

На правах рукописи

**Лавришев
Александр Константинович**

**РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ С ПОЗИЦИЙ
СОВРЕМЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИОННО- ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ
ПОДХОДОВ К УПРАВЛЕНИЮ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
(НА ПРИМЕРЕ Г.СТАВРОПОЛЯ)**

14.02.03 - Общественное здоровье и здравоохранение

14.01.17 - хирургия

**Автореферат
диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук**

Москва, 2010 г.

Работа выполнена в Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Ставропольская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

Научные руководители:

доктор медицинских наук, профессор
доктор медицинских наук, профессор

Ходжаян А.Б.
Муравьев А.В.

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор
доктор медицинских наук, профессор

Коротков Ю.А.
Татьянченко В. К.

Ведущая организация - ГОУ ВПО «Российский университет дружбы народов»

Защита состоится «2» июля 2010г. в 10 часов на заседании диссертационного совета Д 208.110.01 при ФГУ «Центральный научно- исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Росздрава» по адресу: 127254, Москва, ул. Добролюбова, д. 11.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГУ «Центральный научно- исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Росздрава» (127254, Москва, ул. Добролюбова, д. 11).

Автореферат разослан «28» мая 2010 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета
доктор медицинских наук

Пучков Константин Геннадьевич

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования. Одной из ведущих причин смертности населения являются злокачественные новообразования (Трапезников Н.Н. с соавт., 1996; Воробьев Г.И. с соавт., 2003; Михайлова Ю.В. и соавт., 2007). Доля рака прямой и ободочной кишок в структуре злокачественных новообразований всех локализаций составляет около 10%. В России ежегодно регистрируется более 40 тыс. новых случаев рака толстой кишки и этот уровень заболеваемости не снижается. Пятилетняя выживаемость при этом заболевании едва достигает 35-45%, а уровень инвалидности не имеет тенденции к снижению (Воробьев Г.И. и соавт., 2001, 2007). Одним из направлений снижения предотвратимой смертности при таком тяжелом заболевании, как рак толстой кишки (РТК), является первичная профилактика. Вместе с тем, онкологи, отдавая должное первичной профилактике, приоритетным направлением считают раннее выявление и диагностику злокачественных новообразований, то есть вторичную профилактику (Васильев И. Т. и соавт., 2003; Яицкий Н.А. с соавт., 2004; Giglio D. et al., 2004; Nemes R. et al., 2004).

Многими исследователями доказано, что появлению и росту доброкачественных опухолей толстой кишки часто предшествуют воспалительные и дегенеративные изменения слизистой оболочки толстой кишки и нет ни одного специфического признака этих заболеваний. Учитывая значимость этих заболеваний в возникновении опухолей толстой кишки, своевременное выявление и лечение хронических колитов можно рассматривать как возможный резерв снижения смертности от рака толстой кишки (Еремин В.А., 2007).

На любом этапе оказания лечебно-профилактической помощи больным с опухолевыми заболеваниями толстой кишки требуется четкая организация и преемственность в работе служб здравоохранения, особенно это касается диспансеризации. За последнее десятилетие зарегистрирован рост заболеваемости населения болезнями толстой кишки, и хотя существенно расширился объем помощи проктологическим больным, на региональном уровне не всегда принимаемые решения по оказанию помощи колопроктологическим больным соответствуют современным требованиям. В субъектах Российской Федерации не существует программ профилактики и раннего выявления доброкачественных и

злокачественных заболеваний толстой кишки. В связи с этим подавляющее большинство пациентов поступает в стационары с запущенными стадиями болезни на фоне развивающихся осложнений, что приводит к ухудшению результатов лечения и заметному увеличению стомированных больных.

Все вышеизложенное является обоснованием актуальности проведения диссертационного исследования.

Цель исследования. Разработать и научно обосновать программу ранней диагностики, лечения и диспансеризации больных раком толстой кишки.

Для достижения указанной цели были поставлены следующие задачи:

1. Изучить эпидемиологию рака толстой кишки в г.Ставрополе и Ставропольском крае в динамике за пять лет, выявить причины поздней диагностики заболевания.

2. Провести социологический опрос о мнении респондентов по поводу наличия у них колоректальных заболеваний, изучить частоту факторов риска РТК, а также уровень медицинской грамотности и активности населения.

3. Изучить частоту распространения среди населения болезней органов пищеварения в динамике за пять лет, в т.ч. влияние на ее уровень диагностики хронических неспецифических колитов, энтеритов.

4. Проанализировать работу гастроэнтерологических кабинетов поликлиник, кабинетов эндоскопической диагностики и изучить порядок ведения врачом общей практики больных с хроническими неспецифическими заболеваниями и функциональными нарушениями толстой кишки, а также пациентов с неясными или нечеткими жалобами абдоминального характера.

5. Разработать программу раннего выявления, лечения и диспансеризации лиц с колопроктологическими новообразованиями, основанную на взаимодействии и преемственности в работе врачей различных специальностей.

Научная новизна исследования заключается в том, что:

Установлены региональные границы предотвратимой летальности у лиц с незапущенными формами рака толстой кишки (ТК). Полученные результаты выявили значительную вариабельность в уровнях летальности больных в разные годы, что позволило получить представление о «фоновом уровне» летальности и потенциальных резервах ее предотвратимости.

Изучена заболеваемость населения болезнями органов пищеварения в динамике за пять лет, как в целом по городу, так и по отдельным поликлиникам, что дало возможность оценить качество диагностики этих болезней в различных амбулаторно-поликлинических учреждениях.

Проанализирована работа гастроэнтерологических кабинетов поликлиник города и проведена оценка качества медицинского обслуживания

врачами общей практики больных с воспалительными, дегенеративными заболеваниями и функциональными нарушениями ТК, а также пациентов с неясными и нечеткими жалобами абдоминального и общего характера. Выявлены существенные недостатки, определены резервы и разработаны конкретные рекомендации по совершенствованию организации медицинской помощи этой категории больных.

В динамике за 3 года проанализированы уровни и структура колопроктологической заболеваемости взрослого населения по данным обращаемости.

Разработана программа по раннему выявлению РТК, апробированная в лечебно-профилактических учреждениях города Ставрополя.

Практическая значимость работы определяется выводом об острой необходимости организации врачом общей практики (ВОП) систематического отбора из числа пациентов, посетивших кабинет, лиц, имеющих высокую степень риска РТК, с обязательной передачей этих пациентов в ЦАК для обследования и диагностики.

Внедрение анкетного скрининга в работу ВОП для отбора группы высокого риска РТК позволило увеличить число посещений в центр амбулаторной колопроктологии (ЦАК) в 1,47 раза и повысить выявляемость опухолей ТК в 1,17 раза (в сравнении с уровнем 2000 - 2006 гг.).

Проведенное комплексное социально-гигиеническое и клиническое исследование позволило разработать основные направления совершенствования и моделирования организации раннего выявления, лечения и диспансеризации лиц с колоректальными новообразованиями.

Основные положения, выносимые на защиту.

1. Характеристика эпидемиологической ситуации и причин поздней диагностики злокачественных новообразований толстой кишки в г.Ставрополе и Ставропольском крае.

2. Результаты изучения (на основании социологических опросов) мнения населения по поводу наличия у них колоректальных заболеваний и уровня медицинской грамотности и активности населения.

3. Результаты анализа частоты распространения среди населения болезней органов пищеварения, в т.ч. влияния на ее уровень диагностики хронических неспецифических колитов, энтеритов.

4. Результаты анализа деятельности гастроэнтерологических кабинетов поликлиник, кабинетов эндоскопической диагностики и порядка ведения врачом общей практики больных с хроническими неспецифическими заболеваниями и функциональными нарушениями толстой кишки, а также

пациентов с неясными или нечеткими жалобами абдоминального характера.

5. Программа раннего выявления, лечения и диспансеризации лиц с колопроктологическими новообразованиями, основанная на взаимодействии и преемственности в работе врачей различных специальностей.

Апробация работы и внедрение. Основные положения диссертационного исследования были доложены и одобрены на заседаниях научных конференций кафедр общественного здоровья и здравоохранения, хирургических болезней (2006, 2007, 2008, 2009). Материалы диссертационного исследования представлены и обсуждены на: VI конференции гастроэнтерологов Южного Федерального Округа (г. Ессентуки, 26-27 апреля 2007г.); XIV Российской гастроэнтерологической неделе (г.Москва, 6-8 октября 2008г.); XII Центральном Европейском конгрессе колопроктологов (г. Москва, 6-8 мая 2008г.); II съезде хирургов Южного Федерального Округа (г. Пятигорск, 8-9 октября 2009г.). Результаты исследования использованы при подготовке учебно-методического пособия «Организация стратегического планирования в здравоохранении. Часть 1» (2006), утвержденного в ФГУ «ЦНИИОИЗ» и информационного письма «Анализ качества медицинского обслуживания лиц, обращающихся в поликлиники с нечеткими жалобами абдоминального характера».

По результатам исследования опубликовано 9 научных работ, в том числе 3 в журналах, рекомендованных ВАК Российской Федерации, 1 монография.

Структура и объем диссертационной работы.

Диссертация изложена на 158 страницах основного текста, состоит из: введения, 7 глав, выводов, практических рекомендаций; библиографического указателя, включающего 246 источников, в т. ч. 160 отечественных и 86 зарубежных авторов, 6 приложений. Работа иллюстрирована 29 таблицами, 10 рисунками.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

В первой главе «Злокачественные опухоли толстой кишки как медико-социальная проблема» представлен обзор литературы и научных исследований, отражающих состояние проблемы злокачественных опухолей толстой кишки, изучены медико-социальные аспекты этой проблемы. Анализ литературы выявил недостаток работ, решающих проблему ранней диагностики опухолей толстой кишки с позиций современных организационно-функциональных подходов к управлению качеством медицинской помощи. Практически нет работ, которые бы предлагали пути улучшения преемственности в работе врачей различных специальностей по выявлению, диагностике и лечению больных колоректальными новообразованиями.

Во второй главе дана характеристика базы исследования, изложены методика и организация исследования.

В ходе исследования были использованы методы: эпидемиологический, социологического опроса, статистические методы, клинико-диагностические методы, моделирования и экспертных оценок, аналитический и метод анкетного скрининга.

В соответствии с целью и задачами исследования была разработана комплексная программа, которая была реализована в несколько этапов (табл. 1). Работа проводилась на базе Краевого онкологического диспансера, гастроэнтерологического кабинета МУЗ «Городская поликлиника №6», колопротологического отделения и эндоскопического кабинета МУЗ «2-я городская клиническая больница». Изучались показатели работы онкологической службы - уровень первичной заболеваемости РТК, своевременность диагностики,

одногодичная летальность, пятилетняя выживаемость, доля выявленных посмертно и др.). Для выявления причин поздней диагностики заболевания методом экспертных оценок изучено 107 историй болезни лиц, умерших от рака ободочной и прямой кишки. Было проведено анонимное анкетирование по специально разработанной анкете, позволяющей изучить мнение жителей о наличии у них колопроктологических заболеваний, их давности, врачебном наблюдении за течением заболевания и уровень медицинской грамотности. Анкеты распространялись среди работников предприятий, студентов ВУЗов и посетителей поликлиник города. Всего получено 508 анкет. На основании данных отчетной формы ФСН № 12, «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения» ряда поликлиник, была изучена заболеваемость по классу болезней органов пищеварения за период с 2001 - 2005гг. (всего 65 форм). Сопоставлялся уровень заболеваемости болезнями органов пищеварения в поликлиниках, где есть кабинеты: гастроэнтерологический, эндоскопический и УЗИ - диагностики, с теми, где их нет. Изучался порядок ведения больных хроническими колитами врачами общей практики, а также преемственность в обслуживании этих больных врачами различных специальностей. Проанализирована работа гастроэнтерологического кабинета МУЗ «Городская поликлиника № 6» и колопроктологического центра за 3 года: каналы поступления больных, число посещений в смену и за год, степень запущенности заболеваний при первичном обращении, методы диагностики опухолевых заболеваний толстой кишки, структура колопроктологической заболеваемости по обращаемости.

Для лечения заболеваний ТК применялась стандартная методика эндоскопической электроэксцизии полипов прямой и ободочной кишки с помощью эндоскопов «Olympus», использовались стандартные диатермические петли для полипэктомии «Olympus», электронож ЭН-57М.

Полипы размером до 1см на узком основании удаляли эндоскопически в амбулаторных условиях, с основанием или толщиной ножки более 1см, любых размеров, удалялись в стационаре. Полипы с основанием более 3см удалялись в стационаре хирургическим путем. Всего за период работы было удалено 365 полипов у 289 пациентов. Все удаленные полипы направлялись на гистологическое

исследование. Макроскопически полипы классифицировали по T.Yamada, гистологически - по международной классификации (Marson B.L., Soini H., 1976).

Статистическая обработка полученных данных включала в себя использование методов вариационной статистики, определения достоверности результатов исследований, сравнения средних величин и относительных показателей. Для анализа историй болезни пациентов, умерших от рака ТК применялся один из типов индивидуальных экспертных оценок - аналитическая экспертиза (Е.Н. Шиган, 1986).

В главе три представлены результаты изучения эпидемиологии рака толстой кишки в городе Ставрополе и Ставропольском крае. Эпидемиологическая ситуация в отношении онкологических заболеваний в России характеризуется ростом заболеваемости и снижением смертности от злокачественных новообразований, хотя уровень онкологической заболеваемости остается более низким в сравнении с большинством европейских стран, что свидетельствует о недовыявлении патологии среди населения. Отсюда и более высокая, чем в Европе, смертность от онкологических заболеваний, особенно у мужчин. Заболеваемость новообразованиями в Ставропольском крае представлена в таблице 2, из которой видно, что оба показателя в изучаемом районе в 1,5-2 раза ниже, чем в Ростовской области и Краснодарском крае.

Методы, материал исследования, источники информации

№ п/п	Задачи этапа	Методы исследования	Источники информации	Объекты и объем исследований
1.	Обзор литературы	Аналитический	Публикации	246 источников литературы
2.	Изучение работы онкологического диспансера, касающейся рака толстой кишки	Эпидемиологический Статистический Экспертной оценки	Истории болезни, медицинская документация	107 историй болезни, умерших от рака прямой кишки.
3.	Социологические исследования для: – изучения факторов риска рака толстой кишки; – изучение мнения о наличии колопроктологических заболеваний; – изучение уровня медицинской грамотности населения по изучаемой проблеме.	Социологический Статистический Аналитический Моделирование	Анкеты	508 анкет
4.	Анализ уровня заболеваемости населения по классу болезней органов пищеварения и анализ работы гастроэнтерологических и эндоскопических кабинетов города. Анализ качества диагностики заболеваний ТК врачами общей практики.	Эпидемиологический Статистический Социологический Клинико–диагностический	Годовые отчеты (отчетная форма № 12, №30), отчеты гастроэнтерологических и эндоскопических кабинетов. Медицинские карты амбулаторных больных.	Городские поликлиники №1,2,3,6,7(ДП) гор. б-цы №2.3,4 Отчеты учреждений - 65 Отчеты кабинетов за 3 года. 108 амбулаторных карт
5.	Анализ работы колопроктологического центра	Аналитический Клинико–диагностический Статистический Экспертной оценки	Годовые отчеты Амбулаторные карты	Колопроктологическое отделение МУЗ 2-я ГКБ. 289 историй болезни.

Регистрация больных новообразованиями на 100 тыс. населения

Территория	Зарегистрировано впервые на 100 тыс. населения		Зарегистрировано всего на 100 тыс. населения	
	2003г.	2004г.	2003г.	2004г.
РФ	897,1	961,1	3317,3	3468,2
Ставропольский край	564,5	570,7	2600,3	2650,9
Краснодарский край	1098,8	1307,2	6227,4	6438,1
Ростовская область	1176,9	1166,8	4230,0	4026,2

В г. Ставрополе уровень впервые зарегистрированных случаев злокачественных новообразований увеличивается по всем локализациям, в т.ч. по раку ободочной кишки и раку прямой кишки. Смертность от новообразований растет, а доля больных с 4 стадией заболевания не снижается.

Своевременность диагностики рака прямой кишки и рака ободочной кишки по степени тяжести представлена на рис. 1.

Выявлено, что доля запущенных случаев при раке ободочной кишки колеблется в пределах 67 - 69%, а при раке прямой кишки - 52 - 60%. Доля запущенных больных при РТК в среднем в 1,87 раза больше, чем при всех других локализациях вместе взятых. Выявляемость рака прямой кишки на профилактических осмотрах низкая - от 3,7 до 11,3%, а в отдельные годы 0%.

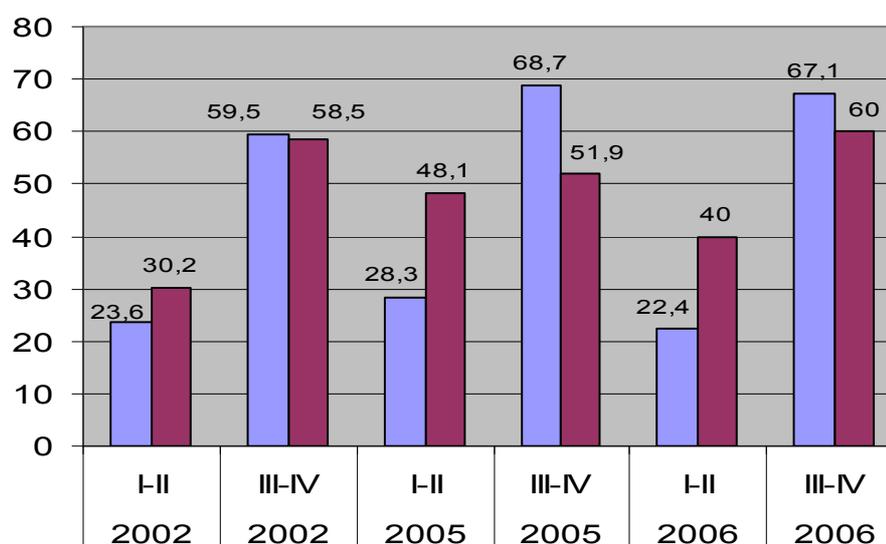


Рис. 1. Распределение больных с впервые зарегистрированным диагнозом рака прямой кишки (■ - ободочная кишка; ■ - прямая кишка)

Что касается рака ободочной кишки, то на профосмотрах за три года не выявлено ни одного случая этого заболевания. Была сопоставлена летальность лиц с незапущенными формами рака толстой кишки и с запущенными (табл. 3).

Данные таблицы свидетельствуют о том, что при раке ободочной кишки одногодичная летальность в запущенных стадиях заболевания в 1,5-2,0; а иногда и в 2,5 раза превышает уровень летальности больных, которым диагноз был поставлен в 1-й стадии. При раке прямой кишки указанные различия больше и степень достоверности выше.

В рамках концепции предотвратимой смертности онкопатология при современном уровне развития медицины и здравоохранения считается условно предотвратимой. Мы попытались изучить уровень одногодичной и пятилетней летальности у лиц, которым диагноз впервые поставлен в незапущенной стадии (I – II) заболевания. Результаты проведенных исследований одногодичной летальности в динамике за 7 лет даны в таблице 4.

Таблица 3

Одногодичная летальность больных раком прямой кишки и ободочной кишки при незапущенных и запущенных стадиях заболевания

2002 год															
Число впервые зарегистрированных больных раком ободочной кишки в 2001г.				Число больных умерших до 1 года с момента установления рака ободочной кишки				Число впервые зарегистрированных больных раком прямой кишки в 2001г.				Число больных умерших до 1года с момента установления рака прямой кишки			
Всего	Стадия заболевания			Всего	Стадия заболевания			Всего	Стадия заболевания			Всего	Стадия заболевания		
	I-II	III	IV		I-II	III	IV		I-II	III	IV		I-II	III	IV
69	15	23	31	27	3	8	16	56	22	18	16	14	2	5	7
Одногодичная летальность					20,0± 10,3	44,4±6,8 t=1,88		Одногодичная летальность					9,09± 6,1	35,3±8,2 t=2,56	
2005 год															
Число впервые зарегистрированных больных раком ободочной кишки в 2004г.				Число больных умерших до 1года с момента установления рака ободочной кишки				Число впервые зарегистрированных больных раком прямой кишки в 2004г.				Число больных умерших до 1года с момента установления рака прямой кишки			
Всего	Стадия заболевания			Всего	Стадия заболевания			Всего	Стадия заболевания			Всего	Стадия заболевания		
	I-II	III	IV		I-II	III	IV		I-II	III	IV		I-II	III	IV
82	19	29	34	38	6	14	18	59	25	19	15	13	1	4	8
Одногодичная летальность					31,6± 10,6	50,8±6,3 t=1.6		Одногодичная летальность					4,0±3 ,9	35,3±8,2 t=3,4	
2006 год															

Число впервые зарегистрированных больных раком ободочной кишки в 2005г.				Число больных умерших до 1года с момента установления рака ободочной кишки				Число впервые зарегистрированных больных раком прямой кишки в 2005г.				Число больных умерших до 1года с момента установления рака прямой кишки			
Всего	Стадия заболевания			Всего	Стадия заболевания			Всего	Стадия заболевания			Всего	Стадия заболевания		
	I-II	III	IV		I-II	III	IV		I-II	III	IV		I-II	III	IV
99	28	35	33	30	4	11	15	54	26	15	13	14	1	4	9
Одногодичная летальность					14,29 ±6,6	38,2±5,9 t=2,7		Одногодичная летальность					3,8 ±3,7	46,4±9,4 t=4,2	

Таблица 4

Динамика летальности от рака ободочной и прямой кишки в Ставропольском крае на 100 тыс. населения

	2000г.	2001г.	2002г.	2003г.	2004г.	2005г.	2006г.
Рак ободочной кишки	16,3 ±6,9	23,4 ±10,5	20,0 ±10,3	19,3 ±10,1	17,4 ±8,2	31,6 ±10,6	14,29 ±6,6
Рак прямой кишки	9,4 ±6,25	10,2 ±6,8	9,09 ±6,1	6,8 ±5,3	9,3 ±6,2	4,0 ±3,9	3,8 ±3,7

Данные, представленные в табл. 4, свидетельствуют о значительной вариабельности в уровнях летальности больных с незапущенными формами заболеваний: от 3,8 ±3,7% до 10,0±6,8 при РГЖ и от 14,3±6,6% до 31,6±10,6 при РОБК. Именно эта вариабельность и составляет резерв предотвратимости.

Результаты экспертной оценки качества лечебно-профилактической помощи больным, умершим от рака толстой кишки, по материалам историй болезни выявили, что на уровень летальности онкологических больных влияет множество факторов. Один из них - канал поступления больных в онкологический стационар. Так, на самообращение приходится 48,6±4,8% всех поступлений. На втором месте стоят городские поликлиники и диагностические центры, на третьем - амбулаторный колопроктологический центр. Незначительное участие в отборе и направлении больных принимают гастроэнтерологический кабинет Городской поликлиники № 6 и гастроэнтерологическое отделение 2-й городской клинической больницы.

Ведущими причинами запущенности онкологического процесса, по данным экспертной оценки, являются: скрытое течение заболевания - 21,5±3,9%; позднее

обращение к врачу общей практики - $27,1 \pm 4,2\%$, позднее обращение к специалисту - $41,1 \pm 4,8\%$, в том числе по вине работников здравоохранения - $20,5 \pm 6,1\%$. Дефекты диагностики и лечения в совокупности не превышают $6,6 \pm 2,4\%$, длительное обследование - $3,7 \pm 1,8\%$. Доля запущенных случаев высока: при РПК в среднем 56% , при РОБК - 68% , а выявляемость РПК на профилактических осмотрах низкая - в среднем $4-5\%$, а при РОБК - единичные случаи. Одногодичная летальность больных РТК при запущенных случаях в $1,5-2,5$ раза выше, чем при своевременном выявлении заболевания. Причины поздней диагностики по данным экспертной оценки (в ранговом порядке): позднее обращение к специалисту, позднее обращение к врачу общей практики, скрытое течение заболевания. В $50-60\%$ случаях пациенты обращаются в стационар в запущенных стадиях заболевания, с клиническими проявлениями болезни.

В главе IV представлены результаты социологического опроса населения.

Проведенное анонимное анкетирование жителей города Ставрополя позволило изучить распространенность корригируемых факторов риска, а также выявить резервы снижения предотвратимой смертности от РТК.

Социальный состав респондентов был следующим: рабочие составляли $25,9 \pm 1,9\%$, служащие - $34,6 \pm 2,1\%$, неработающее трудоспособное население - $4,5 \pm 0,9\%$, студенты ВУЗов - $12,8 \pm 1,5\%$, пенсионеры - $22,1 \pm 2,8\%$. При этом $31,5 \pm 2,1\%$ опрошенных имели высшее и неполное высшее образование, $41,3 \pm 3,18\%$ - среднеспециальное, $27,2 \pm 1,9$ среднее образование. Лиц с образованием ниже среднего не было. Из числа работающих респондентов ($n=308$) у $28,2 \pm 2,6\%$ характер работы был сменным, у $12,0 \pm 1,8\%$ работа была сопряжена с частыми командировками, $4,2 \pm 1,1\%$ имели на работе контакт с вредными веществами. Из общего числа опрошенных $39,6 \pm 2,2\%$ курят табак, $4,5 \pm 0,9\%$ употребляют крепкие спиртные напитки 2-3 раза в неделю, а $16,7 \pm 1,7\%$ употребляют их 2-3 раза в месяц. Практически ежедневно пьют пиво $14,4 \pm 1,6\%$ анкетированных, $53,3 \pm 2,2\%$ пьют его 2-3 раза в неделю, $32,3 \pm 2,1\%$ пьют пиво реже или вообще не пьют.

Регулярность приёма пищи и характер питания играют, как известно, большую роль в патогенезе РТК. По результатам опроса, красное мясо предпочитают $54,9 \pm 2,2\%$ респондентов. Не любят мясо и мало его едят $8,07 \pm 1,2\%$ анкетированных. У $48,8 \pm 2,2\%$ респондентов овощные салаты и овощные гарниры

присутствуют на обеденном столе практически ежедневно, у $41,9 \pm 2,2\%$ - 1-2 раза в неделю, а у $9,25 \pm 1,3\%$ - ещё реже. Свежие фрукты употребляют в пищу ежедневно $27,2 \pm 1,9\%$; $42,9 \pm 2,2\%$ едят их 1-2 раза в неделю, $29,9 \pm 2,0\%$ едят свежие фрукты редко. Более половины респондентов ($57,7 \pm 2,2\%$) принимают пищу 1-2 раза в сутки, $35,8 \pm 2,1\%$ едят 2-3 раза в сутки и только $6,5 \pm 1,1\%$ питаются 3-4 и более раз в сутки. Жареной пищи и копченостям отдают предпочтение $65,9 \pm 2,1\%$ опрошенных. Контролируют состав потребляемых продуктов $27,6 \pm 1,98\%$; используют фильтры для очистки питьевой воды $32,3 \pm 2,1\%$; уверены, что имеют лишний вес - $56,5 \pm 2,2\%$, а $36,0 \pm 2,1\%$ убеждены, что страдают гиподинамией, физической культуре уделяют внимание $32,3 \pm 2,1\%$ респондентов.

На вопрос анкеты: «Как Вы оцениваете состояние Вашего желудочно-кишечного тракта?» - $63,6 \pm 2,1\%$ респондентов ответили - «как удовлетворительное», $17,1 \pm 1,7\%$ - «как хорошее» и $19,3 \pm 1,8\%$ - «как плохое».

Из всех опрошенных 154 человека отметили, что болели раньше или страдают сейчас колопроктологическими заболеваниями (табл. 5).

Распространённость этой патологии по данным опроса в десятки раз превышает уровень заболеваемости по обращаемости в колопроктологический центр (рис. 2).

Женщины отметили достоверно большее число заболеваний, чем мужчины: $344,8 \pm 29,4$ против $259,1 \pm 27,8$ на тысячу взрослого населения соответствующего пола ($p < 0,05$). С возрастом число заболеваний, отмеченных респондентами, увеличивается. У лиц до 49 лет включительно этот уровень составил $155,9 \pm 19,7$ на 1000 населения соответствующего возраста, а для лиц 50 лет и старше - $601,2 \pm 37,8$ ‰.

Таблица 5

Распространённость колопроктологических заболеваний среди населения по данным анкетирования и по данным амбулаторного колопроктологического центра (за 2006 год)

Название заболевания	Распространённость колопроктологических заболеваний по данным анкетирования (на 2006г) 1000 взрослого населения	Зарегистрировано всего колопроктологических заболеваний за 2006 год амбулаторным центром колопроктологии (на 1000 взрослого населения)
Хронический колит	$23,6 \pm 6,7$	$0,43 \pm 0,04$
Неспецифический язвенный	$1,97 \pm 1,97$	$0,07 \pm 0,01$

колит		
Язвенный колит	3,9 ±2,8	0,02 ±0,01
Синдром раздражённой кишки	1,97±1,97	0,02 ±0,01
Геморрой	124,0 ±14,6	6,58 ±0,15
Парапроктит	15,7 ±5,5	0,47 ±0,04
Свищ прямой кишки	11,8 ±4,8	0,37 ±0,04
Полип толстой кишки	33,5 ±7,9	0,62 ±0,05
Трещина прямой кишки	27,6 ±7,3	0,83 ±0,05
Ректоцеле	15,7 ±5,5	0,18 ±0,02
Выпадение прямой кишки	–	0,02 ±0,008
Недостаточность анального сфинктера	7,9 ±3,9	0,097 ±0,02
Проктосигмоидит	1,97 ±1,97	0,08 ±0,02
Дивертикулёз толстой кишки	1,97 ±1,97	0,17 ±0,02
Кокцигодения	9,8 ±4,4	0,43 ±0,04
Дискинезия толстого кишечника	5,9 ±3,4	0,04 ±0,01
Остроконечные кондиломы	1,97 ±1,97	0,03 ±0,01
Дисбактериоз	13,8 ±5,2	0,01 ±0,01
Анальный зуд	–	0,08 ±0,02
Прочие заболевания	–	0,19 ±0,03
Всего	303,1 ±20,4	10,7 ±0,2

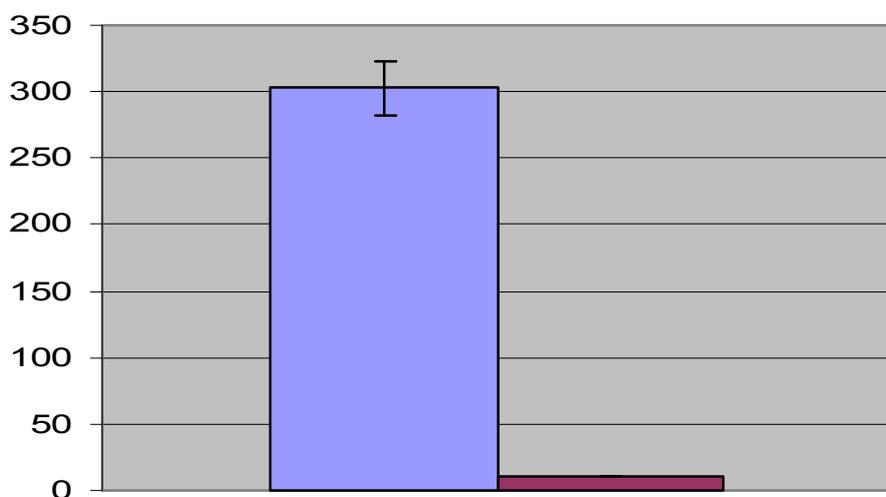


Рис. 2. Распространённость колопроктологических заболеваний среди населения по данным анкетирования и по данным амбулаторного колопроктологического центра (■ - по данным анкет ■ - по данным ЦАК)

Между возрастом и уровнем заболеваемости обнаруживается прямая и сильная корреляционная связь (кфц=+0,943, $p<0,01$). Изучение давности колопроктологических заболеваний показало, что в течение 1 года отмеченным заболеванием страдают $16,0 \pm 2,9\%$ анкетировавшихся, около 3 лет - $22,7 \pm 3,4\%$, около 5 лет - $26,6 \pm 3,6\%$, более 5 лет - $34,4 \pm 3,8\%$. Все респонденты, отметившие наличие

колопроктологической патологии ($n = 154$), лечились, причём $44,8 \pm 4,0\%$ - амбулаторно, $29,8 \pm 3,5\%$ - в стационаре, а $25,3 \pm 3,5\%$ - занимались самолечением. Доля эндоскопически обследованных из числа всех анкетированных - $28,9 \pm 2,0\%$ ($n = 147$). В том числе ректороманоскопий 64 ($43,5 \pm 4,1\%$), колоноскопий - 83 ($56,5 \pm 4,1\%$). Среди лиц до 49 лет доля эндоскопически обследованных - $6,8 \pm 1,4\%$ ($n = 23$), в возрасте 50 лет и старше - $73,8 \pm 3,4\%$ ($n = 124$) от числа лиц соответствующего возраста.

Вопрос анкеты: «Врачом какой специальности был поставлен диагноз колопроктологического заболевания?» выявил, что наибольшее число диагнозов колопроктологических заболеваний было установлено колопроктологами, хирургами и эндоскопистами. Из перечисленных в анкете жалоб, которые имеют место быть в настоящее время, респонденты отметили (в ранговом порядке в зависимости от удельного веса той или иной жалобы): запоры, поносы, боли в животе, боли в прямой кишке, кишечный дискомфорт, вздутие живота, выделение крови с калом, выделение слизи с калом, ложные позывы на стул и другие жалобы. Число лиц, отметивших жалобы - 256 ($50,4 \pm 2,2\%$ от числа опрошенных). Общее количество жалоб - 319. Не было жалоб у $49,6 \pm 2,2\%$ анкетированных.

На вопрос анкеты «Знаете ли Вы, что решающую роль в диагностике опухолевых заболеваний кишечника играет эндоскопическое исследование кишечника?» - $76,2 \pm 1,9\%$ респондентов ответили положительно. В то же время на вопрос «Знаете ли Вы, что каждому взрослому человеку, достигшему 50 - летнего возраста необходим регулярный (1 раз в 2-3 года) эндоскопический контроль состояния кишечника?» Положительно ответили лишь $17,1 \pm 1,7\%$ анкетированных. Потребность по собственному желанию пройти диагностическое обследование желудочно-кишечного тракта возникала у $22,8 \pm 1,9\%$ опрошенных. Отрицательно ответили 392 человека ($77,2 \pm 1,9\%$). Причины отрицательных ответов были следующими (в ранговом порядке): недостаток времени, материальные затруднения, недостаток информации о необходимости проведения такого обследования и о работе колопроктологической службы, отсутствие жалоб со стороны желудочно-кишечного тракта и плохая организация и низкое качество работы ЛПУ. На предложение пройти такое обследование бесплатно и в удобное для пациента время дали согласие $82,9 \pm 1,7\%$ респондентов.

Источниками медицинских знаний для $44,3 \pm 2,2\%$ респондентов явились радио и телепередачи, для $27,2 \pm 1,9\%$ - журналы, газеты, брошюры, для $18,1 \pm 1,7$ - сведения, полученные от родственников, знакомых и коллег по работе и для $12,0 \pm 1,4\%$ - специализированный прием врача.

Таким образом, опрошенный контингент населения можно считать социально адаптированным, но частота факторов риска РТК среди опрошенных достаточно велика. Важнейшим фактором риска РТК является наличие у пациента колопроктологических заболеваний.

В главе V приведен анализ качества медицинского обслуживания лиц, обращающихся в поликлинику с неясными или нечеткими жалобами абдоминальными и общего характера.

Ведущей причиной гибели больных раком толстой кишки является, как известно, поздняя диагностика, поэтому изучение организации медицинского обслуживания было начато с анализа работы гастроэнтерологической службы города, который показал, что врачей эндоскопической диагностики не хватает, поскольку одно физическое лицо выполняет двойную и даже тройную нагрузку. В 2006 году в целом проведено 540 колоноскопий, процент цитоморфологических исследований от числа колоноскопий - $15,0 \pm 1,5\%$ ($n = 81$). Это низкий процент, особенно это касается ГКДП. Анализ работы гастроэнтерологического кабинета МУЗ «Городская поликлиника №6» показал, что за 2007 год сделано к врачу кабинета 5 251 посещение (норматив - 3 650 посещений). Следовательно, нагрузка врача составила 143,9%. Всего зарегистрировано 628 заболеваний по классу болезней органов пищеварения, из них впервые в жизни зарегистрировано 66 случаев, что от всех зарегистрированных заболеваний составляет $10,5 \pm 1,2\%$.

Из таблицы 6 следует, что на долю хронических неинфекционных энтеритов и колитов приходится $2,4 \pm 0,6\%$ (VI ранговое место), причём впервые зарегистрированных случаев за 2007 г. не было. Таким образом, на 5251 посещения - 66 обращений по поводу вновь зарегистрированных болезней; 27 пациентов из общего числа посещений оказались здоровы; остальные 5158 посещений сделаны по поводу заболеваний, диагноз которых был установлен ранее, т.е. на каждое заболевание приходилось в среднем 9,17 посещений.

Если учесть, что диагноз был установлен ранее, то можно сделать вывод о том, что гастроэнтеролог занимается не столько консультативно- диагностической работой, сколько лечебной.

Таблица 6

Структура всех зарегистрированных заболеваний по данным гастроэнтерологического кабинета МУЗ «Городская поликлиника №6»

<i>Название заболевания</i>	<i>Число зарегистрированных случаев (всего)</i>	
	<i>абсолютное число</i>	<i>% к итогу</i>
Болезни желчного пузыря и желчевыводящих путей	157	25,0± 1,7
Язвенная болезнь желудка и 12–перстной кишки	144	22,9± 1,7
Хронические гастриты и гастродуодениты	136	21,7±1,6
Болезни поджелудочной железы	104	16,6±1,5
Другие болезни желудка и 12–перстной кишки	24	3,8±0,8
Хронические неинфекционные энтериты и колиты	15	2,4±0,6
Болезни печени	12	1,9±0,5
Прочие заболевания	36	5,7±0,9
Итого	628	100%

Гастроэнтерологический кабинет консультативно-диагностической поликлиники №7 работает интенсивнее. При меньшем числе посещений в год (4 559) число зарегистрированных заболеваний в 1,6 раза выше - 1 004, а доля впервые зарегистрированных болезней - в два раза больше - 19,1±1,2% (192 случая). Доля хронических неинфекционных энтеритов и колитов составила 4,08±0,6 %, что в 1,7 раза больше, чем в Городской поликлинике №6», причем, 13 случаев (1/3 от всех энтеритов и колитов) были зарегистрированы впервые в жизни. Это можно объяснить большим набором диагностических исследований и правильной организацией работы гастроэнтеролога.

В решении проблем ранней диагностики РТК важны вопросы обеспеченности гастроэнтерологами, рентгенологами, врачами-эндоскопистами. Во всех поликлиниках города, кроме поликлиники №7, пациенты «стоят» в очереди на получение талонов на колоноскопию, ирригоскопию, к гастроэнтерологу, что затягивает сроки подтверждения диагноза.

В городе 4 эндоскопических кабинета, в которых работают 5 врачей эндоскопической диагностики. У 3 врачей высшая квалификационная категория, у остальных - вторая. Колоноскопию проводят только в двух кабинетах: в МУЗ «2-я

городская клиническая больница» (от 150 до 250 исследований в год) и в городской консультативно-диагностической поликлинике №7 (от 270 до 400). Доля колоноскопий от всех эндоскопических исследований составляет от 6,5 до 7,0% в ГКДП и от 7,5 до 11% МУЗ «2-я городская клиническая больница». Доля проведенных биопсий от числа колоноскопий в ГКДП от 1,5 до 4,8%, в стационаре - от 13,9 до 47,9%.

Более высокий уровень заболеваемости болезнями органов пищеварения в целом и хроническими неинфекционными энтеритами и колитами отмечается в зоне обслуживания поликлиники №7 - консультативно-диагностической. В МУЗ «Городская поликлиника №3», наиболее удаленной от центров специализированной помощи, уровень заболеваемости в 2-3 раза ниже. В целом по городу за год регистрируется от 600 до 1000 больных хроническими неинфекционными энтеритами и колитами, в том числе от 70 до 140 случаев регистрируется впервые в жизни. Гастроэнтеролог консультирует лишь 8-10% больных хроническими колитами, остальные пациенты обращаются к ВОП (участковому врачу), хирургу, которые направляют их в центр амбулаторной колопроктологии. По данным ЦАК за год в учреждение обращается около 200 больных с хроническими колитами и другими воспалительными, дегенеративными заболеваниями толстого кишечника, синдромом раздраженной кишки. По отношению к общему числу больных хроническими колитами различных этиологий регистрируемых в городе - это 20-30%.

Изучение 108 амбулаторных карт больных с воспалительными, дегенеративными и функциональными заболеваниями толстого кишечника, которые обслуживаются ВОП (не прибегая к помощи узкого специалиста) показало, что всем 108 больным проведены такие виды исследований, как общий анализ крови и мочи, а также эндоскопия (ректороманоскопия - $29,6 \pm 4,4\%$, и колоноскопия - $70,4 \pm 4,4\%$). Гистологические и копрологические исследования проведены соответственно в $1,85 \pm 1,5\%$ и $11,1 \pm 3,0\%$ случаев; исследование кала на дисбактериоз и УЗИ органов брюшной полости соответственно в $31,5 \pm 4,5\%$ и $38,9 \pm 4,7\%$ случаев, ирригоскопия в двух случаях ($1,85 \pm 1,3\%$). Диагноз ставился в основном по данным эндоскопического исследования, но обследование больных, как видно из приведенных данных, было недостаточным. Так как пациенты были

недообследованы, судить о качестве диагностики невозможно. Формулировка диагноза в амбулаторной карте отражала этиологию и локализацию, а в двух случаях - ещё и характер морфологических изменений. При этом в формулировке диагноза не было указаний на степень тяжести заболевания, на характер течения, на фазу заболевания. Не отражен также характер функциональных нарушений.

Центр амбулаторной колопроктологии работает с 1999 года и имеет в своей структуре консультативный кабинет и отделение на 40 проктологических коек. Работает 6 колопроктологов: 3 врача со стажем работы более 15 лет, имеющие первую и высшую квалификационные категории, и 1 врача со стажем до 5 лет, не имеющие категории. ЦАК принимает пациентов как по направлениям ЛПУ, так и обратившихся самостоятельно.

Большое число лиц обращается в ЦАК с острой и неотложной патологией. По направлениям поликлиник обращаются в ЦАК $21,8 \pm 0,6$ % пациентов. $13,0 \pm 0,2$ % больных поступает из различных отделений городских больниц. Чаще других направляет больных на консультацию гастроэнтерологическое отделение МУЗ «2-я городская клиническая больница». Доля направленных из ККДЦ и городской КДП составляет $2,16 \pm 0,2$ %. Эти больные обращаются в ЦАК уже обследованными. По направлениям ЦР и участковых больниц обращается $4,1 \pm 0,3$ % пациентов, $58,9 \pm 0,7$ % обращаются самостоятельно.

Всего в центр амбулаторной колопроктологии в 2006г. сделано- 2686 посещений, в 2007 - 2364. Доля первичных посещений в 2006 и 2007 гг. составила соответственно: $77,99 \pm 0,8$ % и $77,07 \pm 0,9$ %, доля профилактических посещений - $1,7 \pm 0,2$ (n = 46) и $1,3 \pm 0,2$ % (n = 31). В 2006 г. практически каждый четвертый обратившийся ($23,9 \pm 0,8$ %) нуждался в госпитализации, в 2007г. это был каждый пятый ($20,6 \pm 0,8$ %), в том числе в экстренной госпитализации нуждались соответственно по годам: $6,4 \pm 0,5$ % и $3,47 \pm 0,4$ % пациентов. Доля мужчин составляла 42%, женщин - 57%.

Мужчины чаще обращаются к колопроктологу с запущенными формами заболевания. Из числа всех женщин, посетивших колопроктолога по поводу геморроя, IV стадию заболевания имели $12,5 \pm 0,8$ % пациенток. У мужчин этот процент в два раза выше - $24,07 \pm 1,1$ %. Женщины чаще обращаются к

колопроктологу с профилактической целью: из 77 пациентов, посетивших ЦАК и оказавшихся здоровыми, женщины составляли 74,0±4,9% (n = 57).

Число выполненных жестких ректоскопий с каждым годом снижается. В 2006 году - 402 исследования (14,9±0,63%), в 2007 - 268 (11,3 ±0,65% от числа обратившихся). Доля биопсий от числа ректоскопий за 2 года составила соответственно: 1,74±0,65% и 2,61±0,97%.

Таблица 7

Название заболевания	Зарегистрировано заболеваний (всего)			
	2006 г.		2007 г.	
	Абсолютное число	% к итогу	Абсолютное число	% к итогу
Острый парапроктит, свищи прямой кишки	245	7,46±0,5	239	8,72±0,5
Копчиковая киста наги, и эпителиальный копчиковый ход	78	2,38±0,3	95	3,46±0,3
Геморрой острый и хронический	1908	58,1±0,9	1428	52,1±0,95
Злокач. новообраз. толстой и прямой кишки	114	3,47±0,3	59	2,15±0,8
Полипы ТК, анальные полипы, кондиломы	189	5,76±0,4	151	5,51±0,4
Анальные трещины	240	7,31±0,5	235	8,57±0,5
Ректоцеле и выпадение прямой кишки	52	1,58±0,2	88	3,21 ±0,3
Недостаточность анального сфинктера	28	0,85±0,2	20	0,73±0,16
Синдром раздраженной толстой кишки	11	0,33±0,3	21	0,77±0,17
Дивертикулез толстого кишечника	48	1,46±0,2	36	1,31 ±0,2
Хронический неинфекц. колит	148	4,51±0,4	149	5,43±0,4
Неспецифический язвенный колит	19	0,58±0,1	15	0,55±0,14
Болезнь Крона	1	0,03	1	0,04±0,03
Диффузный семейный полипоз	-	-	2	0,07±0,05
Анальный зуд, дерматиты	30	0,9±0,2	20	0,73±0,16
Кокцигодении и анальные невралгии	126	3,84±0,3	105	3,83±0,4
Пр. колопроктологические заболевания	47	1,43±0,2	78	2,84±0,3
Всего	3284	100%	2742	100%
Другие заболевания	170		120	
Итого	3454		2862	

Из таблицы 7 следует, что острая колоректальная патология и ее последствия составляли в 2006 г. - 67,9%, в 2007 г. - 64,3%), то есть 2/3 всех обратившихся в ЦАК - это больные, большая часть которых нуждается в госпитализации. Значительно количество лиц с новообразованиями. Болезни этого класса занимают II место в структуре всех зарегистрированных в ЦАК заболеваний после острой колоректальной патологии и ее последствий. В 2006 году диагноз «новообразование» был поставлен каждому 11 (9,3%), а в 2007 - каждому 13 (7,7%

) от общего числа зарегистрированных заболеваний). В том числе доля злокачественных процессов составляла соответственно по годам - 3,47% и 2,15%. На долю воспалительных, дегенеративных, атрофических заболеваний слизистой оболочки ТК, в целом, приходится соответственно по изучаемым годам 6,3% и 7,51%.

Изучение показателей работы колопроктологического отделения МУЗ «2-я городская клиническая больница» показало, что среднегодовая занятость койки за последние пять лет была ниже нормативной (в среднем 321 день), средняя длительность пребывания больных в отделении - в среднем 8,4 дня, что связано с наличием кабинета, в условиях которого больной обследуется до поступления в стационар и долечивается после выписки из него.

Таким образом, ранняя диагностика заболеваний невозможна без правильной организации специализированной помощи. Чтобы приблизить гастроэнтерологическую помощь к населению, необходимо организовать прием гастроэнтеролога в каждой поликлинике хотя бы 1 раз в неделю, подготовить врачей эндоскопической диагностики для проведения колоноскопии в эндоскопических кабинетах городских больниц. Расчет потребности населения в гастроэнтерологической помощи свидетельствует о необходимости введения дополнительно 2,75 ставки гастроэнтеролога.

Глава VI «Организация выявления, лечения и диспансеризации больных с предраковыми заболеваниями толстой кишки» посвящена вопросам организации выявления, лечения и диспансеризации больных с предраковыми заболеваниями.

Неспецифический язвенный колит - это тяжелое заболевание кишечника неясной этиологии, которое встречается сравнительно редко. По данным ЦАК доля его в структуре колопроктологической заболеваемости составляет 0,55 - 0,58 %, болезнь Крона - 0,03-0,04%. Лечение таких больных проводится в колопроктологическом отделении 2-й городской клинической больницы, а долечивание и диспансеризация в консультативном кабинете ЦАК.

Главную проблему составляют полипы ТК, которые более чем в 90% случаев представляют собой истинные железистые образования, аденомы, предраковые опухоли. Широкое применение колоноскопии улучшило диагностику полипов ТК. Массовый скрининг здоровых лиц путем регулярной эндоскопии ТК, либо

применения высокоинформативного рентгенологического исследования ТК (ирригоскопии) не эффективен. Наиболее целесообразной признана методика диагностического скрининга лиц из группы повышенного онкологического риска. Формирование таких групп проводится в амбулаторно-поликлинических учреждениях ВОП, которые и направляют этих пациентов к колопроктологу в ЦАК, что способствует раннему выявлению доброкачественных и злокачественных новообразований толстой кишки.

Как известно, все попытки консервативного лечения толстокишечных полипов оказываются неэффективными. Вопрос о лечебной тактике при полипах толстой кишки остается не только актуальным, но и спорным в значительной степени, несмотря на большое количество работ в данной области. Мы попытались определить наиболее рациональные способы эндоскопического удаления полипов толстой кишки в зависимости от их формы и величины. За период с января 2000 по декабрь 2006гг. у 289 пациентов было удалено 365 полипов.

Из таблицы 8 следует, что наибольшее число полипов располагается в сигмовидной кишке - $35,9 \pm 2,5\%$, на втором месте прямая кишка - $29,0 \pm 2,4\%$; на третьем месте ободочная кишка - $27,9 \pm 2,3\%$. Обращает на себя внимание тот факт, что значительная часть полипов ($64,9 \pm 2,5\%$) локализуется в прямой и сигмовидной кишке.

Таблица 8

Характеристика полипов, выявленных при колоноскопии в эндоскопическом кабинете МУЗ «2-я городская клиническая больница»

Локализация полипов				
Годы	Прямая кишка	Ректосигмоидный отдел	Сигмовидная кишка	Ободочная кишка
2000	3	—	9	2
2001	12	2	15	14
2002	21	3	14	12
2003	15	7	24	14
2004	16	2	27	21
2005	17	3	17	18
2006	22	9	25	21
Всего	106	26	131	102
Доля в %	$29,0 \pm 2,4$	$7,1 \pm 1,3$	$35,9 \pm 2,5$	$27,9 \pm 2,3$
Размеры полипов				
Годы	До 0,5 см.	0,5-1 см	1-3 см.	Более 3 см.
2000	2	6	6	-
2001	11	22	10	-
2002	10	24	15	1

2003	15	34	9	2
2004	14	37	11	4
2005	14	29	9	3
2006	17	39	19	2
Всего Асб.число	83	191	79	12
Доля в %	22,7±2,2	52,3±2,6	21,6±2,2	3,3±0,9

Если к этому добавить ректосигмоидный отдел - $7,1\pm 1,3\%$, то получится $72,0\%$ всех полипов, которые локализуются на расстоянии 60-65 см от ануса. Можно сделать вывод, что широко применяемый в практике здравоохранения жесткий ректоскоп малоинформативен для скрининговых исследований. Для этих исследований подойдет комфортный, гибкий 60-сантиметровый сигмоэндоскоп. Размеры полипов колебались от самых маленьких - менее 0,5 см., до 12 см. по длине. Полипы размером до 1 см. в целом составляли $75,0\%$ от всех выявленных. Уместно заметить, что располагались они чаще в прямой и сигмовидной кишке. Доля полипов размером от 1 до 3 см составляла $21,6\pm 2,2\%$, а размером более 3 см. - $3,3\pm 0,9\%$.

Важной остается проблема рецидивирования полипов после их удаления.

Различные авторы предлагают самые разные сроки контрольной колоноскопии: от 3 мес. до 5 лет. Трудно унифицировать сроки повторных колоноскопий, но ясно одно утверждение: эти больные должны быть взяты на учет и регулярно наблюдаться. Если индекс малигнизации минимальный, то контрольная колоноскопия может быть назначена через 2-3 года. Если степень малигнизации выше - через год. После удаления крупных полипов контрольная колоноскопия необходима 1-2 раза в год, в течение нескольких лет. В случае очень высокого риска - контроль необходим уже через 3 мес.

Мы используем индивидуальный подход к назначению контрольной колоноскопии в зависимости от формы, размера и степени малигнизации полипа, от послеоперационного течения. Все пациенты после полипэктомии состоят на учете и наблюдаются в соответствии с показаниями при той или иной патологии. Диспансерное наблюдение осуществляют как врачи амбулаторного центра, так и врачи колопроктологического отделения больницы. При наблюдении за 289 больными после полипэктомии от одного года до 6 лет рецидивы обнаружены у 31 больного ($10,7\pm 1,8$).

Глава VII «Программа организации раннего выявления, лечения и диспансеризации лиц с колоректальными новообразованиями».

Программа состоит из 5 этапов, включает в себя все уровни профилактики и лечебной помощи и направлена на оптимизацию всех этапов диспансеризации.

I ЭТАП. Выявление лиц, имеющих факторы высокого риска РТК, больных ГТК и другими заболеваниями толстого кишечника.

На первом этапе применяется методика анкетного скрининга. Данный метод широко применяется для первичного формирования групп риска по системно-организационному признаку и позволяет проводить отбор лиц, имеющих высокую степень риска заболевания РТК, которые затем подвергаются лабораторному и диагностическому скринингу. Методика предусматривает поэтапное дообследование пациентов на выявление рака и других заболеваний ТК.

На амбулаторном приеме ВОП (участковые врачи) предлагают пациентам заполнить анкету. Если пациент отмечает наличие у него 1-2-х факторов высокого риска РТК или 1-2-х факторов, предрасполагающих к заболеванию РТК, пациента относят к группе повышенного или высокого риска РТК.

II ЭТАП. Учет выявленных пациентов.

Врач общей практики/участковый терапевт заполняет на каждого пациента, отнесенного к группе повышенного или высокого риска РТК, форму №030/У «Контрольная карта диспансерного наблюдения». Врач общей практики/участковый терапевт направляет пациента на первичное обследование к специалисту-колопроктологу и осуществляет контроль за посещением пациентом колопроктологического кабинета. Колопроктолог, если это необходимо, проводит дообследование, после чего делает заключение о состоянии здоровья пациента. В случае выявления предракового или ракового заболевания ТК больной ставится на учет в ЦАК, где на него заводится форма № 030/У, назначается лечение и составляется план ведения больного.

III ЭТАП. Проведение лечебно-профилактических мероприятий.

Выявленные больные с предраковыми, раковыми и другими заболеваниями ТК проходят лечение и реабилитацию в условиях ЦАК и в колопроктологическом отделении МУЗ «2-я городская клиническая больница № 2». Часть больных направляется на лечение в онкологический диспансер.

IV ЭТАП. Наблюдение за больными, прошедшими лечение по поводу рака, предрака, или других заболеваний ТК.

Кратность посещения колопроктолога, контрольные колоноскопии и другие виды исследований проводятся индивидуально в зависимости от диагноза, особенностей течения заболевания, данных патогистологических исследований и других факторов. Так как подавляющее число рецидивов заболевания возникает в течение первых двух лет после операции, в этот период проводят особо тщательное эндоскопическое обследование.

После удаления единичных железистых полипов контрольная эндоскопия показана через 12 и 24 мес. с последующим ежегодным повторением. У больных с множественными полипами и при выраженной ворсинчатой трансформации (железистые полипы) на протяжении первого года показано 2 контрольные эндоскопии (через 6 и 12 мес.), а затем ежегодное их повторение. После эндоскопического удаления ворсинчатых опухолей и полипов с начавшейся малигнизацией интервалы между контрольными эндоскопиями сокращаются до 3 мес. на протяжении первого года и до 6 мес. во второй год, далее эти исследования проводятся ежегодно. Такие же сроки контрольных эндоскопий у больных после радикальных операций по поводу РТК.

Наблюдение за больными, оперированными по поводу доброкачественных опухолей ТК, осуществляет колопроктолог ЦАК. Диспансеризацию больных, у которых удалены озлакачествленные полипы или сделаны радикальные операции по поводу РТК, проводит онколог, работающий в тесном контакте с проктологом и эндоскопистом. Последние и проводят контрольные эндоскопические исследования по назначению онколога.

Диспансеризация больных с хроническими колитами проводится под контролем гастроэнтеролога, но с обязательным привлечением проктолога и эндоскописта, а при необходимости, в случае отсутствия современной эндоскопической техники, и рентгенолога.

V ЭТАП. Анализ эффективности диспансеризации.

Эффективность диспансеризации зависит от качества проведения всех этапов диспансеризации. Первый важный момент - полнота охвата анкетным скринингом. Второй важный момент - это как можно более раннее посещение пациентом

колопроктолога. Необходимо убедить пациента в необходимости осмотра специалистом - колопроктологом для исключения или подтверждения предполагаемой патологии и факт посещения проконтролировать.

И последнее важное звено - это наблюдение за больными, прошедшими лечение по поводу доброкачественных и злокачественных новообразований ТК. Па врачей общей практики, как на врачей первого контакта возлагается большая ответственность - своевременно заподозрить рак ТК. Прежде всего, необходимо помнить, что пациента надо как можно раньше направить к специалисту - колопроктологу и обязательно проконтролировать факт посещения специализированного кабинета, важно хорошо знать эндогенные и экзогенные факторы риска РТК и при этом помнить, что отсутствие этих факторов не гарантирует от заболевания. Диагностическая стратегия должна акцентироваться на эффективном использовании возможностей раннего выявления рака в первом и втором периодах течения заболевания.

ВЫВОДЫ

1. Заболеваемость раком толстой кишки за период с 1998 по 2002 годы увеличилась в 1,4 раза, РОБК - в 2,2 раза. Колебания уровня одногодичной летальности с 2000 по 2006 годы при раке прямой кишки от 3% до 10,2%, при РобК - от 14,3%) до 31,6%. Это свидетельствует о значительных резервах снижения летальности за счет предотвратимой ее части. Доля запущенных случаев опухолей толстой кишки в среднем при раке прямой кишки 56%), при РобК - 68%. Ведущей причиной поздней диагностики рака толстой кишки является позднее обращение к специалисту - колопроктологу или онкологу (42,7+4,6%о).

2. Ведущими причинами запущенности онкологического процесса, по данным экспертной оценки, являются: скрытое течение заболевания - 21,5±3,9%>; позднее обращение к врачу общей практики - 27,1±4,2%, позднее обращение к специалисту - 41,1+4,8%, в том числе по вине работников здравоохранения - 20,5+6,1%. Дефекты диагностики и лечения в совокупности не превышают 6,6+2,4%, длительное обследование - 3,7+1,8%; 48,6+4,8% пациентов с раком толстой кишки поступают в онкостационар при самообращении, что свидетельствует о неблагополучии в организации выявления онкологических болезней в поликлиниках города.

3. Частота факторов риска рака толстой кишки среди населения келика. Курят около 40% опрошенных, употребляют крепкие спиртные напитки 2-3 раза в неделю 4-5%, практически ежедневно пьют пиво - 13-16%. Красное мясо предпочитают более половины респондентов, часто едят жареную пищу и конечности - 70%, 54-58% по мнению опрошенных имеют лишний вес, около 1/3 отмечают недостаток двигательной активности, 2/3 не уделяют внимания физической культуре, более половины едят 1-2 раза в сутки.

4. Опрошенный контингент населения можно считать социально адаптированным, но частота факторов риска РТК среди опрошенных достаточно велика. Важнейшим фактором риска РТК является наличие у пациента колопроктологических заболеваний. Затрудняет процесс раннего выявления заболеваний низкий охват населения эндоскопической диагностикой, причинами которого, по мнению респондентов, являются: недостаток времени, материальных средств и информации о работе колопроктологической службы.

5. Частота распространения колопроктологических заболеваний по данным опроса населения в разы выше таковой по обращаемости. Выявляется большое количество жалоб со стороны желудочно-кишечного тракта $n = 312$ у 256 (респондентов). Эти два факта свидетельствуют о значительной части неучтенных и невыявленных заболеваний. Доля жалоб, наиболее характерных для рака толстой кишки, составляют 76,8%) от всех жалоб со стороны желудочно-кишечного тракта.

6. Ранняя диагностика заболеваний невозможна без правильной организации специализированной помощи. Чтобы приблизить гастроэнтерологическую помощь к населению необходимо организовать прием гастроэнтеролога в каждой поликлинике хотя бы 1 раз в неделю. Расчет потребности населения в гастроэнтерологической помощи свидетельствует о необходимости введения дополнительно 2,75 ставки гастроэнтеролога.

7. Программа организации раннего выявления, лечения и диспансеризации лиц с колоректальными новообразованиями включает 5 этапов: выявление лиц, имеющих факторы высокого риска РТК, больных РТК и другими заболеваниями толстого кишечника методом анкетного скрининга; учет выявленных пациентов; проведение лечебно-профилактических мероприятий;

наблюдение за больными прошедшими лечение по поводу рака, предрака или других заболеваний ТК и анализ эффективности диспансеризации.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Улучшению ранней диагностики РТК будут способствовать следующие мероприятия:

- врачам общей практики систематически вести целенаправленный отбор пациентов, имеющих предрасположенность и факторы высокого риска рака толстой кишки, используя для этого скрининг-анкету.

- пациентов поликлиник с неясными и нечеткими жалобами абдоминального и общего характера особенно в возрасте 50 лет и старше направлять в обязательном порядке к врачу общей практики, затем к колопроктологу;

- для улучшения преемственности в работе служб здравоохранения разработать стандартное направление в Центр амбулаторной колопроктологии, в котором бы содержалась вся необходимая информация о пациенте;

- устранить недостатки в информированности населения о роли колопроктологических заболеваний в возникновении рака толстой кишки и о работе Центр амбулаторной колопроктологии;

- улучшить обеспеченность и приблизить к населению высококвалифицированную медицинскую помощь - гастроэнтерологическую, колопроктологическую и эндоскопическую.

- перестроить работу консультативных кабинетов - гастроэнтерологических и колопроктологических на профилактику. К концу года анализировать структуру посещений на специализированном приеме врача;

- расширить показания к колоноскопии лицам моложе 50 лет и активно пропагандировать профилактическую колоноскопию для лиц старше 50 лет;

- создать скоординированную программу санитарно-гигиенического воспитания населения по проблемам колопроктологических заболеваний и опухолей толстого кишечника;

- повысить уровень квалификации врачей общей практики в вопросах раннего выявления рака толстой кишки;

- улучшить учет онкологических больных и вести непрерывный мониторинг одногодичной и пятилетней летальности;

- необходимо создавать при амбулаторно-поликлинических учреждениях «Школы колопроктологического больного», которые могут посещать не только Сольные, но и все желающие пациенты поликлиник, особенно пожилые.

СПИСОК СТАТЕЙ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Лавришев А.К. Наш опыт эндоскопического удаления полипов толстой кишки / А.В. Муравьев, А.К. Лавришев, К.А. Муравьев // Журнал естествознание и гуманизм, т.2 №4. - г.Томск. - 2005. - С.92

2. Лавришев А.К. Организация стратегического планирования в здравоохранении / Часть I: Т.А. Сибурина, И.Л. Андреева, В.В. Кожевников, Л.К. Лохтина, А.К. Лавришев, А.Ю. Михайлов, Н.С. Матинян. Часть II: Р.И. Девишев, А.А. Смирнов, М.Г. Шестаков, В.И. Назаров, В.С. Кольцов // Учебно-методическое пособие. - Москва. - 2006. - С.68

3. Лавришев А.К. Эндоскопическое удаление полипов толстого кишечника / А.К. Лавришев, А.В. Муравьев, Е.В. Волостников, Д.А. Халин, О.В. Владимирова // Известия высших учебных заведений. Северо-Кавказский регион. Проблемы гастроэнтерологии Юга России. Естественные науки. Спецвыпуск. - г.Ростов - на-Дону, - 2007. - С. 165-166.

4. Лавришев А.К. Лечебная тактика при полипах толстой кишки / А.К. Лавришев, А.В. Муравьев // Российский журнал Гастроэнтерологии, Гепатологии, Колопроктологии приложение №32, Материалы четырнадцатой Российской Гастроэнтерологической недели. №5. Том XVIII. - г.Москва, - 2008. - С.165.

5. Лавришев А.К. Развитие опухолевых образований толстой кишки у жителей индустриального города (на примере г. Ставрополя) / А.К. Лавришев, А.В. Муравьев, А.Б. Ходжаян // Специальный выпуск журнала «Известия Самарского научного центра Российской академии наук» «XIII Конгресс Экология и здоровье человека» Том 2. - Самара. - 2008. - С.91-94.

6. Lavrishev A.K. Endoscopic operation of polyps of large intestine / A.V. Muraviev, A.K. Lavrishev, Ravi Manohar // Proktologia. XII Central European Congress of coloproctology. NR 1/08 – Volume 9. –Moscow, - 2008. –P.97

7. Муравьев А.В., Лавришев А.К., Муравьев К.В. Организационный и клинический подход к лечению больных с полипами толстой кишки. Методические рекомендации. Изд.: СтГМА. - Ставрополь, - 2010. - 20с.

8. А.В. Муравьев, Лавришев А.К., Муравьев К.А. Анализ качества медицинского обслуживания лиц, обращающихся в поликлинику с абдоминальными жалобами. Методические рекомендации. Изд.: СтГМА. - Ставрополь, - 2010. - 19с.

9. Лавришев А.К. Медико - социальный подход к повышению качества медицинского обслуживания колопроктологических больных. Изд.: СтГМА. - Ставрополь, - 2010. - 120с.