

Глава 4

ОРГАНИЗАЦИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

- 4.1 Диспансерный принцип организации онкологической помощи
- 4.2 Первичная профилактика
- 4.3 Вторичная профилактика
- 4.4 Выявление больных со злокачественными новообразованиями
- 4.5 Система учета и учетная документация онкологической службы
- 4.6 Клинические группы в онкологии
- 4.7 Общие принципы лечения злокачественных новообразований
- 4.8 Диспансеризация онкологических больных
- 4.9 Противораковая санитарно-просветительная работа среди населения
- 4.10 Использованная литература – 22 источника

4.1 Диспансерный принцип организации онкологической службы

Ещё в 1926 году Н.Н.Петровым впервые был поднят вопрос о целесообразности организации онкологической службы по диспансерному принципу, что легло в основу современной системы организации онкологической помощи населению СНГ и в том числе в Республике Казахстан.

Диспансерный принцип организации онкологической службы включает в себя следующие 6 принципиальных положений:

1. Первичная профилактика злокачественных новообразований.
2. Вторичная профилактика злокачественных новообразований.
3. Активное выявление больных со злокачественными новообразованиями и взятие их на диспансерный учет.
4. Оказание квалифицированной и специализированной лечебно-консультативной помощи всем выявленным онкологическим больным.
5. Диспансерное наблюдение и реабилитация онкологических больных.
6. Проведение среди населения широкой санитарно-просветительной противораковой пропаганды.

Каждое из перечисленных положений имеет свои четкие задачи и ответственных исполнителей.

4.2 Первичная профилактика

Под первичной профилактикой злокачественных новообразований следует понимать активное выявление экзогенных и эндогенных факторов, способствующих возникновению злокачественных опухолей и устранение или ослабление их действий на организм человека. Выявлением этих факторов занимаются санитарно-эпидемиологические службы района, города, области и республики, научно-исследовательские институты и лаборатории гигиенического профиля, а над устранением выявленных канцерогенных факторов по предписанию специалистов санитарно-гигиенической службы занимаются промышленно-производственные предприятия и органы управления на местах.

Среда обитания человека представлена бесчисленным количеством канцерогенных веществ, которые обладают способностью взаимодействовать друг с другом, активизироваться в благоприятных химических и биологических условиях, взаимопревращаться и длительное время сохраняться в любой органической и неорганической среде. В настоящее время известна обширная группа канцерогенов, в число которых входят химические соединения экзогенного и эндогенного происхождения, продукты жизнедеятельности растений и грибов (афлотоксины), микробы (*Helicobacter pylori*), вирусы (гепатита, герпеса и папилломы, Т-клеточной лейкемии), а также ультрафиолетовые и радиоактивные излучения.

Самые распространенные химические вещества с наибольшей канцерогенной активностью следующие:

- Полициклические ароматические углеводороды (ПАУ) 3-4 бенз(а) пирен, 20-метилхолантрен и др.;
- Ароматические амины и амиды, химические красители;

- Нитрозоединения – алифатические циклические соединения с обязательной аминогруппой в структуре – нитрозометилмочевина, диэтилнитрозамин, соли азотной кислоты (нитраты, нитриты);

- Прочие (эпоксиды, металлы, пластмассы).

Основными источниками распространения канцерогенов являются промышленные предприятия черной и цветной металлургии, химической, нефтяной, газовой, угольной, целлюлозно-бумажной промышленности, предприятия сельского и коммунального хозяйства. Канцерогенные вещества, загрязняющие атмосферный воздух, в организм человека поступают ингаляционным путем, водные и пищевые загрязнения – перорально.

К канцерогенам эндогенного происхождения относятся гормоны внутренней секреции, вырабатываемые в результате неправильного функционирования гипоталамо-гипофизарно надпочечниковой и симпатoadреналовой систем. Патологическая активность эндокринных желез, нарушение регулирующей функции нервной системы и сдвиг метаболических процессов в тканях и органах организма способствуют образованию эндогенных канцерогенных веществ.

Первичная профилактика злокачественных новообразований направлена на своевременное выявление и устранение вышеуказанных канцерогенных факторов, уменьшения их влияния на организм человека, повышение сопротивляемости организма. Она осуществляется с помощью индустриальных, гигиенических мер, а также путем коррекции биохимических, иммунобиохимических и возрастных нарушений человека.

Индустриальный путь профилактики злокачественных новообразований состоит в строительстве и усовершенствовании таких предприятий, городов, двигателей, рабочих и жилых помещений, где человек имел бы минимальный контакт с вредными влияниями бластомогенных факторов. Технология должна предусматривать переработку вредных продуктов в безвредные, утилизацию отходов, строительство очистных сооружений, предохраняющих воздух, воду и почву от загрязнения бластомогенными веществами, размещение промышленных предприятий за пределами городской черты, расширение зон зеленых насаждений, создание замкнутых производственных циклов.

Гигиенический путь профилактики злокачественных опухолей состоит в создании условий жизни и труда, способствующих оптимальному протеканию нормальных физиологических процессов. Наиболее надежный путь профилактики – полное устранение воздействия канцерогенных факторов. Однако, там где невозможно устранение, в частности, на промышленных предприятиях и зонах движения автомобильного транспорта и повышенной радиоактивности, требуется гигиеническое регламентирование и соблюдение безопасных или предельно допустимых доз и концентраций канцерогенов путем становления предельно допустимой дозы (ПДД) и предельно допустимой концентраций (ПДК). Для каждого вида канцерогенных факторов существуют свои ПДД и ПДК.

Приоритетной задачей является борьба с курением, так как экспертами ВОЗ на основании гигиенических исследований установлено, что в табачном дыме содержатся полициклические ароматические углеводороды (ПАУ)-3-4 бен(а) пирен, ароматического амина, нитрозоамины, радиоактивные элементы, полоний – 210, радий, а также коканцерогены, эфирные масла, которые усиливают эффект истинных канцерогенов. Поэтому отказ от курения является оптимальным средством индивидуальной профилактики рака легких.

Производственные процессы, сопряженные с высокой канцерогенной опасностью (по данным Международного Агентства по исследованию рака – МАИР)

Вид производства	Группа канцерогенности	Основные канцерогенные агенты	Поражаемые органы
Деревообрабатывающая промышленность	1	деревянная пыль, хлорфенолы, креозоты	полость носа, желудок, легкое, лимфатическая ткань, мягкие ткани
Кожевенная промышленность	2А 2Б	кожевенная пыль, дубильные вещества, красители	полость носа, легкое, лимфатическая ткань, желудок
Изготовление мебели	1	деревянная пыль, лаки, клеи, краски	легкое, полость носа, органы системы пищеварения
Целлюлозно-бумажная промышленность	1А	бумажная пыль, окислители, хлоросодержащие органические соединения	лимфатическая ткань, легкое, ротовая полость, глотка
Производство и ремонт обуви	1	кожевенная пыль, растворители, красители, клеи	кровотворная и лимфатическая ткань, носовая полость, мочевого пузыря
Парикмахерская деятельность	1	красители, аэрозольные стимуляторы	легкое, молочная железа, гортань, пищевод, шейка матки, мочевого пузыря
Резиновая промышленность	1	эластомеры, наполнители, вулканизирующие агенты, пигменты, минеральные масла, тальк, альдегиды, нитрозамины, сажи, растворители, мономеры	мочевой пузырь, легкое, желудок, кровотворная и лимфатическая ткань, кожа, кишечник, предстательная железа
Производство алюминия	1	полициклические ароматические соединения, фториды	лимфатическая ткань, легкое, мочевого пузыря, поджелудочная железа
Газификация угля	1	полициклические ароматические соединения	кожа, мочевого пузыря
Производство кокса	1	полициклические ароматические соединения	кожа, легкое, мочевого пузыря
Выплавка чугуна и стали	1	полициклические ароматические соединения, хром, никель, фенол, формальдегиды, амины	легкое, органы системы пищеварения, мочевого пузыря
Электронная промышленность	2А	тяжелые металлы, растворители, активные реагенты	кожа, кровотворная и лимфатическая ткань
Сельскохозяйственное производство	2А	гербициды, инсектициды, выхлопные газы, минеральные масла, инсоляция, микотоксины, фунгициды, пыль, фертилизаторы, вирусы животных	кожа, кровотворная и лимфатическая ткань, легкое, мягкие ткани, губа, мозг, предстательная железа
Строительная промышленность	1	асбест и др. минеральные волокна, кремний, пыль, красители, растворители	легкое, мочевого пузыря, желудок, прямая кишка, кровотворная ткань
Добыча полезных ископаемых	1	угольная пыль, разол	легкое, гортань

**Основные промышленные предприятия,
расположенные на территории областей РК с высокой заболеваемостью
злокачественными новообразованиями (данные 2004 г.)**

- 1) **Восточно-Казахстанская область** – 44 предприятия – (Заводы: Казчик, свинцовый, Ульбинский металлургический, строительство и деревообработка, СИАП, электроэнергетический комплекс и т.д.).
- 2) **г. Алматы** – загрязнение воздуха выхлопными газами, свинцом, диоксидом серы, азота, нефтепродуктами, толуолом, молибденом, ртутью, бериллием, бензоаппарки, строительство и т.д.
- 3) **Северо-Казахстанская область** – 37 предприятий – (ПЗТМ, Мунаймаш, Север-Газ, Промгаз, строительство, дерево и металлообработка, электроэнергетический комплекс и т.д.).
- 4) **Павлодарская область** – 32 предприятия – Алюминий Казахстан, Казхром, Казахстантрактор, Майкаинзолото, угольная промышленность, Нефтехимический завод, дерево и металлообработка и т.д.).
- 5) **Карагандинская область** – 17 предприятий – (металлургический комбинат, Казахмыс, угольная промышленность, электроэнергетический комплекс и т.д.).
- 6) **Акмолинская область** – 10 предприятий – (Васильковский ГОК, Казсабтон, урановые рудники, Кокшетауруд, уранперерабатывающий завод и т.д.).
- 7) **Костанайская область** – 9 предприятий – (ССГПО, КБРУ, ТБРУ, Лисаковскрудстрой, машиностроение, дерево и металлообработка, производство стройматериалов, шиноремонтный завод и т.д.).

Важной мерой индивидуальной профилактики злокачественных опухолей является качество и сбалансированность питания, отсутствия в них канцерогенных веществ. Эпидемиологами установлено, что чрезмерное в калорийном отношении питание (за счет жиров животного происхождения) и ожирение способствует возникновению рака толстой кишки, молочной железы, поджелудочной железы и других органов. В то же время эндокринологи отмечают, что ожирение, как один из компонентов нарушения обмена веществ, в сочетании с диабетом и нарушением процессов обратной связи между гипоталамусом, гонадотропными гормонами и инсулином играют двойную роль: стимулировать опухолевый рост, а гормоны и холестерин самостоятельно становятся активными канцерогенами. Уменьшение потребления животных жиров ниже 30% ведет к снижению уровня эстрогенных гормонов и холестерина.

Для снижения риска онкологических заболеваний необходимо повышение потребления фруктов и овощей, богатых содержанием витаминов, клетчатки и минеральных веществ и меньше жиров. Волокнистая растительная пища стимулирует моторику кишечника, адсорбирует метаболиты жирных кислот, эстрогенов.

Большое значение в химиопрофилактике злокачественных опухолей придается витаминам А, С и группы В, среди которых витамин А препятствует накоплению канцерогенов в организме, стимулирует иммунную систему организма, а витамин С рассматривается как антиоксидант и иммуномодулятор, уменьшающий воздействие канцерогенов на клетки. Среди микроэлементов в профилактике рака важную роль играют селен и кальций, недостаток которых ведет к увеличению частоты рака и усилению процессов метастазирования.

Большое значение имеет технология приготовления пищи. В них не следует вводить нитраты, вместо копильного дыма нужно использовать копильные препараты, при варке продуктов следует термическую обработку сочетать с вакуумированием. В консервированные продукты необходимо добавлять аскорбиновую кислоту. Желательно ограничить прием жареной и слишком горячей пищи, маринадов и копченостей.

Таким образом, с помощью только индивидуальных санитарно-гигиенических и биохимических мер, отказа от вредных привычек и создания оптимальных условий течения физиологических процессов в организме человека можно снизить заболеваемость раком на 70-80%.

4.3 Вторичная (клиническая) профилактика злокачественных опухолей

Под вторичной (клинической) профилактикой следует понимать своевременное выявление больных, уже имеющих хронические предраковые заболевания, взятие их на диспансерный учет по первой I “Б” клинической группе и оказанием им адекватной лечебно-оздоровительной помощи с тем, чтобы на их фоне в дальнейшем не возникла злокачественная опухоль.

В настоящее время твердо установлено, что возникновение злокачественной опухоли под влиянием самых разнообразных канцерогенных факторов возникает не сразу. Обычно злокачественным опухолям предшествуют местные хронические заболевания – воспалительные изменения с тканевой и клеточной деструкцией или доброкачественные опухоли, которые в дальнейшем при длительном существовании могут

в результате накопления постепенных и незаметных количественных изменений неожиданно перейти к новому состоянию – злокачественности.

На основании экспериментальных и клинических наблюдений возникло учение о предраковых заболеваниях, к которым принадлежат:

- a. нарушение эмбриогенеза (родинки, невриномы, тератоиды);
- b. очаговая гиперплазия с атипичным ростом эпителия на почве эрозий, полипов, папиллом, хронических воспалительных процессов слизистых оболочек и кожных покровов, рубцующиеся язвы с явлениями пролиферации;
- c. дисгормональные процессы – зоб, мастопатии, эндометрит, аденомы предстательной железы и т.д.;
- d. паразитарные заболевания (описторхоз, бильгарциоз);
- e. дистрофические заболевания (цирроз печени, крауроз и др.).

Понятие предракового заболевания рассматривается как патологический процесс, развивающийся в организме под влиянием различных канцерогенных веществ, воздействующих на ткани, органы и организм в целом. Только при определенных условиях, постоянном и длительном воздействии вредоносных факторов, эти изменения приобретают стойкий характер и сопровождаются нарушением тканевой и клеточной структуры, изменением типа обмена в сторону злокачественных опухолей.

Отсюда ясно, что между действием повреждающего начала и проявлением злокачественной опухоли проходит значительный промежуток времени, характеризующийся развитием ряда воспалительных и дистрофических процессов, именуемых предраковым состоянием. Вероятность развития злокачественной опухоли тем выше, чем интенсивнее выражены морфологические изменения с пролиферацией и структурным атипизмом клеток, называемых дисплазией. При своевременном выявлении и проведении соответствующего лечения эти диспластические изменения обратимы, что является основанием для проведения клинической профилактики злокачественных опухолей.

В зависимости от вероятного развития рака предраковые состояния или заболевания делят на облигатные и факультативные.

Облигатный (угрожающий) предрак – стадия ранней онкологической патологии, которая рано или поздно трансформируется в рак. Наряду с характерной клинической картиной на определенных этапах онкогенеза эта форма обычно имеет определенное морфологическое выражение: пласт многослойного плоского или цилиндрического эпителия частично замещен анаплазированными недифференцированными клетками.

Факультативный предрак – заболевание, при котором рак развивается относительно редко, но безусловно чаще, чем у здоровых людей.

В связи с высокой опасностью перехода в рак больных облигатными предраковыми заболеваниями наблюдает онколог по 1 “б” клинической группе и часть из них подлежат хирургическому лечению. Если оно невозможно, то обязательное наблюдение онколога и проведение комплекса профилактических мероприятий. Например, при коллезной язве желудка показана резекция желудка, а при пигментной ксеродерме рекомендуется регулярный осмотр поверхности кожи, назначение защитных мазей, витаминов, больной должен избегать инсоляции.

Диспансеризация и лечение больных с факультативными предраковыми заболеваниями осуществляется дифференцированно по 1 “б” клинической группе в зависимости от характера и локализации патологического процесса. Если лечение может быть достигнуто хирургическим вмешательством или лучевым методом, больного направ-

ляют в онкологический диспансер. Больных с предраковыми заболеваниями внутренних органов наблюдают и лечат консервативно терапевты, подвергая периодически углубленным обследованиям (не менее 1 раз в год). Лица, страдающие факкультативными предраковыми заболеваниями других органов, подвергаются диспансеризации у врачей соответствующей специальности. Таким образом, у каждого специалиста свой очерченный круг предраковых состояний для диспансерного наблюдения и проведения лечебно-оздоровительных мероприятий.

К методам лечения предраковых заболеваний относятся хирургический, электрокоагуляционный, лучевой (рентгенотерапия), биологический и медикаментозный. Так, например, воспаленные родинки, доброкачественные опухоли, изъязвленные рубцы и трещины должны быть удалены хирургическим или лучше электрокоагуляционным методом, используя эндоскопические аппараты; эрозии шейки матки также подлежат электрокоагуляционному методу лечения; такие заболевания губы и кожи, как хейлиты, базалиомы, излечиваются рентгеновскими лучами. Биологический метод лечения предраковых заболеваний может быть осуществлен путем применения гормональных препаратов (андрогены – при мастопатиях, эстрогены – при аденомах предстательной железы, эльтироксин – при диффузном аденоматозном зобе).

Наглядным примером о возможности вторичной профилактики рака шейки матки и рака пищевода является активное выявление и лечение больных с предраковыми заболеваниями. Так, благодаря правильной организации профилактической работы смотровых кабинетов и женской консультации, а также проведения врачами-гинекологами оздоровительных методов лечения больных с предраковыми заболеваниями шейки матки в СССР с 1970 по 1990 годы отмечалось существенное снижение заболеваемости раком шейки матки с $14,0\text{‰}$ в 1970 году, (в Республике Казахстан соответственно с $12,4\text{‰}$ до $9,1\text{‰}$ в 1990 году), до $6,9\text{‰}$ одновременно увеличился удельный вес больных раком шейки матки, выявленных в 0-I стадии в СССР до 42,1%, в РК до 34,8%.

С учетом высокой заболеваемости раком пищевода в Республике Казахстан сотрудниками Казахского НИИ онкологии и радиологии в 1981 году была разработана научно-производственная программа “Эзофагит”, утвержденная приказом № 780 Минздрава Казахской ССР. Она предусматривала, путем организации целенаправленных профилактических комплексных осмотров, выявлять больных, страдающих хроническими рефлюкс-эзофагитами, и проводить им комплексное лечение, включающее внутриведение капельное введение того или иного стимулятора репаративной регенерации. В это время самая высокая заболеваемость раком пищевода отмечалась в Атырауской области ($85,2\text{‰}$). Атырауским филиалом КазНИИОиР с 1981 по 1986 гг. активно выявлено 1119 больных эзофагитом. Все больные взяты на диспансерный учет и им проводилось комплексное лечение путем радомизации. Некоторым больным с тяжелой формой эзофагита лечение проводилось многократно (до 8 курсов) с эндоскопо-цитологическим контролем. На протяжении 5 лет установлено, что среди больных, леченных общепринятым лекарственным комплексом без репаратантов, рак пищевода развился в 1,25% случаев, а среди леченных репаратантами – в 0,31% случаев, т.е. отмечалось 4 кратное снижение заболеваемости раком пищевода (Х.А.Абисатов, 1986). В последующем аналогичная работа проводилась в Кызылординской и Семипалатинской и других областях. Благодаря этому заболеваемость раком пищевода в РК за 30 лет (1970-2000 гг.) снизилась с $25,7\text{‰}$ до $11,2\text{‰}$, а в Атырауской области – соответственно с 85,2 до 26,5 на 100000 населения.

Таким образом, выявление и своевременное лечение больных с предраковыми заболеваниями является пока ещё единственной действенной формой вторичной профилактики злокачественных новообразований. Методы диагностики предраковых заболеваний и злокачественных опухолей принципиально идентичны, о чем будет изложено ниже.

4.4 Выявление больных со злокачественными новообразованиями и предраковыми заболеваниями

Больные со злокачественными новообразованиями и предраковыми заболеваниями выявляются:

1. *При самостоятельном обращении больных* к врачу поликлиники с наличием тех или иных симптомов злокачественных опухолей или предраковых заболеваний. Это самый пассивный путь диагностики, так как злокачественные новообразования, особенно внутренней локализации, в начальных стадиях развития не беспокоят больных, поэтому они не идут к врачам, а большинство больных, страдающих предраковыми заболеваниями, не состоят на диспансерном учете, им не проводятся надлежащие лечебно-оздоровительные мероприятия. В связи с этим удельный вес больных со злокачественными опухолями, ежегодно среди впервые в жизни установленным диагнозом, в республике составляет 85-87% и у 60-70% больных диагноз устанавливается в III-IV стадии опухолевого процесса.

2. Во время проведения *профилактических осмотров* или при обследовании по поводу неонкологического заболевания. Профилактические осмотры, с целью выявления предраковых заболеваний и злокачественных опухолей, в СССР начали проводиться с 1948 года и подвергаются им лица обоего пола старше 30 лет. При этом особое внимание уделяется людям пожилого возраста. Осмотры производятся медицинскими работниками учреждений общей лечебно-профилактической сети. Методическое руководство и контроль за полнотой и качеством их проведения возлагается на онкологические учреждения.

Профилактические осмотры осуществляются:

1) *среди организованной группы населения* проводятся комплексные осмотры здорового населения группой врачей разных специальностей с применением следующих методов исследования:

- Осмотр кожи и видимых слизистых оболочек, наружных регионарных лимфатических узлов;
- Крупнокадровая флюорография грудной клетки для выявления заболеваний легких;
- Крупнокадровая флюоромаммография;
- Ультразвуковое исследование молочной, щитовидной железы, по показаниям органов брюшной полости (печень, поджелудочная железа, органы малого таза);
- Цитологическое исследование мазков из шейки и тела матки, изъязвленной поверхности кожи и слизистых оболочек губы, полости рта;
- Пальцевое исследование прямой кишки.

Такие комплексные осмотры на промышленных предприятиях осуществляются медицинскими работниками медико-санитарной части (МСЧ) предприятий, а на предприятиях и учреждениях, не имеющих МСЧ, работниками лечебно-профилактических учреждений, к которым прикреплено население.

2) среди неорганизованных групп населения (пенсионеры, домохозяйки и др.) проводятся индивидуальные, профилактические осмотры участковыми врачами поликлиник, сельских участковых больниц;

3) в некоторых районах, где население в силу специфики производственной деятельности и отдаленности расположения населенных пунктов удалено от учреждений общей лечебной сети, следует рекомендовать бригадный или экспедиционный метод профилактических осмотров, организуемых областной больницей;

4) всем лицам в возрасте 40 лет и старше, обратившимся впервые в данном году в поликлинику (амбулаторно) за медицинской помощью, необходимо проводить индивидуальные профилактические осмотры с целью выявления предопухолевых заболеваний или злокачественных опухолей, а женщины в возрасте 30 лет и старше в обязательном порядке направляются в смотровой кабинет.

Несмотря на такую регламентированность проведения ныне существующих профилактических осмотров, эффективность его нельзя признать удовлетворительной, так как больные, выявленные на профилактических осмотрах, в Республике Казахстан в 2000 году составил 7,4%, а в 2004 году 15,6% из общего числа заболевших злокачественными новообразованиями. В республике по отдельным локализациям наибольшая часть выявленных больных на профосмотрах в 2004 году приходилась на визуальные формы опухолей: рак шейки матки (33,0%), губы (27,3%), молочной железы (22,5%), рак кожи (22,3%), в то же время редко выявлялись больные раком ободочной кишки (2,9%), мочевого пузыря (3,6%), предстательной желез (4,3%).

В последние годы ведется интенсивный поиск новых форм проведения профилактических осмотров. При городских поликлиниках развернуты профилактические отделения. С 1983 года на территории СНГ введена всеобщая диспансеризация населения, программа которая предусматривает онкологический компонент диспансеризации. Для этой цели возникла необходимость сужения круга лиц, подлежащих онкологическому профосмотру, т.е. предварительно выделяется "группа повышенного онкологического риска" к онкозаболеваниям.

"Группа повышенного онкологического риска" – это часть населения, у которой в силу ряда экзогенных и эндогенных факторов больше повышен риск возникновения развития злокачественных опухолей. Все без исключения, предрасполагающие факторы к развитию злокачественных опухолей в организме, учесть трудно. Но возраст, пол, клинические симптомы, вредные привычки, профессиональные воздействия, предопухолевые заболевания выявить относительно несложно. В связи с этим появился наиболее перспективный метод профилактического осмотра – анкетно-опросный (метод скрининга), включающий тестирование людей по специальным программам для выявления фоновых и предраковых заболеваний и злокачественных опухолей. Метод предложен в 1969 году Э.А. Айзенштраком, а методика проведения с СНГ разработана В.И. Мишура (1984 г.).

Анкетно-опросный метод может быть организован на постоянной основе в рамках ежегодной диспансеризации или в виде разовой акции с определенным контингентом обследуемых. Он может быть применен комплексно с охватом различных органов и систем организма или по отдельным, наиболее вероятным локализациям злокачественных опухолей.

Организация анкетно-опросного метода состоит из пяти регламентированных этапов:
Первый этап – подготовительный, при котором проводятся:

1) *разъяснительная работа среди населения*, в которую входят:

- Ознакомление населения с первыми сигнальными признаками злокачественных опухолей;
- Убеждение в необходимости прохождения диспансерных осмотров;
- Вселение уверенности в успех излечения злокачественных опухолей при регулярном прохождении диспансерного обследования;
- Обучение методам самообследования в промежутке между врачебными осмотрами (полости рта, кожи, молочной железы и др.);
- Повышение санитарно-гигиенических знаний населения, включающих первичную профилактику злокачественных опухолей.

Разъяснительная работа осуществляется путем выступления по радио, телевидению, публикации статьи на страницах газет. От уровня разъяснительной противораковой пропаганды зависит в значительной степени эффективность данного метода. Вполне понятно, что только онкологам проведение разъяснительной работы не под силу. Она должна проводиться с широким участием всех медицинских работников общей лечебной сети.

2) *подготовка анкет*, при составлении которой учитывается следующее:

- Половозрастные характеристики (возрастной интервал с наибольшей заболеваемостью определенными опухолями у женщин или у мужчин);
- Особенности жизни и труда (промышленные или другие производства, связанные с вредными выбросами, в которых работают или близко проживают, профессия);
- Наличие вредных привычек (с учетом интенсивности и стажа злоупотреблений табакокурением, алкоголем, насом, горячей пищей и соленостей);
- Наследственность (наличие онкологических заболеваний в трех-четыре поколениях с учетом локализаций);

Такая анкета может быть частью медицинской карты или быть в виде приложения к ней.

3) *подготовка вычислительной техники* для обработки сведений, полученных при помощи анкет.

4) *подготовка врачей* для проведения анкетно-опросного метода профилактического осмотра.

Врачи-участники должны свободно ориентироваться и четко представлять следующие разделы онкологии:

- Эпидемиологию рака на обслуживаемой территории и факторы повышенного онкологического риска;
- Клинику и тактику ведения больных при факультативных и облигатных предраковых заболеваниях;
- Патогенез общих и локальных клинических симптомов злокачественных опухолей различных локализаций;
- Диагностическую тактику или алгоритм выявления злокачественных опухолей визуально-доступной и внутренней локализаций;
- Методы и сроки обследования групп повышенного онкологического риска;
- Учетно-отчетную документацию.

Второй этап – сплошное анкетирование взрослого населения (мужчин старше 40 лет, женщин старше 30 лет). Ответственными лицами в городских, районных поликлиниках являются участковые врачи, а в сельской местности – врачи участковой больни-

цы, врачебных амбулаторий. Заполнение анкеты предпосылается врачебному осмотру на уровне среднего звена медицинских работников и под их контролем. Расчеты указывают на сокращение сроков времени врача на сбор анамнеза и детализацию жалоб при возможности больше уделять внимание объективному статусу. Анкетирование желательно проводить в нерабочее время, когда все члены семьи находятся в доме.

Третий этап – централизованная обработка и сортировка всех заполненных анкет вручную или при помощи ЭВМ, в результате которой выделяются два массива:

А) люди, не предъявляющие жалобы, эти анкеты откладывают;

Б) люди, предъявляющие жалобы на те или иные органы. Эти анкеты вновь передают участковым врачам поликлиники, МСУ, амбулаторий, для проведения углубленного обследования.

Четвертый этап – людям, предъявившим жалобы в условиях районной или областной поликлиники, с использованием услуг диагностических центров участковые врачи или врачи МСЧ проводят углубленное обследование с использованием необходимых современных диагностических методов.

Пятый этап – сортировка анкет с результатом углубленного обследования, при котором анкеты делятся на три массива:

А) практически здоровые люди, предъявившие жалобы случайно;

Б) больные с предраковыми заболеваниями, которых берут на диспансерный учет по I “б” клинической группе в поликлинике или врачебной амбулатории, где проводят им лечебно-оздоровительные мероприятия;

В) больные со злокачественными опухолями, которых направляют в онкологические учреждения.

Таким образом, в результате проведения профилактического осмотра анкетно-опросным скрининговым методом выделяются:

1. Практически здоровые люди.

2. Больные, страдающие фоновыми и предраковыми заболеваниями, из которых одни нуждаются в амбулаторном лечении и диспансерном наблюдении, другие – в стационарном лечении по профилю установленной патологии.

3. Больные, страдающие злокачественными опухолями различных локализаций.

Опыт работы научно-исследовательского онкологического института им. Н.Н.Петрова, Сибирского филиала РОНЦ РАМН им. Н.Н.Блохина (Томск) показал, что из общего числа анкетированных лиц у 15% выделены “группы онкологического риска”, т.е. круг лиц, подлежащих углубленному профилактическому осмотру, был сужен в 5,5 раза. По данным нашей кафедры (С.А.Есенкулова, 2001) “группа онкологического риска” к онкозаболеваниям молочной железы, после анкетирования составила 18%, дальнейшее комплексное обследование женщин из “групп риска” позволило выявить предопухолевые и опухолевые заболевания в 22 раза чаще, чем в контрольной группе наблюдения, а ранние стадии рака молочной железы (0 и I стадии) обнаружены у 35% среди углубленно обследованных женщин, тогда как в контрольной группе (выявленных по обращаемости) рак молочной железы I и II стадии выявлены только у 5% больных.

Следует отметить, что не все опухоли выявляются с использованием скрининговых программ. Наиболее успешной является реализация этих программ по выявлению рака молочной и щитовидной железы, шейки и тела матки, толстой и прямой кишки, ротоглотки, легкого, желудка, мочевого пузыря и простаты, яичек, в определенной мере – малигнизированных меланом, злокачественных лимфом.

На всех этапах выявления злокачественных опухолей и формирования “группы онкологического риска” анамнез (анкетный опрос) и клинический осмотр играет ведущую роль. По мере формирования “группы онкологического риска” и выявления больных сложными для дифференциальной диагностики возникает необходимость в проведении углубленного обследования той или иной анатомо-топографической области (прицельный скрининг по органам). Такие задачи, наряду с имеющимися в арсенале районных, городских поликлиник диагностических аппаратов и лабораторий, могут выполнять специально организованные городские, областные региональные центры уточняющей диагностики, основными из которых являются: 1) маммологический, 2) бронхоторакальный, 3) гастроэнтерологический, 4) интраперитонеальный.

Успех ранней и своевременной диагностики находится в прямой зависимости от уровня онкологической грамотности врачей общей лечебной сети разных специальностей, поэтому каждый врач, независимо от его клинической специальности, должен хорошо знать клинические симптомы злокачественных опухолей, методы предварительной и уточняющей диагностики, организационную структуру онкологической службы, чтобы по назначению и своевременно направить больного со злокачественными опухолями или больного с подозрением на опухоль в учреждение соответствующего профиля.

В ранней и своевременной диагностике злокачественных опухолей главной фигурой является участковый и цеховой врач, который в зависимости от результатов терапевтических, хирургических, гинекологических и других осмотров, определяет объем проводимого углубленного обследования, рационального использования “узких” специалистов, дорогостоящей аппаратуры и более сложных методов диагностики с учетом факторов риска к опухолевым заболеваниям.

Следует подчеркнуть, что у каждого онкологического больного имеется реальная возможность более раннего установления диагноза при достаточной онкологической настороженности врачей общей лечебной сети.

Что следует понимать под онкологической настороженностью?

По определению Б.Е.Петерсона (1979) в это понятие входит следующее:

1. Знание симптомов злокачественных опухолей в ранних стадиях;
2. Знание предраковых заболеваний и их лечение;
3. Тщательное обследование каждого больного, обратившегося к врачу любой специальности с целью выявления возможного онкологического заболевания;
4. Отказ от необоснованного оптимизма и в трудных случаях думать об атипичном и осложненном течении онкологического процесса;
5. Знание структуры онкологической службы и быстрое направление больного с обнаруженной или подозреваемой опухолью по назначению.

По мнению Н.Н.Блохина (1977), “... онкологическая настороженность должна заставлять врача любой специальности использовать любой осмотр для того, чтобы выяснить, нет ли у больного признаков опухоли”. Следует согласиться с К.А.Павловым с соавт. (1987), что онкологическая настороженность – это несомненно, определенный образ медицинского мышления врача, который, оценивая жалобы и рентгенологические исследования, должен прежде всего ответить на вопрос: не связаны ли выявленные нарушения со злокачественным новообразованием?

Онкологическая настороженность подразумевает и определенную последовательность проведения диагностических мероприятий в тех случаях, когда у врача возникает обоснованное подозрение на опухолевое заболевание. Это зависит от профессиональной подготовки врача, знания современных методов диагностики опухолей. Це-

ленаправленное обследование позволяет либо отвергнуть возникшее подозрение, либо подтвердить его, либо привлечь консультантов – специалистов. Нарушение принципа последовательности и методичности выполнения клинических, лабораторных и специальных исследований, необоснованное затягивание процесса диагностики могут отмечаться на всех уровнях первичной и уточняющей диагностики. В связи с этим одним из действенных путей повышения онкологической настороженности является совершенствование медицинского образования: оптимизация обучения студентов медицинских вузов, постоянное повышение уровня онкологических знаний врачей общей лечебной сети и врачей узких специальностей, воспитание у лиц постоянной внутренней потребности овладевать достижениями медицинской науки.

4.5 Система учета и учетная документация онкологической службы

Для суждения об уровне заболеваемости, рационального планирования и осуществления профилактических и лечебных мероприятий необходим полный учет заболевших злокачественными новообразованиями. С 1953 года на территории СНГ, в частности Казахстане, создана единая система учета онкологических больных.

Основными регламентированными учетными документациями являются:

1. Учетная форма № 090/У “Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования”, которое заполняется всеми врачами общей и специальной сети лечебно-профилактических учреждений, всех ведомств, в которых у больного впервые в жизни установлен рак и другие злокачественные новообразования. Извещение заполняется на больных, выявленных:

- при их самостоятельном обращении в поликлинику за медицинской помощью;
- при диспансеризации населения и периодических профилактических осмотрах;
- при медицинском освидетельствовании;
- в стационаре любого лечебного учреждения;
- во время операции;
- на вскрытии;
- при сверке сведений об умерших, от злокачественных новообразований с данными ЗАГСов и статистических управлений, если выясняется, что диагноз установлен после смерти.

Извещение по форме № 090/У с отметкой “Учен посмертно” заполняется на умерших от злокачественных новообразований, не состоявших на учете в онкологическом учреждении при жизни.

Заполненное извещение врач любого профиля, установивший диагноз злокачественного новообразования, в трехдневный срок отправляет в территориальный онкологический кабинет. Врач-онколог кабинета ежемесячно не позднее 10-го числа следующего месяца отправляет собранные извещения в онкологический диспансер.

В организационно-методическом кабинете онкологического диспансера, полученные в течение года извещения, суммируются в специальный отчет о заболевших раком и другими злокачественными опухолями (форма 61-Ж), в которой включены сведения обо всех больных со злокачественными новообразованиями, зарегистрированных за квартал, полугодие и год.

Организационно-методический кабинет диспансера постоянно контролирует полноту учета. Существуют различные способы выявления лиц со злокачественными

опухольями, своевременно не взятых на учет. Одним из способов является пофамильная сверка со сведениями ЗАГСa об умерших от злокачественных опухолей. Обнаруженные при сверке случаи, когда человек со злокачественной опухолью при жизни не состоял на онкологическом учете, называют “расхождениями с ЗАГСом”. Расхождения с ЗАГСом возникают, если правильный диагноз удалось установить только после смерти больного или если своевременно не было заполнено и отослано в диспансер извещение. Расхождения с ЗАГСом рассматриваются как серьезный недостаток в работе. Срок хранения формы № 090/У составляет не менее 3 лет.

2. Учетная форма № 27-1/У “Выписка из медицинской карты стационарного больного злокачественным новообразованием”, заполнение которой обязательна для всех стационаров, осуществляющих лечение онкологических больных. Это учетная форма оформляется лечащим врачом стационара по окончании лечения каждого больного. Заполнение выписки обязательно по окончании каждой госпитализации, вне зависимости от продолжительности. Выписка должна быть выслана в онкологическое учреждение (онкологический кабинет поликлиники или отделения) по месту жительства больного в трехдневный срок с момента заполнения. Она служит для динамического наблюдения за состоянием больных со злокачественной опухолью в онкокабинете или онкологических отделениях, для полноты учета и изучения отдаленных результатов лечения. В ней должны быть отражены срок лечения, окончательный клинический диагноз и способ его подтверждения, стадия заболевания, гистологическая структура с учетом степени морфологической дифференцировки, виды лечения с указанием на степень радикальности операции, при лучевом лечении на разовые и суммарные очаговые дозы, виды химиотерапии (моно- или полихимиотерапия), какие препараты были использованы, пути введения, разовые и суммарные дозы их. В выписке указываются реакции и осложнения, наблюдавшиеся в процессе и в конце лечения, а также рекомендации для дальнейшего ведения больного. Срок хранения выписки 10 лет.

Данные ф. № 27-1/У переносятся на контрольную карту диспансерного наблюдения (ф. № 030-6/У).

3. Учетная форма № 030-6/У “Контрольная карта диспансерного наблюдения больного злокачественным новообразованием”. Составляется на каждого больного со злокачественным новообразованием любой локализации, проживающего в районе обслуживания данного онкологического учреждения (кабинет, отделение, диспансер), который должен быть взят под диспансерное наблюдение, по ней больной вызывается в онкокабинет или отделение в течение первого года 4 раза, второго – 2 раз, с 3-го до конца жизни один раз в год на предмет выявления рецидива и метастазов. Сведения о судьбе больного или причинах снятия его с учета отмечаются в конце отчетного года. Контрольные карты больных, подлежащих снятию с учета (умерших, выехавших с прежнего места жительства), должны сохраняться в картотеке до составления годового отчета. Больные, о которых диспансер (кабинет) не имел сведений в течение отчетного года, считаются выбывшими из-под наблюдения. Контрольные карты этих больных после компьютерной обработки сдаются в архив. При необходимости повторной постановки на учет на него составляется новая контрольная карта.

Таким образом, приспособленные для машинной обработки контрольные карты являются основным оперативным документом для текущего контроля за состоянием здоровья больных и для составления отчета (отчет-вкладыш № 6).

4. Учетная форма № 027-2/У “Протокол на случай выявления у больного запущенной формы злокачественного новообразования”. Заполняется в двух экземплярах на каждого с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования в IV стадии заболевания, а при визуально доступных локализациях – в III стадии (рак кожи, губы, языка, слизистой полости рта, щитовидной и молочной желез, шейки матки, прямой кишки). Один экземпляр протокола прилагается к медицинской карте стационарного или амбулаторного больного, другой – направляется в онкологический диспансер или онкологический кабинет по месту постоянного жительства больного.

В протоколе отражаются в хронологическом порядке этапы обращения больного за медицинской помощью, указываются лица и лечебные учреждения, по вине которых произошла задержка в установлении своевременного диагноза злокачественной опухоли, а также указывается практические предложения и организационные выводы. Онкологический диспансер (кабинет) по получении протокола запущенности берет больных на учет (IV клиническая группа).

Главный врач лечебного учреждения, в котором впервые установлен факт поздней диагностики, организует разбор их на врачебной конференции с привлечением врачей, наблюдавших или лечивших больного ранее, по вине которых заболевание оказалось запущено.

Причинами поздней диагностики могут быть:

- 1) длительное обследование;
- 2) неполное обследование;
- 3) ошибка диагностики: а) рентгенологического, б) клинического, в) морфологического характера;
- 4) скрытое течение болезни;
- 5) несвоевременное обращение больного за врачебной помощью.

При заполнении протокола следует подчеркнуть только одну из перечисленных причин, приведших к поздней диагностике. Особое внимание уделяется разбору тех случаев, в которых причиной поздней диагностики явились неполное, длительное обследование и ошибки диагностики.

После проведения квалифицированного разбора причин запущенности протокол на врачебной конференции вместе с выпиской, содержащей выводы, возвращают в онкологический диспансер. На основании изучения материалов по запущенности, органы здравоохранения при участии онкологических диспансеров разрабатывают практические мероприятия по улучшению онкологической помощи населению. Срок хранения протокола ф. № 027-2/У – пять лет.

4.6 Клинические группы в онкологии

В соответствии с инструкцией по регистрации и ведению учета все больные злокачественными новообразованиями (в том числе с новообразованиями в стадии *in situ*) регистрируются онкологическими учреждениями, диспансерами, диспансерными учреждениями, онкологическими кабинетами по месту жительства, которые в зависимости от необходимости и возможности применения различных методов специального лечения и облегчения ведения учета разделяют на 4 клинические группы. Принадлежность больного к той или иной клинической группе при постановке на учет определяется на основа-

нии результатов обследования. В зависимости от результатов лечения и динамики развития онкологического процесса клиническая группа больного может меняться.

К I “а” клинической группе относят больных с неясной клинической картиной, при наличии подозрения на заболевание злокачественным новообразованием. Сроки диспансеризации контингента больных этой группы соответствуют 10 дням со дня взятия на учет, что достаточно для проведения углубленного обследования больного с целью установления окончательного диагноза. При подтверждении диагноза злокачественного новообразования пациента переводят в другую клиническую группу (II и II а, иногда IV), при опровержении диагноза пациента снимают с учета, а при установлении предопухолевых заболеваний их переводят в I б клиническую группу).

К I “б” клинической группе относят больных с предопухолевыми заболеваниями (факультативный и облигатный). Больных с факультативным предраком наблюдают специалисты по профилю в зависимости от пораженного органа, и проводят лечение, а с облигатными – наблюдают врачи – онкологи. При хирургическом лечении предраковых заболеваний строго обязательным является гистологическое исследование удаленного очага. После проведения радикального лечения предракового заболевания больные подлежат активному диспансерному наблюдению в течение двух лет, после чего, при отсутствии рецидива заболевания, их снимают с диспансерного учета.

Ко II клинической группе относят больных со злокачественными новообразованиями, которые в результате применения современных методов лечения могут быть полностью избавлены от злокачественного новообразования, а также больных, у которых может быть достигнута длительная ремиссия, т.е. в эту группу берут больных со злокачественными опухолями, подлежащие специальному лечению.

II “а” клиническая подгруппа выделяется из состава II клинической группы. Это больные, подлежащие радикальному лечению. Под радикальным лечением следует понимать применение современных методов лечения опухолевого процесса, направленных на полное излечение больного от опухоли. Во II “а” клиническую подгруппу следует относить больных с ограниченным развитием опухолевого процесса (I и II стадии заболевания).

К III клинической группе относят больных, являющихся практически здоровыми лицами, находящимися под динамическим наблюдением онкологического учреждения после проведенного по радикальной программе лечения (хирургическое, лучевое, комбинированное и комплексное) злокачественного новообразования. Лица этой группы, в случае возникновения у них рецидивов заболевания или метастазирования новообразования переводятся во II клиническую группу для проведения специального лечения (хирургического, лучевого и др.) или в IV клиническую группу, если проведение специального лечения не показано в связи с распространенностью опухолевого процесса.

Сроки диспансерного наблюдения больных III клинической группы: в течение первого года проведенного специального лечения – 1 раз в 3 месяца, в течение второго – 1 раз в 6 месяцев, в дальнейшем пожизненно – 1 раз ежегодно, если нет специальных показаний для интенсивного режима наблюдения.

К IV клинической группе относят больных с распространенными формами злокачественного новообразования, проведение радикального лечения которым уже невозможно, даже в том случае, если им намечено проведение хирургического, лучевого, комбинированного и комплексного и других видов лечения с паллиативной (симптоматической) целью.

В IV клиническую группу входят больные, которые ранее входили во II клиническую группу, но не получили специального лечения по различным причинам (отказ от лечения, тяжелое соматическое состояние и т.д.). Больных этой группы наблюдают участковые врачи, консультируют их врачи-онкологи. План лечения участковые врачи вырабатывают вместе с онкологом. Больные с учета не снимаются.

4.7 Общие принципы лечения злокачественного новообразования

Онкологическим больным оказывается специализированная и квалифицированная лечебная помощь в стационарах, консультативная – в поликлиниках онкологического диспансера или научно-исследовательского института онкологии и радиологии.

Современные лечебные мероприятия направлены прежде всего на радикальную ликвидацию первичного очага опухоли и регионарных метастазов, профилактику развития отдаленных метастазов, а также на проведение паллиативного и симптоматического лечения больным с запущенными осложненными формами злокачественных опухолей.

С клинических позиций **радикальным** следует называть то лечение, которое направлено на полную ликвидацию всех очагов опухолевого роста. Правда, радикализм проведенного лечения в онкологии всегда в известной степени условен, так как никакие методы исследования пока не дают полной уверенности в отсутствии “скрытой” диссеминации процесса за пределы первичного очага. Поэтому вполне оправдано мнение Б.Е.Петерсона (1980), что понятие “радикальное лечение” может быть клиническим (оцениваемым сразу после его окончания) и биологическим (определяемым по отдаленным результатам).

Паллиативное лечение – комплекс лечебных мероприятий, направленных на улучшение качества жизни онкологического больного, при этом опухоль в силу распространенности процесса или из-за наличия противопоказаний удалить радикально не представляется возможным или же она удаляется частично. Примером паллиативного лечения может быть дистальная субтотальная резекция желудка при распадающемся раке дистального отдела желудка с кровотечением в случаях наличия одного или двух небольших метастатических узлов в печени, или же лучевая терапия при синдроме верхней полой вены, вызванного компрессией ее опухолью средостения. Вариантом паллиативного лечения является химио- или гормонотерапия при распространенных формах рака молочной или предстательной железы и т.п.

Симптоматическое лечение не предусматривает достижения какого-либо противоопухолевого эффекта, а направленное лишь на устранение или ослабление тягостных для больного проявлений основного заболевания и его осложнений. Например, ликвидация болевых ощущений, проведение общеукрепляющей дезокситоксикационной терапии.

Радикальное и паллиативное лечение злокачественных опухолей осуществляется с помощью различных противоопухолевых воздействий, которые в известной доле условности могут быть разделены на три основные группы:

- 1) противоопухолевые воздействия местно-регионарного типа – хирургическое лечение, лучевая терапия и их комбинация, криодеструкция, лечение лучами лазера и ультразвуковыми волнами, сюда же могут быть отнесены перфузии противоопухолевых препаратов;
- 2) противоопухолевые воздействия общего типа – системная химиотерапия, гормонотерапия;

3) вспомогательные противоопухолевые воздействия – иммунотерапия, использование модифицирующих факторов, таких как гипертермия, гипергликемия, гипербарическая оксигенация, электрон-акцепторные соединения, которые потенцируют воздействия лучевых и лекарственных методов лечения.

Так, применение иммунотерапии приводит к нормализации иммунологического статуса у больных со сниженными показателями клеточного, гуморального иммунитета и при проведении “иммунодепрессорных” методов лечения (лучевая и химиотерапия). Иммунотерапия с прямой противоопухолевой целью скорее перспективный, чем реальный характер, хотя существуют отдельные обнадеживающие сообщения о возможности применения иммуностимулятора рекомбинатного интерферона альфа-2 для лечения больных меланомой, поверхностным раком мочевого пузыря, множественной меланомой (Н.Т.Балтабеков, 2004, В.Б.Матвеев, 2002 и др.).

В понятие “модифицирующие факторы” включают те воздействия, которые усиливают противоопухолевые воздействия, ионизирующей радиации и химиотерапевтических препаратов на опухолевые ткани. Так, гипертермия является идеальным радиосенсибилизатором, при применении ее во время лучевой терапии (локальный нагрев тканей до 42-44⁰С с помощью генераторов электромагнитного излучения в СВЧ- и УВЧ диапазонах), с одной стороны, оказывает губительное воздействие на опухолевые клетки, с другой, – усиливает радиопоражаемость их.

С целью усиления оксигенации опухоли больного облучают в условиях повышенного давления кислорода, помещая его в барокамеру. При этом оксигенация наступает не только в наружной оксигенизированной зоне опухоли, но и в гипоксической зоне, где опухолевые клетки радиорезистентны в обычных условиях. Доставка кислорода в эту зону повышает радиопоражаемость опухолевых клеток, находящихся в гипоксической зоне.

Кроме гипербарического метода для доставки кислорода в гипоксическую зону опухоли применяют электроноакцепторные соединения (метранидазол, мизонидазол и др.), имитирующие функцию кислорода.

Усиление анаэробного гликолиза в опухолевых клетках путем временно созданной гипергликемии также повышает радио- и химиопоражаемость их.

Таким образом, в настоящее время имеются реальные возможности улучшения результатов лучевой и химиотерапии путем управления радиохимиочувствительностью злокачественной опухоли с помощью модифицирующих агентов, что ведет к расширению возможной радио- и химиокурабельности опухолей.

Следует подчеркнуть, что каждому из перечисленных трех противоопухолевых воздействий свойственны свои достоинства и свои недостатки и пределы. Поэтому для лечения злокачественных опухолей применяется не один какой-нибудь метод, а их комбинация или сочетания – последовательно или одновременно.

Для обозначения таких ситуаций используются специальные термины – комбинированное, комплексное, сочетанное.

Так, под **комбинированным** лечением следует понимать использование двух различных по характеру воздействий, направленных на местнорегионарные очаги опухоли, например, предоперационная лучевая терапия + радикальная операция или радикальная операция + послеоперационная лучевая терапия.

Под **комплексным** лечением следует понимать использование в той или иной последовательности ряд различных лечебных мероприятий, направленных как на

регионарные очаги опухоли, так и на метастазы в отдаленных органах. Например, радикальная операция + химиотерапия, лучевая терапия + химио, гормонотерапия, или когда все эти методы вместе взяты.

Под **сочетанным лечением** следует подразумевать применение в рамках одного метода различных способов его подведения или использование различающихся по механизму действия противоопухолевых препаратов в процессе химиотерапии. Например, сочетание наружной дистанционной гамматерапии с внутритканевым или внутритканевым облучением; полихимиотерапия с применением антиметаболитов в сочетании с алкилирующими соединениями.

Выбор того или иного метода лечения или их комбинаций, комплексов и сочетаний, определение последовательности этапов проведения лечебных воздействий в каждом отдельном случае определяются сугубо индивидуально, после тщательного обследования больного с применением современных клинических, рентгенологических, биохимических, цитологических, эндоскопических и других параклинических методов с установлением клинического диагноза как по основному заболеванию (злокачественное новообразование), так и по сопутствующим заболеваниям.

Необходимыми условиями, без уточнения которых ни в коем случае нельзя планировать и начать лечение больных со злокачественными опухолями, являются следующие:

1. Точная локализация опухоли в пораженном органе, которая необходима для правильного выбора операционного доступа при хирургическом лечении и поля облучения при проведении лучевой терапии.

2. Форма роста опухоли (эндофитная, экзофитная, инфильтративная). Известно, что при экзофитном росте опухоль имеет визуально определяемую границу, поэтому без особого труда можно определить разумную границу резекции и поля облучения. В то время как при эндофитном, особенно инфильтративном типе роста, опухоль распространяется в органе по подслизистому слою в виде “ползучего инфильтрата”, поэтому границу распространения опухоли невозможно определить. В таких случаях необходимо расширить границы резекции или увеличить объем облучаемой части органа. Если не учитывать этих обстоятельств, то быстро наступает рецидив после так называемого “радикального лечения”.

3. Стадия заболевания т.е. степень местного и общего распространения опухолевого процесса по отечественной и международной классификации по системе TNM, которая позволяет определить оптимальный метод лечения в зависимости от распространенности злокачественной опухоли.

4. Гистологическая форма опухоли и степень ее морфологической дифференцировки, что достигается квалифицированным взятием биопсии из опухолевой ткани или ее метастазов. Она позволяет определить чувствительность опухоли к воздействию ионизирующей радиации и противоопухолевым препаратам, адекватный объем операции и прогноз заболеваний, выбрать приемлемый способ эффективного лечения.

5. Оценка общего состояния с учетом фоновых и сопутствующих заболеваний.

Известно, что среди онкологических больных преобладают лица пожилого и старческого возраста с присущими им многочисленными сопутствующими заболеваниями. Стало быть, каждому больному необходимо определить компенсаторные возможности организма.

Таким образом, любой врач перед тем как приступить к лечению онкологического больного, должен иметь полное и детальное представление как об индивидуальных

особенностях опухоли, так и о тех или иных отклонениях со стороны жизненно важных органов, а также о возможностях и пределах каждого вида противоопухолевого воздействия и их сочетания.

В заключение следует отметить, что постоянно возрастают терапевтические возможности антибластомных воздействий, что непрерывно создают реальные предпосылки для новых подходов к решению проблемы повышения эффективности лечения больных со злокачественными опухолями. В этих условиях разработка лечебной тактики и ее практическое осуществление для большинства больных требуют совместного участия ряда специалистов различного профиля (хирург, радиолог, химиотерапевт, анестезиолог и т.д.), что требует необходимости лечения больных со злокачественными опухолями только в специализированных онкологических учреждениях.

4.8 Диспансеризация онкологических больных

Больные злокачественными новообразованиями всех локализаций, проживающие в районе обслуживания данного онкологического учреждения (диспансер, онкологические отделения и кабинеты), должны быть взяты под диспансерное наблюдение и подлежат пожизненному диспансерному наблюдению. На них заполняется контрольная карта диспансерного наблюдения (форма № 030-6/У), что является основным оперативным медицинским документом наряду с медицинской картой амбулаторного больного (форма № 025/У).

В контрольных картах отражают паспортные данные, дату взятия на учет, развернутый клинический диагноз с указанием гистологической формы, стадии, клиническую группу в момент установления диагноза и изменения ее в процессе наблюдения за больным, дату и точное название операции, срок, вид и дозу (разовую и суммарную) лучевого лечения, способ введения и разовую, суммарную дозу химиотерапии (моно- или поли) с указанием использованных лекарственных средств. Все эти данные берутся из “Выписки из медицинской карты стационарного больного злокачественными новообразованиями” (форма № 027/І-У).

В карте отведено место для сведений о явке больного на контрольные осмотры. В графе “Явился” отмечают дату и клиническую группу при контрольных осмотрах, измененную в процессе диспансерного наблюдения. В графу “Назначено явиться” вносят рекомендуемую дату следующей явки.

Диспансерное наблюдение после проведенного лечения, как указано выше, в первый год осуществляется 1 раз в квартал, во втором году – 1 раз в полугодие, а в дальнейшем до конца жизни – 1 раз в год. Целью наблюдения является своевременным распознаванием рецидивов или метастазов.

После обследования больного врач вписывает в амбулаторную карту изменения в диагнозе или делает заключение об отсутствии данных за рецидив и метастазы, срок очередной явки. В конце каждого месяца медицинская сестра онкологического кабинета (отделения) извлекает контрольные карты всех больных, подлежащих осмотру в предстоящий месяц. На не явившихся на осмотр в назначенный срок, она рассылает им открытки с приглашением на прием к врачу-онкологу. В контрольной или амбулаторной карте должна быть сделана отметка о посланном вызове. Такой порядок установлен для наблюдения за больными I “б” (облигатный предрак) и III клиничес-

ких групп. Иной подход необходим к больным со II клинической группой. Эти лица нуждаются в быстрейшем получении лечебной помощи, поэтому они находятся под постоянным наблюдением врача-онколога. Периодически (1 раз в 2 недели), просматривая контрольные карты этой группы, врач обращает внимание на больных, не излеченных в течение 3-4 недель, и принимает меры к скорейшему их излечению в специализированных онкологических учреждениях (диспансер, научно-исследовательский институт онкологии и радиологии).

С контрольными картами больных IV клинической группы специальная работа не проводится. Контрольные карты их хранятся в любом удобном порядке. По мере получения больным паллиативного хирургического, лучевого и лекарственного лечения в карту вносят соответствующую информацию.

До недавнего времени для ведения учета, диспансеризации, составления отчетов больных со злокачественными опухолями были использованы перфокарты с краевой перфорацией, изготавливаемые в комбинате "Бит" в Таллине. Особенно было удобно использовать перфокарты для диспансеризации, при которой ее осуществляли с помощью специальных фишек-минирейтеров 12 различных цветов. Для получения нужных сведений о больном в рейтеры вставляли в перфорационные отверстия в левом углу перфокарты. Перфокарты значительно облегчили ведение учетно-отчетной документации.

Однако онкологическая служба постепенно переходит к более современному и удобному способу хранения информации с помощью компьютерной техники. Для чего при организационно-методическом отделе диспансера и научно-исследовательского института создается канцер-регистр, разработаны специальные программы, с помощью которых в память ЭВМ вносят все необходимые первоначальные сведения о заболевшем. По мере диспансерного наблюдения за больным и лечения, в компьютер заносят дополнительные данные. Кроме этого, программы предусматривают автоматическую выборку лиц, не явившихся своевременно к врачу на контрольный осмотр в лечебное учреждение.

Приспособленные для машинной обработки "Контрольные карты диспансерного наблюдения" (форма № 030-6/У) составляются только в онкологических учреждениях, осуществляющих учет и диспансеризацию таких больных (онкологические диспансеры, диспансерные отделения и онкокабинеты).

Тактика врача общей лечебной сети (участковый врач и СВА) при диспансеризации больных с предопухолевыми и опухолевыми заболеваниями зависит от клинической группы больного.

I "а" клиническая группа. Заподозрив злокачественное новообразование, врач обязан обеспечить обследование больного в максимально короткий срок (10 дней), придерживаясь клинического минимума, позволяющего диагностировать опухоль данного органа. При отсутствии условий для обследования и для установления диагноза больного следует направить на консультацию в онкологический кабинет или диспансер, выдав ему на руки подробную выписку, содержащую результаты проведенных исследований. Через 5-7 дней врач обязан проверить, уехал ли больной на консультацию. Динамическое наблюдение за больными в амбулаторных и стационарных условиях с целью исключения злокачественной опухоли недопустимо.

I "б" клиническая группа. Больных с облигатным и требующими специального хирургического, лучевого лечения врач общей лечебной сети направляет к онкологу. Больным с хроническими факультативными предраковыми заболеваниями

ми, не нуждающимися в специальном лечении, проводят консервативную терапию. Таких больных вызывают на осмотр в сроки, установленные при данном заболевании (не реже 1 раз в год).

II и II “а” клинические группы. При выявлении у больного злокачественного новообразования врач направляет его с подробной выпиской в онкологический кабинет соответствующей городской или районной поликлиники. В населенных пунктах, отдаленных от онкологического кабинета на значительное расстояние, или отсутствии онколога в районе допускается направление больных врачом общей лечебной сети (СВА) непосредственно в онкологический диспансер.

III клиническая группа. По указанию онколога участковый врач через патронажную сестру обеспечивает явку больного на контрольный осмотр в онкологический кабинет. При отсутствии онколога самостоятельно проводит в установленные сроки осмотр и обследование больного на предмет о наличии и отсутствии рецидива метастазов и сообщает дату и результаты контрольных проверок в онкологическое учреждение.

IV клиническая группа. В случае удовлетворительного состояния больного врач общей лечебной сети направляет на консультацию к онкологу для выработки схемы паллиативного или симптоматического лечения. Больных в тяжелом состоянии консультирует онколог на дому. По согласованию с онкологом участковый врач проводит симптоматическое лечение на дому. На впервые выявленных больных заполняет и отправляет в онкокабинет извещение и протокол на запущенный случай злокачественной опухоли.

Тактика врача стационара общей лечебной сети. Установив диагноз злокачественной опухоли, врач стационара консультирует больного с онкологом и проводит ему хирургическое лечение или направляет больного в онкологическое учреждение.

Заполняет и направляет в онкологический кабинет или диспансер извещение о больном с впервые установленным диагнозом злокачественной опухоли (форма № 090/У) и выписку из медицинской карты стационарного больного злокачественной опухолью (форма № 027-1/У). При обнаружении опухоли в запущенной стадии, кроме указанных документов, направляет в онкологический диспансер протокол на выявление запущенного случая рака (форма № 027-2/У).

4.9 Противораковая санитарно-просветительная работа среди населения

Важнейшей принципиальной особенностью организации и проведения санитарно-просветительной работы является обязательное участие всей сети медицинских учреждений, для чего медицинским работником амбулаторно-поликлинической сферы ежемесячно выделяют для проведения лекций и бесед 4 часа своего рабочего времени.

В проведении санитарно-просветительной работы среди населения проблемы профилактики злокачественной опухоли занимают особое место.

Для обеспечения успеха санитарного просвещения вопросы профилактики следует разделить на три группы (в зависимости от того, среди каких лиц и категорий лиц оно проводится).

I группа включает вопросы, касающиеся промышленных рабочих, подвергающихся опасности воздействия промышленных канцерогенных факторов. Если имеются промышленные вредности, то рабочие и служащие должны представлять себе эту опасность. Следует им детально объяснить, как соблюдать защитные и гигиени-

ческие мероприятия, а также предупреждать о возможных последствиях невыполнения этих мер.

Ко **II группе** относятся вопросы индивидуальной или общественной ответственности, касающиеся загрязнения атмосферы, физико-химического состояния почвы, длительной солнечной радиации, создающих опасность облучения или загрязнения продуктов питания.

К **III группе** вопросов относятся те личные привычки и обычаи, которые при длительной их экспозиции увеличивают опасность заболевания злокачественной опухолью. Это курение сигарет, употребление спиртных напитков, способы приготовления пищи и характер питания и т.д.

Основной целью проведения противораковой пропаганды является – способствовать немедленному обращению к врачебной помощи больных при обнаружении у себя первых признаков, подозрительных на злокачественное новообразование, а также добиться:

- 1) гигиенического воспитания в целях профилактики опухолевых заболеваний;
- 2) своевременной явки на профилактические осмотры всех тех контингентов, для которых они организуются;
- 3) рационального лечения предопухолевых заболеваний для профилактики злокачественной опухоли.

Для этого санитарное просвещение должно выполнять следующие задачи:

- 1) знакомить население с ранними признаками злокачественных опухолей различных локализаций;
- 2) вселять уверенность в возможность излечения при раннем обращении к врачу и своевременном лечении;
- 3) убеждать о необходимости самого широкого участия во всех формах массовых профилактических осмотрах;
- 4) рассеивать боязнь у части населения перед хирургическим, лучевым, химиотерапевтическими методами лечения, убеждать эффективность их;
- 5) убеждать об опасности домашних средств “лечения”, приготовленных “знахарями”.

Основные методические требования, предъявляемые к противораковой санитарной пропаганде:

- 1) она должна быть дифференцированной в зависимости от состава группы населения (пол, возраст, профессия, общий культурный уровень);
- 2) следует максимально использовать эмоциональный характер, но при этом познавательный материал и конкретные практические советы необходимо давать применительно к различным жизненным условиям;
- 3) беседуя с населением, читая им лекции, надо говорить понятным языком, не употребляя специальных медицинских терминов, затрудняющих понимание речи.

Самое важное при проведении бесед или лекции – описание ранних признаков наиболее частых локализаций злокачественной опухоли. При этом в доходчивой форме преподнести всю важность тех “малых” ранних признаков, с которых начинается опухолевое заболевание и объяснить значение раннего обращения к врачу и своевременность радикального лечения. Здесь же разъяснить и значение широкого участия населения в массовых и скрининговых профилактических осмотрах для выявления не столько случаев опухоли, сколько предопухолевых заболеваний, а также о значении диспансеризации и лечения предраковых заболеваний, о профилактике злокачественных опухолей.

Следует особо подчеркнуть, что описание на этих мероприятиях тяжелой клинической картины запущенных форм злокачественных опухолей и неблагоприятных исходов недопустимо, так как является серьезной деонтологической ошибкой.

Учитывая, что своевременному обращению к врачу может мешать неверие больных в излечимость от злокачественных опухолей, нужно шире освещать достижения и успехи онкологии в этой области, убедительно подтверждая конкретными примерами.

Противораковую санитарно-просветительную работу можно проводить:

- 1) по месту работы людей (промышленные и торговые предприятия, учреждения);
- 2) по месту учебы (школы, средние и высшие учебные заведения);
- 3) в местах контакта населения с медицинскими работниками (ФАП, СВА, районных и городских поликлиниках во время посещения по поводу своих недугов).

Каждое санитарно-просветительное мероприятие нужно планировать с учетом конкретных тем, аудитории и методов. Так, телевизионные передачи, несомненно, могут охватить очень большую аудиторию. Шире нужно использовать средства массовой информации (газет, журналов) с индивидуальными методами пропаганды.

В противораковой пропаганде используются три основных метода: устный, печатный, изобразительный, а также различные комбинации этих методов.

1) Устный метод, к которому относятся:

- лекция – основное средство популяризации научных знаний среди населения;
- кинолекция с демонстрацией научно-популярного фильма;
- беседа – выступление врача в вестибюле поликлиники, в красном уголке общежития, в жилищной конторе;
- выступление по радио и телевидению;
- беседа проводимая средними медицинскими работниками.

2) Печатный метод, к которому относится:

- брошюра (10-40 страниц машинописного текста);
- памятка (5 страниц);
- листовка (1 страница);
- статья в газете;
- стенные газеты и бюллетени;
- лозунг.

3) Изобразительный метод, к которому относятся выставка и плакаты.

Санитарно-просветительная выставка организуется в Доме санитарного просвещения, в учреждениях и на предприятиях: цель ее – способствовать раннему обращению онкологических больных к врачу и своеобразному лечению злокачественных опухолей и предраковыми заболеваниями.

Плакаты, которые делятся на следующие виды:

- 1) агитационный – явка на осмотр, рациональное лечение предраковых заболеваний;
- 2) пропагандистский – пропаганда профилактических мероприятий, ранние признаки злокачественных опухолей.

4.10 Использованная литература

1. Абисатов Х.А., Есенкулов А.Е. Онкология, том I, Алматы, “Наука”, 1994, 159 с.
2. Березкин Д.П. Система автоматизированного скрининга. //Вопросы онкологии, 1983, № 8, с. 41-48.
3. Блохин Н.Н., Орловский Л.В., Серебров А.И. Противораковая пропаганда М. “Медицина”, 1980, 183 с.
4. Грицман Ю.Я., Шубин Б.М. Организация выявления раннего рака. В кн.: Ранняя онкол. патология М., “Медицина”, 1985, с. 100-111.
5. Дикун П.П. Принципы и проблемы санитарно-гигиенической (первичной) профилактики злокачественных опухолей у людей. Общая онкология. Рук. под ред. Н.П.Напалкова, Л., “Медицина”, 1989, с. 237-268.
6. Кожевников С.Ю., Дьяченко О.Т., Шабашова Н.Я. Методологические и организационные принципы выявления предопухолевых заболеваний и злокачественных новообразований при ежегодной диспансеризации населения. //Общая онкология. Рук. для врачей под ред. Н.П.Напалкова, Л., “Медицина”, 1989, с. 307-333.
7. Кудинов Г.И., Захаров Ю.М. Значение пропаганды медицинских знаний в формировании здорового образа жизни. //Военно-мед. журн., 1987, № 12 с. 57-59.
8. Левшин В.Ф., Федичкина Т.П. О вторичной профилактике рака желудка. Вопросы онкологии, 1991, № 3, с. 69-73.
9. Миротворцева К.С., Мишура В.И. Задачи, методы и оценка эффективности санитарно-просветительной работы в борьбе со злокачественными новообразованиями. Общая онкология, Рук. под ред. Н.П.Напалкова, Л., “Медицина”, 1989, с. 632-646.
10. Мишура В.И., Шабашова Н.Я., Кожевников С.Ю. и др. Онкологический компонент всеобщей диспансеризации населения. // Вопр. онкол, 1984, № 9, с. 21-28.
11. Монахов Б.В. Активное выявление предопухолевых заболеваний и рака пищевода. Алма-ты, “Казахстан”, 1984, 158 с.
12. Монахов Б.В., Кольчева Н.И., Абисатов Х.А. Клиническая профилактика рака пищевода. Вопросы онкологии, 1986, № 2, с. 33-37.
13. Общая онкология. Рук. под ред. Н.П.Напалкова. Л., “Медицина”, 1989, с. 307-333.
14. Первичная профилактика рака. М., 1986, 162 с.
15. Петерсон Б.Е. Профилактика злокачественных опухолей. Клиническая онкология, том I, М., “Медицина”, 1979, с. 63-69.
16. Петерсон Б.Е., Чиссов В.И., Кузьмин И.В. Группы повышенного онкологического риска. В кн.: Ранняя онкол. патология, М., “Медицина”, 1985, с. 5-26.
17. Профилактика рака. Доклад Комитета ВОЗ Женева, 1995, 80 с.
18. Сборник официальных указаний по организаций онкологической помощи Л., “Медицина”, 1985, 280 с.
19. Семиглазов В.Ф. Оценка методов скрининга при выявлении рака молочной железы. Вопросы онкологии, 1985, № 4, с. 92-97.
20. Скобля Е.С. Сравнительная оценка эффективности различных видов профилактических осмотров для выявления онкологических заболеваний в смотровом кабинете. Белорусский науч. конф. онкол. Минск, 1986 – с. 28-30.
21. Тихонов В.И. и др. Принципы и опыт активного выявления злокачественных новообразований желудка с использованием анкетного опроса и ЭВМ. Актуальные проблемы современной онкологии. Томск, 1986. № 4, с. 24-25.
22. Шубин Б.М., Винокур М.Л., Попова А.А. Выявление опухолевых заболеваний в смотровом кабинете. Л., “Медицина”, 1980, 206 с.