

ОСОБЕННОСТИ ВЫЯВЛЯЕМОСТИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ГОЛОВЫ И ШЕИ В УСЛОВИЯХ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ И УЧРЕЖДЕНИЯ ОБЩЕЛЕЧЕБНОЙ СЕТИ

Кит О.И., Дурицкий М.Н., Шелякина Т.В., Енгибарян М.А.

ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия (344037, г. Ростов-на-Дону, 14 линия 63), e-mail: rnoi@list.ru

В связи с тем, что высокий уровень заболеваемости раком связан не только с канцерогенной ситуацией, но и с состоянием онкологической помощи населению и профилактической направленностью здравоохранения, мы изучили эту проблему в условиях Ростовской области в рамках оценки основных показателей онкологической помощи населению и особенно активной выявляемости рака и уровня его диагностики. Убедившись, что методы профилактики злокачественных новообразований, а также их скрининга, разрабатывают в основном онкологи, Ростовский научно-исследовательский онкологический институт разработал модель организационных форм профилактики онкозаболеваний в целях приближения доступа населения, при первом обращении к высококвалифицированным врачам – онкологам и современным методам диагностики рака. Для изучения эффективности этой модели в условиях крупного онкологического учреждения в «День профилактики онкозаболеваний» нами проведено сравнительное исследование такого приема в условиях общелечебной сети г. Ростова-на-Дону и произведено сопоставление результатов выявляемости онкозаболеваний органов головы и шеи.

Ключевые слова: рак щитовидной железы, полости рта, гортани, предраковые процессы, хронические заболевания органов головы и шеи, выявляемость онкозаболеваний, профилактический прием, скрининг.

SOME CHARACTERISTICS OF DETECTION OF ONCOLOGICAL DISEASES OF HEAD AND NECK ORGANS IN CANCER INSTITUTION AND INSTITUTION OF GENERAL HEALTH SERVICES

Kit O.I., Duritskiy M.N., Shelyakina T.V., Engibaryan M.A.

Rostov Research Institute of Oncology, Rostov-on-Don, Russia (344037, Rostov-on-Don, 14 Line, 63), e-mail: rnoi@list.ru

As the high incidence of cancer is associated not only with carcinogenic situation but also with the state of cancer care to the population and preventive healthcare, we studied this problem in Rostov Oblast in terms of evaluation of main parameters of cancer care to the population and especially active detection of cancer and level of its diagnostics. Making sure that methods of cancer prevention and screening are developed by oncologists mainly, Rostov Research Institute of Oncology developed a model of organizational forms of cancer prevention in order to facilitate access for the population at the first reference to highly qualified oncologists and modern methods of cancer diagnostics. To study the effectiveness of the model in a major oncological institution during the Day of cancer prevention we conducted a comparative study of such a reception of patients in an institution of general health services of Rostov-on-Don and compared results of detection of cancer of head and neck organs.

Keywords: cancer of the thyroid, oral cavity, larynx, precancerous processes, chronic diseases of head and neck organs, detection of cancer, prophylactic appointment, screening.

Учитывая тот факт, что скрининг рака является одним из основных путей снижения смертности от злокачественных новообразований и увеличения продолжительности жизни онкобольных, его эффективность зависит от ряда факторов, основными из которых являются – охват населения данного района до 70–80 %, его контингент, уровень квалификации врачей при первом обращении больного и возможность доступа к высокотехнологичным методам диагностики [7,8].

Профилактика предопухолевых и злокачественных новообразований всегда была и есть основной задачей деятельности практического здравоохранения. Однако разработкой организационно-методических мероприятий раннего выявления рака и особенно наиболее эффективного из них – скрининга рака, всегда занималась специализированная онкологическая служба, заинтересованная в обеспечении своевременным радикальным лечением выявленных больных.

Исторически сложилось так, что в конце 70-х, в 80-е годы разрабатывались все поэтапные организационные формы скрининга рака, с помощью которых буквально в процентах сужался круг обследуемых и производился последовательный отбор лиц с онкологическим риском, с последующим углубленным дообследованием. При этом добивались повышения показателя ранней диагностики рака только с помощью одних организационных мероприятий, например, при раке легкого на 30 % [8].

Однако в период с 90-х гг. в стране и особенно в отдельных регионах до 50 % – сократилось не только число ФАПов, смотровых кабинетов, но и онкокабинетов [3]. Профилактические осмотры проводятся формально, нет контроля их результативности, снизился уровень санитарной культуры населения, потеряла значимость преемственность между онкологической службой и учреждениями общей лечебной сети.

Вместе с тем активно возобновился скрининг рака с использованием прогностической карты отбора групп онкориска с обязательным предварительным изучением и уточнением факторов онкориска как региональных, так и индивидуальных, связанных с их воздействием на больного в период его жизни. С помощью такого скрининга добивались положительных эффективных результатов. Так, в повышении выявляемости рака толстой кишки в 2,5 раза рака шейки матки в 2 раза [2] в связи с автоматизацией отбора групп риска в Ростовской области, а в Краснодарском крае выявление рака шейки матки увеличилось в 2,5 раза [3, 4] в связи с совершенствованием цитологического метода – жидкостной цитологией. В 2013 году программа онкологического скрининга, как часть всеобщей диспансеризации населения, вновь официально запущена в Российской Федерации.

В г. Ростове-на-Дону на базе РНИОИ с 1982 г. проводился «День открытого приема населения» ежемесячно каждую первую и третью субботу [6].

Это мероприятие показало, что обращаются в основном лица высокого суперриска заболевания раком, среди которых выявляемость злокачественных новообразований превзошла величину этого показателя при активных профосмотрах в десятки раз. Однако недостатком его проведения был тот факт, что в выходные дни не всегда можно было обеспечить обратившихся пациентов всеми высококвалифицированными врачами онкологами и диагностическими службами.

Учитывая общепринятые в стране методы вторичной профилактики рака, свой опыт (скрининг рака легкого, желудка, шейки матки, «открытый прием» населения) РНИОИ совершенствовал эти формы и создал модель организационных форм профилактического обследования населения на базе крупного онкологического учреждения.

Как отмечается Петровой Г.В. [1], Мерабишвили В.М. [5], активное выявление предопухолевых заболеваний имеет важное значение не только для учреждений общелечебной сети, но и для онкологических учреждений, так как именно онкологи обеспечивают своевременное их лечение.

Согласно приказу министерства здравоохранения Российской Федерации № 915Н от 15.11.2012г. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю – онкология» важной задачей в развитии онкологической помощи является совершенствование отдельных компонентов организации противораковой борьбы, направленной на снижение заболеваемости злокачественными новообразованиями, инвалидизации и смертности от них путем поиска путей совершенствования ранней диагностики.

Цель исследования. Установить особенности выявляемости онкологических заболеваний на профилактическом приеме в крупном онкологическом учреждении «День профилактики онкозаболеваний».

Методы исследования. Изучение проведено на основе комплексного сравнительного исследования выявляемости онкозаболеваний органов головы и шеи в условиях крупного онкологического учреждения – Ростовского научно-исследовательского онкологического института и МСЧ завода Ростсельмаш на базе ДК «Ростсельмаш» с приглашением населения Пролетарского района в 2015 году. Профилактический прием проводил один коллектив высококвалифицированных лор онкологов института, дообследование выявленных больных с подозрением на онкозаболевания проводилось в институте с помощью высокоинформативных методов диагностики. В комплекс методов исследования вошли: социологический, скрининг рака полости рта, гортани, щитовидной железы и других лор органов; клинические (УЗИ, цитологический, морфологический), статистические.

Для оценки выбора организационной формы ранней диагностики рака, то есть метода его вторичной профилактики, важное значение имеет состояние онкологической помощи населению Ростовской области. Здесь дана оценка таким показателям, как: морфологическая верификация, распространенность опухолевого процесса при выявляемости рака в I – IIst, IVst, годовичная летальность, выявляемость рака при активных профосмотрах, удельный вес получивших спецлечение, удельный вес контингента больных, проживших 5 лет и более в период 2003–2012 г.

Результаты исследования и их обсуждение. Согласно данным таблицы 1 динамика величины показателя морфологической верификации с 2003 по 2012 гг. несколько изменилась: повысившись с 74,5 % в 2003 г. до 78,3 % в 2012 г. Согласно общероссийскому показателю, за этот период этот показатель также несколько возрос с 79,3 % в 2003 г. до 86,7 % в 2012 г. Это обстоятельство подтверждает и процент прироста удельного веса морфологической верификации с 5,1 % до 9,3 % соответственно за этот период.

Как известно, диагностика тесно связана с основным параметром прогноза онкологического заболевания – степенью распространенности опухолевого процесса, что очень важно для последующего выбора метода его лечения.

В целом по региону увеличился удельный вес общей выявляемости рака в I и II ст (таблица 1) в динамике с 43,9 % (в 2003 г.) до 54,6 % (в 2012 г.), превысив уровень федерального показателя – 50,4 % (в 2012 г.).

Таблица 1

Основные показатели онкопомощи населению Ростовской области в динамике за 10 лет

№ п/п	Показатели	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	РФ
1.	Удельный вес больных, подлежащих спецлечению (Шкл.гр. в %)	78,5	78,0	77,2	76,5	78,5	77,0	78,3	76,8	78,7	-	-
2.	Удельный вес больных IV кл.гр. (%)	21,5	22,0	22,8	23,5	22,4	23,0	21,7	23,2	21,3	22,1	21,2
3.	Удельный вес больных визуальных локализаций III ст.	6,2	6,3	6,0	6,0	6,3	6,0	6,2	6,2	6,2	21,8	21,5
4.	Общая запущенность	27,7	28,3	28,8	29,5	28,7	29,0	27,9	29,4	27,5	43,9	42,7
5.	Удельный вес больных I и II ст.	43,9	46,4	45,8	46,1	48,3	47,7	49,4	49,7	50,6	54,6	50,4
6.	Больные, находящиеся под наблюдением 5 лет и более (%)	52,0	51,2	51,0	51,0	51,1	51,2	51,2	51,3	51,6	29,0	36,3
7.	Одногодичная летальность	29,9	30,1	29,4	29,6	29,5	29,4	29,0	28,1	25,2	23,9	26,1
8.	Выявляемость рака при профосмотрах (% от заболевших)	6,9	10,4	8,5	5,5	6,2	7,2	6,5	6,3	7,1	7,4	15,6
9.	Больные, получившие спецлечение от подлежавших ему (%)	66,1	71,1	71,0	70,5	76,0	75,5	75,8	77,2	75,2	-	-
10.	Морфологическая (цитолог.) верификация рака (%)	74,5	74,6	75,3	74,9	78,7	78,9	78,8	79,1	77,6	78,3	86,7

Наиболее наглядно эти тенденции прослеживаются в показателях ранней диагностики визуальных локализаций – губы, полости рта и глотки, гортани, щитовидной железы, кожи и молочной железы (таблица 2). Так, рак губы в I и II ст. диагностировался с 1986 года по 2000 год с тенденцией к снижению уровня показателя – с 96,4 % до 82,9 %, а с 2000 г. по 2012 г. – к его повышению с 82,9 % до 90,3 %. Качество ранней диагностики рака полости рта ежегодно снижалось с 45,9 % (в 1990 г.) по 27,2 % (в 2012 г.) и величина этого показателя была ниже общефедерального – 36,4 % (2012 г.). При раке щитовидной железы процент выявляемости в I–II ст за этот период повысился с 63,6 % (в 1990 г.) по 97,5 % (в 2012 г.).

Таблица 2

Удельный вес больных с I и II стадиями из впервые заболевших (в %)

Наименование локализации	РФ	1986	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Злокачественные опухоли. Всего:	50,5	44,4	40,7	40,2	43,0	43,6	45,4	43,9	46,4	45,8	46,1	48,3	47,7	49,4	49,7	50,6	52,6
1. Губа	84,6	96,4	95,9	89,3	82,9	84,9	88,7	88,4	91,5	87,5	89,3	89,4	89,8	94,8	90,4	90,0	90,9
2. Полость рта и глотки	36,4	-	45,9	34,1	28,3	27,1	25,7	26,3	26,5	29,5	24,7	30,5	26,2	30,4	21,8	48,8	27,2
3. Пищевод	28,6	12,0	6,9	15,0	17,3	19,8	15,5	16,8	29,4	29,0	20,5	25,2	26,7	36,9	31,8	21,1	26,7
4. Желудок	28,7	9,4	11,8	10,2	9,4	11,5	15,1	13,1	15,5	16,3	17,1	18,8	20,6	22,9	23,6	21,2	27,4
5. Ободочная кишка	42,0	16,7	11,8	12,3	13,3	19,7	23,1	19,4	23,0	24,2	25,9	31,1	30,2	36,1	42,8	36,5	38,5
6. Прямая кишка	47,6	29,1	31,3	27,9	36,3	41,3	37,7	37,4	41,5	38,0	42,8	45,3	41,8	49,9	50,1	54,8	47,2
7. Гортань	34,2	46,4	32,9	27,9	37,1	37,3	42,2	31,9	30,6	27,6	22,8	21,7	27,0	32,8	29,0	28,6	32,5
8. Кожа	96,4	97,9	96,8	94,8	94,1	91,8	92,2	93,2	92,5	93,1	93,1	93,6	92,8	92,6	92,7	91,7	97,5
9. Молочная железа	64,5	63,1	60,4	59,3	57,1	57,2	57,5	62,9	62,1	62,6	62,7	59,9	60,5	62,1	63,1	61,6	62,9
10. Мочевой пузырь	69,1	53,6	55,0	58,9	62,2	64,0	67,1	61,7	62,7	65,9	67,4	68,6	70,7	72,6	74,1	76,0	75,8
11. Щитовидная железа	96,4	-	63,6	72,8	75,8	70,4	68,8	70,4	76,5	72,5	70,8	75,5	73,9	74,6	80,1	76,7	97,5

Ранняя диагностика рака гортани также находится на низком уровне – с некоторых скачков в 1986 г. (46,4 %) и в 2002 г. (42,2 %) этот показатель снизился (в 2012 г.) до 32,5 %, по России (34,2 % в 2012 г.).

Удельный вес IV кл. гр. визуальных локализаций, таких как – рак губы вырос в 2 раза, а полости рта – до 5 раз – с 9,2 % в 1990 году до 51,3 % в 2010 году, а в 2012 году – 41,8 % (РФ-28,1 %), а рака кожи – в 6 раз – с 0,3 % в 1970 году до 1,7 % в 2010 году, а в 2012 году в 2 раза – 0,7 %, и превзошел показатель по России (по РФ – 0,5 %) (таблица 3).

Таблица 3

Удельный вес IV клинической группы в общем числе больных с впервые установленным диагнозом

Наименование локализации	РФ																			
		1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Злокачественные опухоли. Всего:	21,2	11,6	9,4	9,8	17,1	19,7	20,3	21,7	20,6	20,0	21,5	22,0	22,8	23,5	22,4	23,0	21,7	23,2	21,3	22,1
1. Губа	3,9	-	-	-	-	1,3	1,3	4,5	2,3	3,2	3,4	1,8	5,5	4,5	4,9	6,5	0,0	2,6	3,1	2,3
2. Полость рта и глотки	28,1	-	-	-	-	9,2	12,9	28,3	26,5	42,2	40,7	45,5	34,8	44,4	42,1	40,9	38,7	51,3	28,0	41,8
3. Пищевод	29,2	10,6	3,5	8,3	19,5	22,1	25,6	31,4	26,0	27,9	27,2	27,4	30,6	33,9	34,8	37,1	24,3	41,7	24,8	41,8
4. Желудок	39,3	31,8	29,3	22,6	41,1	44,6	39,7	42,3	39,7	42,4	42,2	44,2	41,8	42,9	44,2	43,1	43,8	45,7	40,5	42,0
5. Ободочная кишка	27,5	-	13,5	15,1	25,3	32,9	34,1	28,1	27,7	26,5	26,3	28,9	28,8	28,8	23,8	26,2	24,0	25,9	24,1	26,0
6. Прямая кишка	23,2	12,8	11,1	13,8	21,6	24,8	31,9	26,8	24,1	22,8	26,1	24,0	30,0	28,6	24,8	28,9	22,6	21,8	23,6	25,3
7. Кожа	0,5	0,3	0,1	0,1	0,6	0,8	1,1	1,5	2,5	1,8	2,4	1,5	1,8	1,4	1,4	1,9	1,6	1,7	0,9	0,7
8. Молочная железа	9,2	6,8	4,0	7,4	6,6	11,3	12,3	14,6	14,8	13,4	12,8	12,5	13,4	13,1	12,2	11,6	10,6	11,4	11,9	12,7
9. Мочевой пузырь	10,0	10,7	8,4	6,6	9,9	7,1	10,3	6,6	5,5	6,7	10,6	9,0	8,1	6,9	8,7	7,8	8,8	8,8	6,2	6,4
10. Щитовидная железа	7,8	-	-	-	-	8,4	5,6	7,9	5,8	8,5	12,2	9,8	6,2	11,9	7,8	12,6	9,6	8,0	8,6	9,5
11. Гортань	-	-	-	-	-	5,3	4,5	12,6	10,4	6,6	9,2	11,6	14,7	21,1	16,3	21,5	15,1	22,4	17,4	12,4

Запущенность рака щитовидной железы постоянно колеблется от 8,4 % (в 1990 г.) до 12,6 % (в 2008 г.) и к 9,5 % (в 2012 г.), величина этого показателя также выше, чем по России (7,8 %).

Активная выявляемость рака при профилактических осмотрах несет в себе свои особенности (таблица 1). С одной стороны, в динамике (2003–2012 гг.) этих показателей отмечается положительная тенденция в росте их величины (с 6,9 % в 2003 г. до 7,4 % в 2012 г.), но она в 2 раза ниже общефедеральной (15,6 % в 2012 г.).

С другой стороны, этот показатель по городам области (в среднем за 2010 г.) непомерно низкий в г. Ростове – самом крупном городе (1,2 %), Шахты (3,3 %) и Волгодонске (2,3 %), а в сельских районах активная выявляемость злокачественных опухолей 1,1–2,0 % за счет ряда районов, так как в большинстве из них профосмотры отсутствуют.

Особенно это видно по данным активной выявляемости рака изучаемых нами локализаций (таблица 4).

Таблица 4

Выявление злокачественных новообразований при проведении профилактических осмотров (% от заболевших)

Наименование локализации	РФ	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Злокачественные опухоли. Всего:	15,6	6,5	8,5	5,5	6,3	7,2	6,5	6,3	7,1	7,4
1. Губа	25,4	11,9	9,3	8,0	9,8	2,8	5,2	8,7	30,2	8,1
2. Полость рта и глотки	10,8	5,5	6,0	1,4	2,6	2,5	0,6	1,8	28,0	6,3
3. Пищевод	4,7	0,0	0,8	0,9	0,0	0,9	1,0	3,0	0,0	0,0
4. Желудок	6,8	1,3	1,9	0,7	0,4	1,1	0,5	1,2	2,3	3,5
5. Ободочная кишка	4,5	1,4	5,4	0,2	0,3	0,1	0,4	0,4	0,6	0,0
6. Прямая кишка	10,3	3,9	15,9	1,4	3,8	4,2	2,8	2,9	6,4	9,9
7. Гортань	5,9	5,3	3,1	1,3	0,0	1,0	1,0	0,0	0,8	2,3
8. Кожа	25,9	11,4	11,2	7,6	6,9	11,4	10,4	6,7	9,2	13,7
9. Молочная железа	28,0	11,2	13,8	12,5	15,7	15,9	15,6	14,7	15,6	13,2
10. Мочевой пузырь	7,6	2,3	1,5	0,5	0,2	1,6	0,6	1,3	0,5	0,0
11. Щитовидная железа	19,2	3,0	10,8	15,2	8,5	9,3	8,5	5,9	7,3	12,3

Так, в 2012 г. не выявлено ни одного случая рака пищевода, ободочной кишки и мочевого пузыря. Был очень низкий уровень их показателей и в предыдущие годы, особенно рака ободочной кишки и мочевого пузыря. Выявляемость их доходила до 0,2 %, 0,1 % при показателях по России – равных – 4,5 % и 7,6 % соответственно.

Рак молочной железы, желудка, гортани и кожи активно выявлялся почти в 2 раза ниже общефедерального показателя. С опухолями щитовидной железы, прямой кишки, полости рта и глотки и губы имеет место аналогичная ситуация в течение всего периода наблюдения.

Все это свидетельствует о том, что в предыдущие десятилетия, разработанные ранее в области организационные рычаги профилактического обследования населения и скрининга злокачественных новообразований и внедренных не только по всей области, но и по России и доказавшие свою эффективность [8], превратились не только в формальность, а просто прекратили свою практику, то есть утрачены.

Вышеприведенная канцерогенная ситуация в области остро нуждается в действенных мерах профилактики злокачественных новообразований не только в условиях общелечебной сети здравоохранения, но и в активном подключении к ним онкологической службы и их преимущества в противораковой борьбе.

Вместе с тем существующие формы проведения массовых профилактических осмотров недостаточно эффективны для раннего выявления злокачественных опухолей, не только из-за формальности их проведения, но и недоступности к использованию современных высокоинформативных методов диагностики в условиях крупных медицинских учреждений

и, прежде всего, специализированных онкологических учреждений (институтах, диспансерах). Это доказывают такие показатели, как удельный вес больных, получивших специализированное лечение от числа подлежащих ему (таблицы 1), который имеет тенденцию роста в изучаемый период (2003–2012 г.) от 66,1 % до 75,2 %, при этом процент больных находящихся под наблюдением в течение 5 лет и более – до 2011 г. устойчиво находился до 51,6 %, и резко сократился до 29,0 % в 2012 г., то есть в 1,8 раз.

Эти и все выше приведенные данные еще раз подтверждают важность профессионального отбора больных с онкозаболеваниями и качества их диагностики для обеспечения своевременного лечения.

Учитывая вышеизложенное, в РНИОИ создали модель организационных форм профилактического обследования населения на базе крупного онкологического учреждения – «День профилактики онкологических заболеваний» с соответствующим Алгоритмом скрининга рака кожи, ЖКТ, ОГШ и молочной железы.

Алгоритм включает три этапа последовательных мероприятий подготовки и проведения профилактического приема пациентов, обратившихся в этот день.

I – этап – Организация потока различных контингентов населения на профилактический прием. Здесь такая работа направлена на формирование мотивации необходимости обращения в онкологическое учреждение по поводу изменения состояния своего здоровья.

II – этап – Организация, собственно, приема населения. Здесь очень важно организацию профилактического приема высококвалифицированными специалистами, обратившихся лиц, проводить изолированно от традиционного потока онкобольных, направленных в это учреждение.

III этап – Организация выявленных больных с подозрением на онкозаболевания на дообследование и лечение на базе клиник данного учреждения.

В результате проведенной подготовки из общего числа 2846 обратившихся пациентов на профилактические приемы в Ростовский научно-исследовательский онкологический институт выявлено 28,4 % лиц с подозрением на онкозаболевания (кожи, ЖКТ, ОГШ и молочной железы). Современными диагностическими методами обследования подтверждено 89 (12,2 %) случаев больных раком, 85 (11,7 %) случаев с развивающимися предраковыми процессами и 58 (8,0 %) случаев доброкачественных опухолей, то есть 232 онкозаболевания (31,8 %), из числа случаев с подозрением на рак. Все эти больные были госпитализированы в институт и пролечены.

В таблице 5 дана общая характеристика выявленных случаев рака, предрака и доброкачественных опухолей по отношению ко всем этапам отбора групп обследуемых:

обратившихся на профилактический прием, выявленных высококвалифицированными специалистами с подозрением на онкозаболевания и дообследованных высокоинформативными методами диагностики.

Таблица 5

Общая характеристика выявленных случаев онкозаболеваний с помощью скрининга
рака в условиях крупного онкоучреждения

Контингенты населения	Количество обследуемых	Количество выявленных онкозаболеваний		В том числе					
				рак		предрак		Доброкачественные	
		абс.ч	%	абс.ч	%	абс.ч	%	абс.ч	%
Обратилось	2846	232	8,2	89	3,4	85	3,0	58	2,03
Выявлено с подозрением высококвалифицированными специалистами	809	232	28,7	89	11,1	85	10,5	58	7,2
Дообследовано высокоинформативным методом	729	232	31,8	89	12,2	85	11,7	58	8,0

Примечание: расчет процента выявленных случаев онкозаболеваний по отношению к каждому этапу обследуемых (сужение круга обследуемых).

Величина процента выявленной патологии в зависимости от этого менялась:

- выявляемость случаев рака – от 3,4 % до 12,2 %;
- выявляемость случаев предрака – от 3,0 % до 11,7 %;
- выявляемость случаев доброкачественных опухолей – от 2,03 % до 8,0 %;
- выявляемость общего числа онкозаболеваний – от 8,2 % до 31,8 %.

Такой результат свидетельствует, прежде всего, о роли высокопрофессиональных специалистов – онкологов в своевременной диагностике рака при первом обращении пациента.

Учитывая факт положительных результатов эффективного скрининга рака кожи, ЖКТ, молочной железы и органов головы и шеи мы провели изучение значимости добровольного обращения населения в онкологическое учреждение на профилактический прием в выявляемости онкозаболеваний. С этой целью мы организовали сравнительный профилактический прием населения врачами лор-онкологами в общелечебной сети на базе ДК «Ростсельмаш» для населения Первомайского района г. Ростова-на-Дону с объявлением об этом приеме на заводе «Ростсельмаш» (с участием работников МСЧ) и в средствах массовой информации для населения Первомайского района. Для этого контингента населения была создана равная возможность в обследовании и диагностике

онкозаболеваний. Различие было только в учреждении, куда обращалось население на профилактический прием – онкологическое и неонкологическое.

Важным фактором сопоставимости результатов приведенных профилактических приемов населения являются:

1. МСЧ завода Ростсельмаш организовала этот прием на базе дворца «Ростсельмаш», чтобы была создана равнозначная возможность для обращения на прием и рабочих завода и жителей этого промышленного района.

2. Информацию о профилактических приемах население получило в основном из СМИ и объявлений.

3. Прием обратившихся проводился врачами лор-онкологами РНИОИ, без направлений и страховых свидетельств.

4. Все пациенты, с выявленным подозрением на онкозаболевания, проходили дообследования на базе РНИОИ с использованием высоких диагностических технологий.

5. Добровольно обратившиеся непосредственно в крупное онкологическое учреждение – сами принимали решения – переступить через порог этого учреждения в результате длительного страдания заболеванием лор-органов.

6. Обратившиеся в неонкологическое учреждение решили – использовать возможность свободного обращения к высококвалифицированному специалисту.

7. Различие в контингенте обратившихся заключалось в их психологическом состоянии, определившим выбор обращения к врачу – онкологу онкологического учреждения.

На этот прием обратилось 535 человек – из них мужчин 201 (37,6 %) и женщин 334 (62,4 %) без направления и медицинского полиса. Информацию о профосмотре онкологами обратившиеся узнали в 78,7 % на заводе, в 21,3 % из средств массовой информации (газет, электронной почты) и от знакомых.

В зависимости от места жительства – горожане составили 458 человек – 78,5 % (мужчин 30,7 %, женщин – 69,3 %), сельских жителей было 77 человек – 21,5 % (мужчин – 42,6 %, женщин – 57,4 %). С учетом возраста обратилось в основном трудоспособное население: от 20 до 59 лет 474 человека (88,6 %), в пенсионном возрасте от 60 лет и старше – 61 человек (11,4 %).

Из 535 человек у 51,8 % лиц обнаружена различная патология органов головы и шеи, особенно щитовидной железы. Патология щитовидной железы выявлена в 100 случаях (32,2 %): предопухольевые (7 случаев гиперплазии щитовидной железы), доброкачественные (9 случаев многоузлового зоба, 57 случаев узлового зоба, в том числе зоб Хошимото и

диффузный узловой зоб) и 31 случай аутоиммунного тиреоидита. Заболеваниями щитовидной железы страдают в основном городские жители – 89 человек (89,0 %).

Заболевания лор – органов выявлены у 171 пациента (55,0 %) – у 66 мужчин и 105 женщин. Причем, у всех выявлены хронические заболевания (аллергические риниты, ларингиты, гаймориты, хронические атрофические риносинуситы, фарингиты, тонзилиты и др.), ослабляющие иммунную систему. Независимо от возраста выявлены заболевания, практически, в равном количестве – по 35 случаев в каждой возрастной группе. Только в возрасте 50–59 лет выявлено 48 больных с хроническими процессами лор органов, а 60 лет и старше – 66 больных.

В молодом активном трудоспособном возрасте (от 20 до 49 лет) страдало хроническими заболеваниями 105 человек. Именно среди них выявлен 1 случай рака небной миндалины (у женщины 30 лет).

Патологию в области головы и шеи представили – предопухолевые заболевания (невусы кожи, папилломы и гиперплазии слизистой полости рта, лейкоплакии слизистой щеки), доброкачественные опухоли (дерматиты, экземы, папилломы, эпидермальные кисты, фибромы, липомы волосистой части головы, фибромы кожи лица, остеомы и др.), один случай рака кожи у городской жительницы в возрасте 70 лет (базально-клеточный рак).

Здесь очень важно отметить тот факт, что все больные, у которых были выявлены приведенные онкологические заболевания, а также длительно текущие хронические заболевания, относились к контингенту организованного населения, занятого на промышленном производстве с загрязненными условиями труда, т. е. к категории лиц повышенного онкологического риска, которые должны были ежегодно обращаться к лор-врачу для своевременного лечения таких заболеваний.

Наиболее наглядно результаты сравнительного анализа двух приемов населения в онкологическом и неонкологическом учреждениях представлены в таблице 6.

Таблица 6

Сравнительная характеристика выявляемости онкологических заболеваний лор-органов в РНИОИ и в МСЧ «Ростсельмаш» специалистами онкологами

№ п/п	Учреждение, где проводилось профилактическое обследование населения	Всего обработано	Выявлено лиц с подозрением на онкозаболевания		Выявлено лиц онкопатологией		В том числе подтверждено случаев						Хронические заболевания лор-органов	
							Рак		Предрак		Доброкачественные			
			абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
1.	РНИОИ	240	64	26,7	46	71,9	13	20,3	8	12,5	25	39,0	112	46,7
2.	МСЧ «Ростсельмаш»	535	311	58,1	115	37,0	2	0,64	28	9,0	85	27,3	170	31,8

3.	Общая выявляемость онкозаболеваний	775	375	48,4	161	42,9	15	4,0	36	9,6	110	29,3	282	36,4
----	------------------------------------	-----	-----	------	-----	------	----	-----	----	-----	-----	------	-----	------

Примечание: показатели подсчитаны из общего числа лиц с подозрением на онкозаболевания.

Здесь, на базе РНИОИ, выявлено хоть и в 2 раза меньше лиц с подозрением на рак 26,7 % и 58,1 %, но в их числе выявленных случаев с онкопатологией в институте в 2 раза больше (71,9 % и 37,0 %). Установлена высокая выявляемость больных со злокачественными новообразованиями, как в абсолютных числах 13 и 2 (в 6 раз выше), так и в удельном весе 20,3 % и 0,64 % (в 30 раз выше).

Следует обратить внимание и на высокое число выявленных случаев предрака (12,5 % по отношению к 9,0%), доброкачественных опухолей (39,0 % и 27,3 %) и даже хронических заболеваний лор-органов в условиях онкологического учреждения.

Поскольку оба профосмотра населения, явившегося на профилактический прием в РНИОИ и в ДК «Ростсельмаш» по поводу проблем лор органов, проводились и обследовались силами онкологов РНИОИ, то интересна суммарная выявляемость рака лор органов. В целом, онкологами РНИОИ при обследовании 775 человек выявлено 48,4 % лиц с подозрением на онкозаболевания, а из них с патологией подтвердили 42,9 % случаев, подтвержденных морфологически.

В числе подтвержденных случаев онкозаболеваний установлены: 4,0 % рака, 9,6 % предрака и 29,3 % больных с доброкачественными опухолями. Кроме того, с хроническими заболеваниями выявлено 36,4 %.

Здесь следует отметить, что такая выявляемость рака составила за 2 профилактических приема, в то время как по Ростовской области в течение всего года она составила 6,3 %.

Вывод. Таким образом, проведение «Дня профилактики онкологических заболеваний» является наиболее результативной и оправданной организационной формой в силу высокой онкологической настороженности специалистов онкологов, возможности использования супер высокотехнологической диагностической базы.

Целесообразно реализацию такого подхода использовать в ранней выявляемости злокачественных опухолей и других локализаций.

Список литературы

1. Злокачественные новообразования в России в 2013 году (заболеваемость и смертность) / под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. – М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздрава России, 2015. – 250 с.

2. Канторова А.А. Эпидемиология рака основных локализаций женских половых органов в Ростовской области. Оптимизация организационных форм их выявлений (на модели рака шейки матки): дис. ... канд. мед. наук. – Ростов н/Д, 2011 г. – 211 с.
3. Леонов М.Г. Онкоэпидемиологические аспекты разработки путей оптимизации профилактики и ранней диагностики рака шейки матки (на модели Краснодарского края): автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Ростов н/Д, 2011. – 46 с.
4. Леонов М.Г., Шелякина Т.В. Современные возможности профилактики и ранней диагностики рака шейки матки. – М.: Вузовская книга, 2012. – 288 с.
5. Онкологическая помощь населению / под ред. В.М. Мерабишвили. – СПб., 2001. – 199 с.
6. Сидоренко Ю.С. «Открытый прием» как одна из форм выявления онкологической патологии. // Актуальные вопросы совершенствования онкологического компонента диспансеризации: мат. Всесоюзной научной конференции. – Томск, 1990. – С. 84.
7. Ханов А.М. Современная система организационных форм активной профилактики рака молочной железы (на модели Республики Башкортостан): автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Ростов н/Д, 2001. – 49 с.
8. Шелякина Т.В. Организационные формы профилактики рака легкого в группах онкологического риска // Научные труды 2-ой областной научно-практической конференции. – Белая Калитва, 1996. – С. 17.

Рецензенты:

Каймакчи О.Ю., д.м.н., ассистент кафедры онкологии Ростовского государственного медицинского университета, г. Ростов-на-Дону;

Николаева Н.В., д.м.н., ассистент кафедры онкологии Ростовского государственного медицинского университета, г. Ростов-на-Дону.