

Післядипломна освіта лікарів сімейної медицини зі спеціальності «Онкологія»

В.М. Ждан, П.В. Шелешко, В.П. Баштан, О.Є. Муковоз, В.Ю. Марченко, В.Є. Литвиненко, О.В. Корнєєв

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

З урахуванням сучасних вимог і завдань, що вирішуються сімейними лікарями, зі своєчасної діагностики онкологічних захворювань, а також подальшого спостереження за хворими після проведеного лікування, у статті запропоновані дані, якими повинні керуватися сімейні лікарі у своїй практичній роботі. З метою надання інформації сімейним лікарям для вирішення питань, з якими вони стикаються у своїй щоденній роботі при наданні допомоги онкологічним хворим, авторами даної статті виданий підручник «Онкологія сімейного лікаря» відповідно до програми підготовки лікарів за фахом «Загальна практика–сімейна медицина», затвердженої Міністерством охорони здоров'я України.

Ключові слова: онкологічна допомога, сімейна медицина, своєчасна діагностика пухлин, диспансерне спостереження.

Рішення цілої низки завдань, пов'язаних з профілактикою, своєчасною діагностикою злоякісних пухлин, а також подальшого ведення хворих після проведеного лікування, не можливе без участі сімейного лікаря, який має постійний контакт з населенням своєї ділянки.

Мета дослідження: проаналізувати ефективність наявної методичної літератури з надання практичної допомоги сімейним лікарям в їхній щоденній роботі для вирішення цілої низки питань в процесі надання допомоги онкологічним хворим.

Боротьба зі злоякісними пухлинами була і продовжує залишатися однією з основних проблем сучасної медицини. Це пояснюється постійним збільшенням захворюваності на злоякісні пухлини, питомою вагою за давнених форм раку основних локалізацій, високою смертністю від злоякісних новоутворень, яка посідає друге місце після серцево-судинних хвороб. Серед померлих від раку 38% – це люди працездатного віку.

За даними Національного канцер-реєстру в Україні щорічно реєструють до 150 тис. онкологічних хворих [1, 3]. З урахуванням зростання захворюваності ця цифра до 2020 року перевищить 200 тис. Слід зазначити, що від виникнення злоякісної пухлини до її клінічного прояву проходить 5–6, а то і більше років. У зв'язку з цим виявлення первинних онкологічних хворих не відбиває істинну картину захворюваності. Підтвердженням цього можуть бути наступні цифрові дані: протягом першого року з моменту діагностики помирає до 70% хворих на рак легень, 68% хворих на рак шлунка, 77% хворих на рак стравоходу, 50% хворих на рак товстої кишки [8]. Це свідчить про те, що злоякісні пухлини основних локалізацій діагностують у III–IV стадії їхнього розвитку. Аналогічні дані щодо захворюваності та виявлення хворих зі злоякісними пухлинами мають місце і в Полтавській області, яка належить до регіонів з відносно високою онкологічною захворюваністю. Так, в Полтавській області захворюваність на рак складає 360 випадків на 100 тис. населення, тоді як в західних областях України (Львівська, Тернопільська та ін.) цей показник не перевищує 180 на 100 тис. населення.

Вважається, що вирішення питань, пов'язаних з профілактикою, своєчасною діагностикою злоякісних пух-

лин і їхніх рецидивів, не можливо без участі сімейного лікаря, що має безпосередній контакт з населенням своєї ділянки. З урахуванням сучасних проблем, що стоять перед онкологічною службою, і завдань, що вимагають вирішення на рівні сімейної медицини, на кафедрі онкології та радіології ВДНЗУ УМСА м. Полтава спільно з кафедрою загальної практики і сімейної медицини написаний підручник «Онкологія сімейного лікаря» [5]. У підручнику наведені дані щодо захворюваності на злоякісні пухлини, організаційні питання, що стосуються документації, яку заповнюють на онкологічних хворих, включаючи карти диспансерного спостереження, повідомлення на вперше виявлених, протоколи стосовно за давнених форм з вказівкою причин запізнілої діагностики. Підкреслюється важливість такого атрибуту, як онкологічна настороженість на усіх рівнях надання населенню медичної допомоги. Наводяться схеми обстеження хворих за підозри на пухлину певної локалізації. У схемах враховують стандарти діагностики, видані Національним інститутом раку України і затверджені Міністерством охорони здоров'я. Крім того, на кафедрі надруковані методичні рекомендації з проведення профілактичних оглядів населення з метою виявлення передракових захворювань і ранніх форм злоякісних пухлин. Кожен сімейний лікар, що був присутній на заняттях, отримує безкоштовно один екземпляр цих рекомендацій.

У посібнику підкреслюється, що незважаючи на певні успіхи практичної охорони здоров'я проблема виявлення та запобігання розвитку передраку і раку далека від остаточного вирішення. На превеликий жаль, поглиблене обстеження значній частині хворих починають проводити вже при поширенні пухлинного процесу, розпізнавання якого вже не представляє якого-небудь утруднення. Сімейному лікарю важливо пам'ятати, що рак будь-якої локалізації рідко виникає на незміненому місці. У переважній більшості випадків йому передують цілий ланцюг змін, що називають передраком. Термін «передрак» прийнятий Всесвітньою організацією охорони здоров'я у 1965 році. Комітет експертів підкреслив необхідність постійного вдосконалення і поглиблення уявлень про передрак. Нині передракову патологію будь-якого органа підрозділяють на передраковий стан або умови і передракові зміни. До передракових умов або станів відносять хронічні захворювання, на ґрунті яких може виникнути злоякісна пухлина. До передракових змін відносять дисплазію епітелію, яка характеризується його атипією, вираженість її може бути від помірної до значної. Дисплазію визначають шляхом гістологічних і цитологічних досліджень біопсійного матеріалу. Установлено, що чим глибше ці зміни, тим більше вірогідність розвитку раку. З терміном «передрак» тісно пов'язано поняття про первинну та вторинну профілактику раку. Первинна профілактика – це профілактика хронічних захворювань органів і систем, на ґрунті яких розвивається рак. Виникнення цієї патології тісно пов'язане із способом життя людини, з його довкіллям. Вторинна профілактика – це своєчасне взяття на диспансерний облік осіб з передра-

ковими захворюваннями, постійне їхнє лікування з проведенням необхідних обстежень, з повторним взяттям біопсійного матеріалу для цитологічних досліджень. Пацієнти з передраковими захворюваннями знаходяться на диспансерному обліку у сімейного лікаря з періодичними консультаціями у профільних лікарів залежно від локалізації передраку. На них заповнюється звичайна карта диспансерного спостереження за формою № 030/у. Хворих, у яких на ґрунті передраку виник рак, знаходять на диспансерному обліку в онколога. Питання про методи і об'єм лікування цих хворих вирішують в спеціалізованих онкологічних установах. Під час виписки цих хворих у відповідній довідці зазначають вид проведеної терапії. Сімейному лікареві бажано мати загальне уявлення про характер і об'єм проведеного лікування. Способи терапії, що використовують в клінічній онкології, підрозділяють на комбіновані, комплексні і поєднані. Під комбінованим методом слід розуміти використання двох різних за характером дій, спрямованих на місцево-регіонарні вогнища (хірургічне+променеє). Під поєднаним лікуванням розуміють використання двох однорідних за біологічною дією способів, спрямованих на вогнище хвороби (дистанційна+внутрішньопорожнинна гамма-терапія). Під комплексним лікуванням мають на увазі використання в тій або іншій послідовності низки лікувальних заходів, що мають неоднакову місцеву і загальну дію на організм (передопераційне променеє лікування + операція + хімотерапія) [4].

У хворих після комплексного лікування з використанням хіміопрепаратів і променевої терапії можуть бути пізні ускладнення. Клінічно ці ускладнення проявляються локальними або генералізованими запальними процесами, що вимагають своєчасної консультації онколога. Сімейному лікареві необхідно дотримуватися встановлених правил диспансерного спостереження за хворими, що отримали радикальне лікування, не лише для своєчасної діагностики пізніх ускладнень проведеної терапії, але і для виявлення рецидивів і метастазів пухлини. Практика свідчить, що запізня діагностика рецидивів і метастазів негативно позначається на прогнозі. У зв'язку з цим наводяться дані відносно методики обстеження цих пацієнтів. Підкреслюється, що в онкологічних хворих вірогідність раку іншої локалізації дуже висока. Питома вага задає форм раку суміжних органів досить значна.

Сімейні лікарі порівняно часто зустрічаються з питаннями щодо експертизи тимчасової і стійкої втрати працездатності цих пацієнтів. Підкреслюється, що необхідно це вирішувати разом з онкологом. У онкологічних хворих після радикальних операцій часто виникають питання про можливість лікування в санаторно-курортних умовах. Таким чином санаторно-ку-

рортну карту сімейний лікар повинен заповнювати за наявності довідки онколога про відсутність рецидивів або метастазів злоякісної пухлини. Наводяться відомості відносно показань і протипоказань до направлення на санаторно-курортне лікування, а також з використання певних фізіопроцедур.

Важливим і досить складним питанням є надання симптоматичної терапії в поліклініці і вдома. Симптоматичне лікування з урахуванням його об'єму, виду і місця проведення має бути зроблено на підставі заключення онкологічної установи. У підручнику наголошується на необхідності з'ясування низки моментів, від яких залежить тяжкість стану хворого. Наявні ускладнення можуть бути пов'язані з локалізацією пухлини, наслідком терапії, проявом паранеопластичного синдрому, а також супутньою патологією, що не має відношення до пухлинного процесу хвороби. Складним моментом є проведення відповідного лікування при больовому синдромі, знеболення повинно проводити з урахуванням його локалізації і інтенсивності. У розділі з больового синдрому приводиться низка даних відносно його лікування. Звертається увага, що перед призначенням наркотичних засобів слід використати ненаркотичні анальгетики, які можуть бути ефективними і не викликати звикання [7].

У практичній роботі сімейного лікаря важливе знання онкологічної деонтології як науки про належне відношення лікаря до хворого (особливо до онкологічного), що є невід'ємною частиною лікування [2, 6]. Глибокий відбиток на психологічному стані хворого залишають діагноз захворювання, об'єм лікування і неясний прогноз хвороби. При будь-якій стадії пухлини надавати відповідну допомогу таким хворим заради продовження їхнього життя може тільки обізнаний в питаннях деонтології лікар. У цьому плані допомагають знання з нормалізації психологічного статусу хворого, медикаментозної корекції наявних порушень. Певні утруднення виникають в період переходу хвороби в термінальну, тобто кінцеву фазу. Потрібний достатній такт по відношенню до такого хворого і його родичів. Ні в якому разі не можна перешкоджати запрошенню до такого хворого служителів церкви. Слід пам'ятати, що смерть вимагає не меншої поваги, ніж життя.

Таким чином, на усіх етапах ведення онкологічних хворих від сімейного лікаря вимагаються його професійні знання відносно етіології, патогенезу злоякісних пухлин, своєчасної їх діагностики з урахуванням чинників ризику для проведення необхідного скринінгу, важливо знати правила диспансерного спостереження за хворими після проведеного лікування з метою діагностики можливого рецидиву і метастазування пухлини, потрібно неухильне дотримання деонтологічних принципів при спілкуванні з хворим і його родичами.

Последипломное образование врачей семейной медицины по специальности «Онкология»

В.Н. Ждан, П.В. Шелешко, В.П. Баштан, О.Е. Муковоз, В.Ю. Марченко, В.Е. Литвиненко, О.В. Корнеев

С учетом современных требований и задач, решаемых семейными врачами, по своевременной диагностике онкологических заболеваний, а также последующего наблюдения за больными после проведенного лечения, излагаются данные, которыми должны руководствоваться семейные врачи в своей практической работе. С целью оказания помощи семейным врачам при решении вопросов, с которыми они сталкиваются в своей ежедневной работе при оказании помощи онкологическим больным, авторами данной статьи издан учебник «Онкология семейного врача» в соответствии с программой подготовки врачей по специальности «Общая практика – семейная медицина», утвержденной Министерством здравоохранения Украины.

Ключевые слова: онкологическая помощь, семейная медицина, своевременная диагностика опухолей, диспансерное наблюдение.

Postgraduate medical education family medicine in the specialty «Oncology»

V.N. Zhdan, P.V. Sheleshko, V.P. Bashtan, O.E. Mukovoz, V.Yu. Marchenko, V.E. Litvinenko, O.V. Korneev

Taking into account the modern requirements and tasks, decided by domestic doctors on timely diagnostics of oncologic diseases, and also subsequent watching patients after the conducted treatment data domestic doctors must that follow in the practical work are expounded. With the purpose of helping to the domestic doctors at the decision of questions with that they clash in the everyday job at helping to the oncologic patients the authors of this article are publish a textbook «Oncology of domestic doctor» in accordance with the program of preparation of doctors on speciality «General practice is domestic medicine» ratified by Ministry of health of Ukraine.

Key words: cancer care, family medicine, timely diagnosis of tumors, clinical supervision.

Сведения об авторах

Ждан Вячеслав Николаевич – кафедра семейной медицины и терапии ВГНУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», 36011, г. Полтава, ул. Шевченко, 23; тел.: (053) 60-20-51

Шелешко Петр Венедиктович – кафедра онкологии и радиологии с радиационной медициной ВГНУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», 36011, г. Полтава, ул. Шевченко, 23; тел.: (053) 56-14-29

Баштан Владимир Петрович – кафедра онкологии и радиологии с радиационной медициной ВГНУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», 36011, г. Полтава, ул. Шевченко, 23; тел.: (053) 56-14-29

Муковоз Оксана Евгеньевна – кафедра онкологии и радиологии с радиационной медициной ВГНУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», 36011, г. Полтава, ул. Шевченко, 23; тел.: (053) 56-14-29

Марченко Валерий Юрьевич – Украинская медицинская стоматологическая академия, 36011, г. Полтава, ул. Шевченко, 23

Литвиненко Виктор Евгеньевич – Украинская медицинская стоматологическая академия, 36011, г. Полтава, ул. Шевченко, 23

Корнеев Олег Витольдович – Украинская медицинская стоматологическая академия, 36011, г. Полтава, ул. Шевченко, 23

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Баштан В.П., Жукова Т.А., Корнеев О.В., Литвиненко В.Е., Литвиненко Б.В., Марченко В.Ю., Одабашьян А.Л., Соколова Н.А., Чорнобай А.В., Шелешко П.В. Онкология (учебное пособие) / Под ред. Баштана В.П., Шелешко П.В., Литвиненко В.Е. – Полтава: «АСМИ», 2013. – 336 с.
2. Бондар Г.В. Переможемо рак разом. – Донецьк: Донеччина, 2008. – 208 с.
3. Бондар Г.В., Думанський Ю.В., Попович О.Ю., Баштан В.П., Чорнобай А.В., Корнеев О.В., Литвиненко В.Е., Соколова Н.А. Онкологія (національний підручник). – К.: ВСВ «Медицина», 2013. – 544 с.
4. Галайчук І.Й. Клінічна онкологія. – Тернопіль: «Укрмедкнига», 2003. – С. 275.
5. Ждан В.М., Шелешко П.В., Баштан В.П. Онкологія сімейного лікаря. – Полтава, 2010. – С. 143.
6. Мосиенко В.С. Рак: пути в незнаноме, розчарування і надії. – К., 2009. – 352 с.
7. Потебня Г.П., Савцова З.Д., Лисовенко Г.С. и др. Биотерапия рака – история проблемы и традиции отечественной онкологии // Doctor. – 2003. – № 4. – С. 42–45.
8. Стандарти діагностики і лікування онкологічних хворих. – К., 2007. – С. 200.

Статья поступила в редакцию 05.03.2015

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

НАЙДЕНЫ ДВЕ МУТАЦИИ, ВЫЗЫВАЮЩИЕ ДИАБЕТ И ОЖИРЕНИЕ

Ученые определили две мутации, наличие которых в гене анкирин-В способствует развитию сахарного диабета и ожирения.

Согласно данным, представленным в журнале *Journal of Clinical Investigation*, одна из мутаций – R1788W – встречается в геноме примерно миллиона американцев. Вторая мутация, известная как L1622I, представлена в 7% геномов афроамериканской популяции.

Авторы исследования изучили влияние мутаций на организм в ходе доклинических исследований. Оказалось, что наличие двух копий мутаций R1788W в геноме мышей сопровождалось уменьшением производства клетками инсулина – гормона, отвечающего за снижение концентрации глюкозы в крови. Несмотря на это, уровень глюкозы в крови животных оставался в пре-

делах нормы. В связи с этим ученые решили провести мышам тест на толерантность к глюкозе.

"Мы думали, что основная проблема у мутантных мышей будет связана с клетками, производящими инсулин, но оказалось, что дело в клетках-мишенях, в которых значительно повышалась концентрация глюкозы", – объяснили ученые. Известно, что для поступления глюкозы в клетки и ткани требуется молекулярный транспортер – GLUT4. В норме это соединение находится внутри клетки, впуская поступающую глюкозу в том случае, если в крови присутствует инсулин. Если гормон не выделяется, то GLUT4 блокирует "вход" для глюкозы.

Авторы исследования обнаружили, что у мутантных мышей GLUT4 располагался не только внутри клеток мышечной и жировой

ткани, но и на их поверхности. Таким образом, глюкоза может проникать в клетки самостоятельно без помощи транспортера GLUT4. По данным ученых, через некоторое время у мутантных мышей развивалось ожирение, а также резистентность к инсулину.

"Эпидемия ожирения началась в 1980-х годах, когда сладкие газированные напитки и картофель фри стали популярны. Нам удалось обнаружить генетические факторы, которые в сочетании с таким рационом питания усугубили ситуацию. Мы считаем, что полученные данные – только начало, и еще будет найдено много подобных генов", – рассказал соавтор исследования Джордж Барт Геллер (George Barth Geller).

medportal.ru