

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

**С.С. ВЯЛОВ, В.И. КУЗНЕЦОВ, Т.А. ВАСИНА, Л.И. ШАБАРИНА,
И.И. СТЕПАНОВА, И.С. ВЯЛОВ, Т.И. МАНСУР**

Кафедра общей врачебной практики РУДН, 117198, Москва, ул. Миклухо-Маклая д.8
Медицинского центр Управления делами Президента Российской Федерации
Московская семейная клиника № 4, Москва, ул. Малая Полянка, д. 7/7, стр.1

На модели экспериментальной мониторинговой системы исследована эффективность ее использования с целью раннего выявления онкологических заболеваний за счет разработки логических блоков управляемых процессов. При этом получены положительные результаты использования мониторинга с целью профилактики развития онкологических заболеваний в деятельности врача общей практики.

Ключевые слова: профилактика, онкология, мониторинг, общая врачебная практика.

Профилактический принцип отечественного здравоохранения был провозглашен приоритетным еще в начале текущего столетия, а в последнее десятилетие в связи с высокими показателями заболеваемости и смертности населения, проведением реформ в здравоохранении актуальность профилактики, необходимость в ее развитии новых форм и методов значительно возросла. Возрастает и необходимость проведения комплексных исследований, направленных на повышение эффективности профилактической деятельности.

Анализ данных Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), посвященных проблеме онкологических заболеваний, свидетельствует о ежегодном их росте. Если в 1986 г. рак диагностирован у 600 тыс. больных и более 4 млн. умерли от рака, то уже в 1990 г. эти показатели выросли до 7 млн. и 5 млн. соответственно. Смертность, связанная с онкологическими заболеваниями, составляет 8-10% всех случаев смертности в мире.

Эксперты ВОЗ считают, что тенденция к росту заболеваемости раком будет сохраняться. При этом до 90% пациентов с определенными локализациями опухолевого процесса будут инкурабельными.

Данные Минздрава и Госкомстата Российской Федерации свидетельствуют о том, что в структуре причин смерти населения за последние годы первое место занимали болезни органов системы кровообращения (53,1%), второе место - злокачественные новообразования (16,4%), третье место - острая хирургическая патология (14,2 %).

Злокачественные новообразования остаются одной из сложнейших проблем медицины и здоровья населения. Каждый пятый житель России заболевает в течение жизни одной из форм злокачественных опухолей. Ежегодно в стране заболевает более 400 тыс. человек, из них более 3000 детей, и умирает от рака около 300 тыс. человек. Число потерянных лет жизни в активном возрасте в результате заболевания раком составляет в среднем 7,5 года у мужчин и 10 лет у женщин. Россия ежегодно теряет около 4,4 млн. человеко-лет жизни в связи со смертью от злокачественных новообразований.

Онкологическая заболеваемость в России неуклонно растет, в 2002 г. ее уровень составил 294,3 на 100 000 населения против 266,0 в 1991 г. Заболеваемость детей за этот же период возросла с 8,5 до 9,8 на 100 000 детского населения. За последние 5 лет число ежегодно регистрируемых больных со злокачественными опухолями увеличилось на 4,5%.

Представляется практически важным выработать тактику дифференцированного подхода к профилактике заболеваний в амбулаторно-поликлинических условиях и общей врачебной практике с использованием мониторинговых систем.

Материал и методы исследований

Обследовано за период с 2001 по 2003 год 978 пациентов в возрасте от 40 до 70 лет, в том числе 527 (53,8 %) мужчин и 451 (46,1 %) женщин на базе Московской семейной

клиники № 4, работающей в системе ОМС (обязательное медицинское страхование) и ДМС (добровольное медицинское страхование). Кроме традиционных методов профилактики (анкетирование, мероприятия, направленные на профилактику факторов риска) онкологической патологии в амбулаторно-поликлинической и общей практике, мы использовали исследование пациентов на мониторинговой системе «Униарм», общеклинические методы обследования, дополнительные лабораторные и инструментальные исследования.

Основными инструментальными методами являлись рентгенологические, ультразвуковые, эндоскопические.

Эзофагофиброгастродуоденоскопия (ЭГДС) назначается нами с 2001 г. при обращении больных по заболеванию и при диспансерном наблюдении пациентами с хроническими заболеваниями желудка, а также при плановом диспансерном наблюдении за практически здоровыми лицами старше 40 лет. Эндоскопические исследования проводились на эндоскопе OLYMPUS JF-1T40 и GIF-XQ40 (Япония) и ультразвуковые исследования на аппарате HDI 3000 с применением автоматизированной системы сбора информации «Униарм».

Полученные данные были подвергнуты вариационно-статистической обработке на программе MATHSTAT v6.0.

Результаты и их обсуждение

При проведенных нами 978 ЭГДС исследований рак желудка эндоскопически обнаружен у 11 больных. Из 11 случаев рака желудка у 2 (18,1 %) больных была установлена I стадия заболевания, у 7 (63,6 %) больных - II, у 2 (18,1 %) больных - III и IV стадии (табл. 1). Структура заболеваний, выявленных при эндоскопических исследованиях, представлена в табл. 2.

Всем больным с I и II стадией заболевания было проведено оперативное лечение. Интересно, что, как показывает табл. 1, ранние формы рака выявлены преимущественно среди обследуемых профилактически 72,1 % и значительно реже - среди обследованных по заболеванию 27,2 %. В группе обследованных по заболеванию I стадии рак желудка у 1,1 % больных. В то же время в группе обследованных профилактически рак желудка был преимущественно во II стадии 62,5 %. В остальных 18,1 % случаях рак желудка был диагностирован в III и IV стадиях. Для этой группы больных более характерным было обследование в связи с обращением их по заболеванию. Только 1 больной недооценивал своего состояния; в течение некоторого времени он периодически ощущал боли в эпигастральной области, тяжесть после еды и общую слабость.

Таблица 1

Распределение больных раком желудка по стадиям заболевания

Причина обращения	Стадии заболевания			Всего
	I	II	III-IV	
По заболеванию	0	2	1	3
Профилактически - здоровые лица	2	5	1	8
Плановая диспансеризация	0	0	0	0
Всего	2	7	2	11

При рентгенологическом и эндоскопическом обследованиях выявился рак желудка, морфологически верифицирован.

Из 11 случаев раннего рака желудка лишь у 4 больных были отмечены какие-либо клинические проявления, преимущественно при язвенной форме (чувство тяжести в эпи-

гастральной области, более выраженное, чем обычно, стойкие умеренные боли в животе, появление общей слабости). У остальных 9 больных ранний рак желудка был выявлен профилактически как в группе «практически здоровых», так и в группе больных, наблюдавшихся в связи с гастроэнтерологическим заболеванием, но при отсутствии каких-либо новых проявлений болезни. Следовательно, у больных на ранних стадиях рака желудка более характерно отсутствие или скудность клинических проявлений.

Таблица 2

Структура заболеваний выявленных при эндоскопических исследованиях

№ п/п	Нозологические формы	Количество случаев	
		Абс. число	%
1	Хронические гастриты	864	88,3
2	Язвенная болезнь желудка и 12 п.кишки	642	65,6
3	Рак желудка	11	1,12
4	Доброкачественные новообразования желудка	1	0,10
5	Полипы желудка	8	0,81
	Итого	1526	

У 4 из 11 больных с распространением опухоли на подслизистый слой ЭГДС была выполнена по заболеванию, а у 7 - профилактически, причем у 2 из них не было жалоб, а 2 других пациента, испытывая ощущение тяжести или боли в эпигастриальной области, к врачу не обращались.

Эндоскопическая картина ранних форм рака желудка скудная, и наше заключение чаще было предположительного характера. Ни в одном случае из 11 наблюдений не было высказано категорического заключения о наличии рака желудка. В 10 случаях было подозрение на малигнизацию (опухоль полиповидной формы, хроническая язва или одиночная эрозия), а в 4 случаях дано заключение о наличии доброкачественного образования (очаг гиперплазии, либо локальное углубление без эндоскопических признаков изъязвления, полиповидная складка, либо полип, не представляющие при визуальном исследовании каких-либо особенностей). Результаты биопсии были в этих 4 случаях как бы неожиданными.

Эндоскопическая картина опухолевого поражения с вовлечением подслизистого слоя была более выраженной, и заключение было чаще более категоричным. Так, у 4 из 11 больных заключение указывало на полиповидный или бляшковидный рак желудка, у 6 больных было высказано подозрение на малигнизацию и только у 1 больной эндоскопически выявленная «очаговая гиперплазия» оказалась при гистологическом исследовании материала биопсии опухолевым процессом.

Прицельная биопсия при эндоскопических исследованиях в условиях поликлиники позволила диагностировать раннюю стадию рака желудка почти у всех больных (у 9 из 11 больных). Именно гастробиопсия в диагностике раннего рака желудка имеет основное значение, так как и клинические, и рентгенологические, и эндоскопические проявления могут быть очень скудными. С этой целью ЭГДС с прицельной биопсией должна применяться не только при неясной клинической и рентгенологической картине, но и при всех рентгенологически выявляемых язвах и полипах желудка.

Наш опыт и данные литературы показывают необходимость проведения ЭГДС исследований с профилактической целью. Больным с хроническими язвами, эрозиями, а также с выраженными воспалительными изменениями ограниченного распространения рекомендуется через определенное время повторное эндоскопическое исследование. При стихании воспаления создаются лучшие условия для исключения или выявления

злокачественного поражения желудка. Так, нам удалось в 2 случаях выявить ранний рак желудка.

Послеоперационный анализ материала показал, что все случаи рака желудка I стадии были обнаружены у пациентов с предопухолевыми заболеваниями желудка (хронический гастрит, полипы и язвенная болезнь желудка).

Некоторые из этих больных активно наблюдались врачом общей практики в амбулаторно-поликлинических условиях по поводу указанных заболеваний, однако в большинстве случаев предшествующие заболевания желудка были выявлены одновременно с установлением рака или при гистологическом исследовании операционных препаратов. Эти данные лишь раз показывают необходимость выявления хронических заболеваний желудка и полноценного комплексного диспансерного обследования этих больных.

Таким образом, клинические проявления раннего рака желудка чрезвычайно скудны; в преобладающем большинстве случаев эти поражения могут быть выявлены только при комплексном клиническом, рентгенологическом и ЭГДС обследовании с прицельной биопсией. ЭГДС может быть выполнена в амбулаторно-поликлинических условиях всем лицам, без ограничения возраста (включая детей с 8-летнего возраста), на нее следует направлять больных, которые в плановом порядке предварительно проходят рентгенологическое исследование желудка. Исследование дополняется ЭГДС с прицельной биопсией, если рентгенологически выявлено какое-либо заболевание желудка, получена неясная рентгенологическая картина или неопределенные клинические данные при отсутствии рентгенологических изменений в желудке. Кроме того, мы считаем, что ЭГДС должна быть методом диспансерного наблюдения за больными с хроническими заболеваниями желудка.

В случаях, когда при ЭГДС выявляются атрофический гастрит, избыточно грубые складки, полипозные разрастания, полипы, язвы и послеязвенные рубцовые изменения желудка, мы считаем обязательным проводить больным эндоскопическое исследование желудка раз в год с профилактической целью.

Если впервые выявляется полип или создается определенная трудность в интерпретации состояния больного, исследование осуществляют повторно через 1-6 мес. Пациенты с эрозивными и язвенными поражениями в случае амбулаторного лечения должны наблюдаться клиницистом, рентгенологом и эндоскопистом до окончательного заживления в целях предупреждения перехода процесса в хронический или образования очаговых пролифератов слизистой оболочки, требующих дифференциальной диагностики с ранней карциномой желудка.

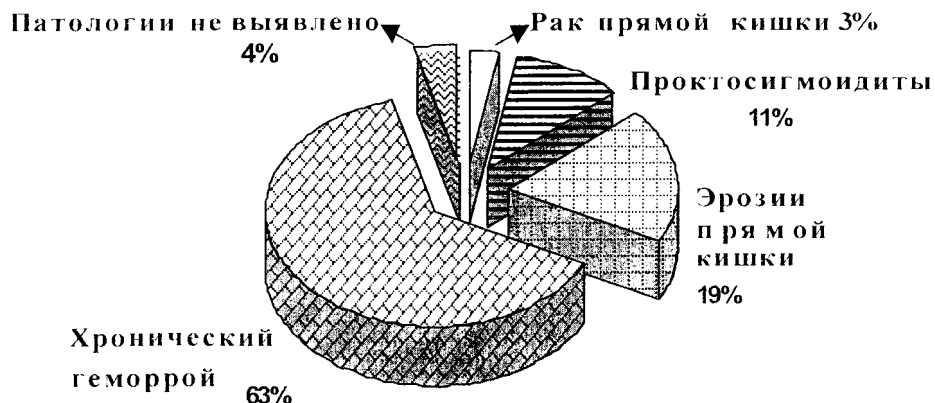


Рис. 1. Структура патологии, выявленной при ректороманоскопии

Структура патологии, выявленная нами в результате проведенных эндоскопических исследований кишечника, при ректороманоскопии и колонофиброскопии (КФС) представлена на рис. 1 и 2.

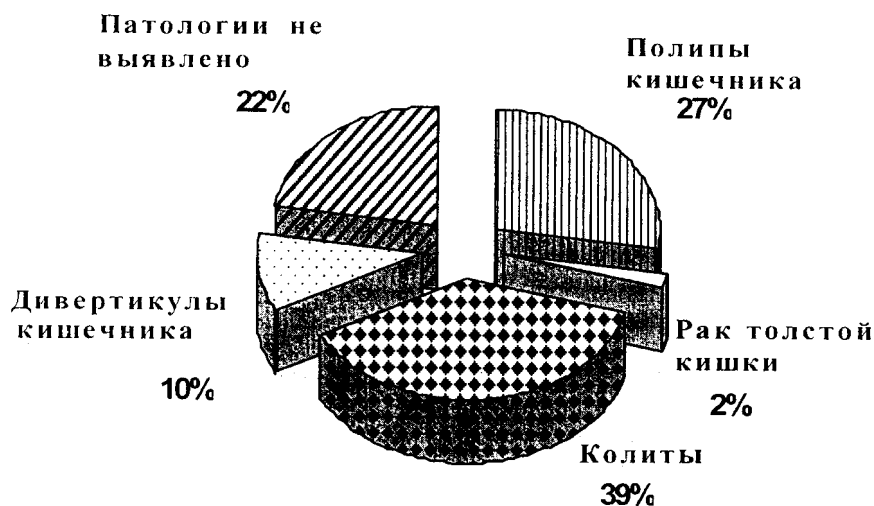


Рис. 2. Структура патологии, выявленной при колоноскопии

В большинстве случаев выявленные изменения протекали бессимптомно, но почти все случаи были подтверждены специальными рентгенологическими исследованиями или данными компьютерной томографии. Это позволило оказать своевременную и адекватную медицинскую помощь всем пациентам.

С применением УЗИ значительно расширились возможности диагностики, в первую очередь онкологических заболеваний, злокачественных и доброкачественных новообразований, метастазов, желчно-каменной и почечно-каменной болезни. Причем ценность метода проявилась в возможности динамически наблюдать одних и тех же больных, не прибегая к другим более серьезным и дорогостоящим методам диагностики. Таким образом, учитывая общее состояние пациента вырабатывался индивидуальный диагностический подход.

По нашему мнению, все приведенные методы инструментальных исследований являются широко доступными, несложными в проведении, недорогими.

В наших условиях все приведенные методы инструментальных исследований оказывались высокоинформативными и эффективными при профилактике онкологических заболеваний.

При избранных нами формах патологии другие методы исследований каких-либо существенных показателей не продемонстрировали, поэтому в данной работе они не нашли своего отражения.

Выводы

1. Клинические проявления рака желудка на ранних стадиях малоинформативны и в преобладающем большинстве случаев могут быть выявлены только при комплексном клиническом, рентгенологическом и ЭГДС обследовании с прицельной биопсией.

2. ЭГДС может быть выполнена в амбулаторно-поликлинических условиях всем лицам, без ограничения возраста (включая детей с 8-летнего возраста), на нее следует направлять больных с целью выявления онкологической патологии на ранних этапах ее развития при плановой медицинской помощи и с профилактической целью.

3. Исследования дополняются ЭГДС с прицельной биопсией, если рентгенологическая картина недостаточно ясна.

4. Профилактический мониторинг, ЭГДС и УЗИ должны быть методами диспансерного наблюдения и профилактических осмотров пациентов с хроническими заболеваниями желудка и практически здоровых лиц.

Литература

1. Григорьев П.Я. Рекомендации диагностики и лечения больных с заболеваниями органов пищеварения. // Практикующий врач. - 2002. - № 1. - С. 2-33.
2. Зыятдинов К.Ш. Направления реформирования первичной медико-санитарной помощи населению. // Здоровоохранение. - 1997. - № 6. - С. 7.
3. Кузьмина И.П., Смоляр И.А. Мониторинг функциональных систем организма студентов экологического факультета РУДН. // Эколого-физиологические проблемы адаптации. РУДН. 1998. - С. 221-222.
4. Линденбратен Л.Д. Превентивная радиология. // Компьютерные технологии в медицине. 1997. - № 3. - С. 12-15.
5. Мартыничук С.А. Организация профилактических обследований в условиях добровольного медицинского страхования. // Здоровоохранение. 1998. - № 4. - С. 24.
6. Шевченко Ю.Л. О ходе реализации Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации на 2001 - 2005 годы и на период до 2010 года. - М., 1997. - С. 27-37.
7. Stanley K., Stjensward J. Basic and Clinical Concepts in Lung Cancer. - Boston, 1989. - P. 1-13.

PREVENTIVE MONITORING OF ONCOLOGICAL PATHOLOGY IN GENERAL PRACTICE

S.S. VIALOV, V.I. KUZNETSOV, T.A. VASINA, L.I. SHABARINA,
I.I. STEPANOVA, I.S. VIALOV, T.I. MANSUR

Department of General Practice, Russian Peoples' Friendship University.
Moscow, 117198, Mikluho-Maklaja st., 8. Medical faculty.

General Management Department of the President of Russian Federation Medical Center

At the experimental model of monitoring system had investigated efficiency of its use for early diagnostics of oncological disease by means of working up a logical units of controlled processes. The positive results of monitoring use with the purpose of preventive diagnostics of cancer development has obtained.

Key words: prophylaxis, oncology, monitoring, general practice.