должны насторожить врача.

Заключение

- Основоположники отечественной школы онкологов Н. Н. Петров, П. А. Герцен, А. И. Савицкий, разрабатывая основы ранней диагностики опухолей, подчеркивали необходимость онкологической настороженности у врачей всех специальностей, особенно в отношении пациентов с неясной клинической картиной заболевания.
- Онкологическая настороженность сводится к следующему:
 - — знание симптомов предраковых заболеваний, их лечение и предупреждение;
 - — знание симптомов злокачественных опухолей в ранних стадиях и их лечение;
 - — знание принципов организации онкологической помощи, что позволяет своевременно направить больного с подозрением на злокачественную опухоль по назначению;
 - — тщательное соблюдение схемы обследования больного для исключения возможного онкологического заболевания;
 - — при неясной клинической картине следует всегда помнить о возможности нетипичного стертого проявления опухоли.
- Врач, соблюдающий принципы онкологической настороженности, в большей степени застрахован от несвоевременной диагностики и ошибочной тактики по отношению к больному.

Спасибо за внимание!

