

Черенков Вячеслав Григорьевич

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ СТУДЕНТОВ И ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ С ПОЗИЦИЙ ОПОРНЫХ (ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ) СИМПТОМОВ

Ключевые слова: злокачественные новообразования, опорные клинические симптомы, повышение онкологической грамотности.

На основе закономерностей опухолевого роста и его проявлений разработаны визуальные опорные клинические симптомы при разных локализациях, знания которых позволяет студенту и врачам общей практики через «призму» этих «системных сигналов» более целенаправленно усваивать учебный материал, изложенный в учебнике, и практически решать задачи раннего и своевременного выявления опухолевых заболеваний и предшествующих патологических процессов. Более чем 20-летний авторский опыт использования такого подхода в онкологии свидетельствует об эффективности повышения онкологической грамотности и настороженности врачей общей практики.

Keywords: malignant neoplasm, clinical symptoms, increased cancer literacy.

Based on patterns of tumor growth and its manifestations developed visual clinical symptoms at different localizations, whose knowledge allows the student and General practitioners through the «prism» of «system signals» more deliberately to grasp the educational material presented in the textbook and practically to solve the problem of early detection of tumor diseases and previous pathological processes. Our more than 20 years of experience in the use of this approach in Oncology, demonstrates the effectiveness of increasing cancer awareness and alertness of General practitioners.

Достижения науки и техники позволяют с помощью нового поколения лучевых, эндоскопических, цитологических, молекулярных методов диагностики выявлять рак в такой стадии, когда излечения можно достичь 80–100% случаев. С другой стороны, удельный вес запущенных форм раковых заболеваний остается высоким – в среднем 25% (А.Д. Каприн и др., 2014), а годовичная леталь-

ность оказывается еще выше. Анализ запущенных случаев показывает, что основная причина этих реалий – субъективный (человеческий) фактор: врачебные ошибки, неполное и длительное обследование (незнание клиники опухолевых заболеваний и эффективно использовать достижения медицинской техники для исключения рака, даже если пациента ничего не беспокоит).

Известно, что рак на ранних стадиях не проявляется выраженными симптомами (температурой, болями и др.), побуждающими больного обратиться к врачу. Однако по мере роста опухоли и увеличения ее массы клиническая симптоматика быстро нарастает. Фактически, рак может сопровождаться любыми признаками, характерными для соматических, инфекционных и других неопухолевых заболеваний, развиваться на их фоне или под их «маской». В руководствах и учебниках вопросы семиотики рака отдельных локализаций, в т.ч. иностранных [6] обычно описаны, не имея определенной системы, что не только не нацеливает на диагностику «малых форм» злокачественных опухолей, но и представляет сложность для запоминания. Определенную попытку систематизации симптомов рака с позиций «феноменов» проводит А.А. Шайн (1992). Однако они не охватывают всех проявлений злокачественных опухолей и далеки от последовательности.

На основе анализа и обобщения прямых и косвенных проявлений неопластического процесса, его физических и биологических особенностей нами выделены четыре группы опорных (патогенетических) симптомов [2–5]. Присвоив каждому опорному симптому оригинальное обозначение, можно получить обобщенный «клинический портрет» злокачественной опухоли (рис. 1).

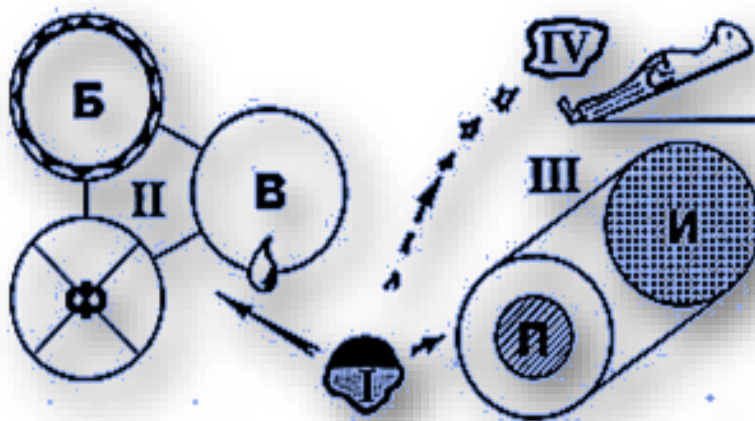


Рис. 1. Опорные клинические симптомы.

I – факт наличия опухолевидного образования ФНОО;

II – местные симптомы: Ф – нарушение функций органа,

Б – болевые ощущения, В – выделения патологические;

III – общие симптомы: П – паранеоплазии, И – интоксикация;

IV – симптомы осложнений и метастазирования

Практика показывает, что использование сигнальной схемы опорных симптомов злокачественных опухолей помогает врачу успешно решать вопросы клинической диагностики. Вполне понятно, что в разных случаях опорные симптомы появляются не одновременно и не все. В зависимости от локализации и формы роста, индивидуальных особенностей опухоли и организма больного на первый план могут выступать первый симптом, либо второй или группа третьих симптомов. Несомненно, ни один из симптомов нельзя оставлять без внимания.

Факт наличия опухолевидного образования, может долгое время быть единственным, хотя и скрытым, признаком заболевания. И только целенаправленно путем, например соскоба с шейки матки может быть установлен очаг опухолевого роста. В связи с особенностями кинетики роста раковая опухоль не проявляет себя до определенного периода, находясь в доклинической фазе (под водой, как «айсберг в океане»), но нередко и в клинической фазе быть малозаметным.



Рис 2. Доклиническая фаза опухоли невидима, как подводная большая часть айсберга

При некоторых видах опухолей (МЖ, кожи, слизистой оболочки губы, полости рта, лимфогранулематозе и др.) на вопрос о жалобах многие пациенты отвечают, что их ничего не беспокоит, кроме наличия безболезненного уплотнения (язвочки).

Рак легкого, особенно периферической формы (до вовлечения в процесс плевры, др. структур), злокачественные опухоли средостения, яичников и некоторых других органов часто можно выявить только рентгенографически, УЗИ (по тенеобразованию).



Рис. 3 Клинико-морфологические формы рака (ФНОО)

Следовательно, безболезненное опухолевидное образование -возможный признак развивающейся злокачественной опухоли. Даже при выраженных формах рака, если не выявлено опухолевидное образование всегда остается сомнение. Поэтому ФНОО считают опорным симптомом №1.

Признаки, вызывающие подозрение на малигнизацию: «зернистые» участки; легкая кровоточивость при контакте; отсутствие тенденции к заживлению. Однако решающий критерий диагностики ранних форм рака – результаты прицельной биопсии. Для малых форм рака на поверхности слизистых и кожного покрова характерны два типа роста:

– I тип – *бляшковидный рак*. Опухоль имеет сферическую или неровную поверхность в виде площадки или с углублением в центре;

– II тип – *язвенный рак*, с подрытыми углублениями и неровными краями. Напоминает пептическую язву, имеет неоднородную консистенцию, отличается хрупкостью и кровоточивостью при контакте. Эту форму рака встречают только в начальной стадии.

В дальнейшем по мере прогрессирования опухоли рано или поздно развитие клинических симптомов идет по двум направлениям – местному и общему. При чем в одних ситуациях на первый план выступают одни симптомы, в других – другие.

1. Местные опорные симптомы.

Местные клинические проявления рака любой локализации можно описать в рамках триады опорных симптомов:

- нарушение функций органа;
- болевые ощущения;
- патологические выделения.

2. Местные опорные симптомы.

Местные клинические проявления рака любой локализации можно описать в рамках триады опорных симптомов:

- нарушение функций органа;
- болевые ощущения;

– патологические выделения.

1.1. *Нарушение функций органа* наблюдают при раке большинства полых и паренхиматозных органов. Это обусловлено постепенным закрытием, сужением, сдавливанием просвета трубчатого органа растущей опухолью, либо нарушением специфических и сопряженных функций железистого аппарата (рис. 4).



Рис. 4. Нарушение функций органа

Органы и даже участки органа выполняют различные функции, следовательно, симптомы нарушения их функций разнообразны не только в разных органах, но и в пределах одного органа. Например, обтурация опухолью просвета *пищевода*, основная функция которого – проведение пищевого комка, приводит к *дисфагии* (сначала кратковременной, функциональной, затем постоянной – органической); *нарушение проходимости бронха* при центральном раке – к ателектазу легкого и одышке. *Сдавливание общего желчного протока или мочеиспускательного канала* опухолью вызывает соответственно желтуху или анурию.

Многоликая симптоматика *рака желудка* обусловлена многими функциями этого органа (моторно-эвакуаторной, резервуарной, секреторной, бактерицидной, кроветворной, экскреторной и всасывательной). Моторно-эвакуаторная функция страдает при развитии рака выходного отдела желудка, кроветворная – при опухоли в области дна, где вырабатывается противоанемический фактор. Снижение секреторной и бактерицидной функций приводит к брожению пищевых масс. Одновременно происходит нарушение резервуарной и других функций. Понятно, что в зависимости от локализации опухоли в клинической картине будут преобладать симптомы желудочного дискомфорта, или анемии, или отрыжка с неприятным запахом, или дисфагия.

Функциональные отличия левой половины ободочной кишки (включая сигмовидную и надампулярный отдел прямой кишки) и правой ее половины (проведение более плотных каловых масс) обуславливают особенности клинической картины при obturации опухолью: в первом случае отмечают явления частичной, во втором – полной кишечной непроходимости. В определенной мере этому способствует и форма роста опухоли. Установлено, что в левой половине толстой кишки чаще возникают инфильтративные или стенозирующие формы рака, в правой – экзофитные, сопровождающиеся распадом тканей, интоксикацией и анемией.

Необходимо строго соблюдать правило: даже при временном нарушении функции органа следует подумать о раке.

1.2. *Патологические выделения* (рис. 5) выявляют при всех формах рака, однако они наиболее характерны для экзофитных опухолей, например правой половины ободочной кишки и ампулярного отдела прямой кишки, которые получают питание только со стороны растущей опухоли. Рост опухоли и несовершенство сосудистой архитектоники приводят к нарушению питания, кровоточивости и присоединению инфекции. Таким образом, опорный симптом большинства опухолей полых органов и гениталий – явные или скрытые патологические выделения (кровянистые, гнойные, слизистые и смешанные).



Рис. 5. Патологические выделения при раке

Кровоточивость, как правило, бывает небольшим, периодическим (после функциональных нагрузок), обусловлено порозностью и хрупкостью тканей опухоли вследствие меньшего содержания в них солей кальция. Хроническая кровопотеря может проявляться бледностью кожного покрова, головокружением. Нередко кровотечение бывает скрытым. При раке толстой и прямой кишки- кровь

в кале. Явная или скрытая гематурия характерна для рака почек, кровохарканье – для рака бронхов. Выделения цвета «мясных помоев» из половых путей – типичный симптом рака шейки или тела матки.

Раздражение опухолью слизистой пищевода приводит к гиперсаливации, которая иногда бывает одним из первых признаков рака. И только при целенаправленном опросе удастся их установить. Слизистые выделения при раке толстой и прямой кишки возникают вследствие раздражения слизистой оболочки опухолью. Гнойно-кровянистые выделения обычно характерны для распада опухоли.

1.3. Болевые ощущения.

В онкологической практике более приемлем термин «болевые ощущения» (рис. 6), нежели «боль», поскольку опухоль в начальных стадиях развивается безболезненно, а затем появляются ощущения, которые далеко не всегда пациенты воспринимают как боль (чувство «инородного тела за грудиной» при раке пищевода или чувство дискомфорта при раке желудка), чувству переполненности, вздутию, а освобождение от него – к полному облегчению.



Рис. 6. Болевые ощущения при раке

Отсутствие выраженных болей препятствует своевременному обращению больных к врачу. Лишь со временем болевые ощущения становятся постоянными. Ведущий симптом при раке тела и хвоста поджелудочной железы, аноректального отдела прямой кишки, костных саркомах – болевые ощущения становятся ведущими.

2. Общие опорные симптомы.

Выделяют две группы общих опорных симптомов:

- симптомы общей интоксикации;
- паранеопластические симптомы.

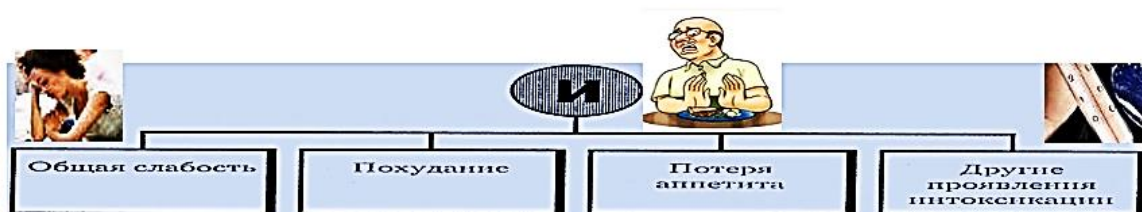


Рис.7. Симптомы общей интоксикации

Злокачественные опухоли для своего роста и развития требуют значительных энергозатрат. Опухолевая ткань представляет собой успешно конкурирующую «ловушку» для важнейших субстратов – глюкозы, липидов и др. Клетка опухоли может переходить на анаэробный путь гликолиза, осуществлять глюконеогенез, мобилизовать аминокислоты и иные резервные молекулы при аутолизе тканей, образуя в результате метаболиты токсичные для организма. Возникают симптомы интоксикации и паранеопластические изменения.

Интоксикация нарастает постепенно: от едва заметной утомляемости, потери интереса к пище, окружающей обстановке до слабости и кахексии. Выявление синдрома «малых признаков» не решает проблемы ранней диагностики. Синдром интоксикации сопровождается гематологическими сдвигами, – увеличением СОЭ, нейтрофилезом и др.



Рис. 8. Паранеопластические симптомы

У специалистов нет единого мнения о значимости паранеопластических симптомов. Паранеоплазии нельзя объяснить прямым проявлением опухоли или ее метастазов. *Паранеоплазии* – опосредованные клинические признаки опухолевых заболеваний, проявляющиеся со стороны определенных органов и тканей

и возникающие в результате каких-либо биохимических, гормональных, иммунологических или наследственных нарушений по доминантному типу. Классифицирует паранеоплазии по топическим признакам: кожные, эндокринные, гематологические, костные, нейромышечные, иммунологические и др. Так, при опухолях внутренних органов нередко наблюдают коагулопатии, геморрагический диатез, тромбозы (например, при раке поджелудочной железы - симптом Труссо).

Примеры классического паранеопластического дерматоза – сосочково-пигментная дистрофия кожи (синдром Пейтца-Эйгера в 60–100% случаев указывающая на рак желудочно-кишечного тракта. Гипогликемию или гипергликемию наблюдают при всех формах злокачественных опухолей: раке печени, желудочно-кишечного тракта, легкого, гениталий, при РМЖ и раке тела матки.

Технология обучения и самостоятельной работы по учебникам [3; 4] и учебному пособию [5] построена в виде следующей схемы:

I. Чтение учебника, конспекта лекций.

II. Анализ, осмысливание полученных ранее знаний и призму разработанных «опорных симптомов» роста и развития злокачественных опухолей, новых положений темы.

III. Соединение, обобщение, составление выводов, обоснований актуальности или особенности проблемы, познание внутренних противоречий.

IV. Решение целенаправленных практических задач, обучающих тестов и карт-заданий, клинический разбор больных), освоение навыков, участие (соучастие) в работе в соответствии с рейтинговой картой, написание академической истории болезни (в приложениях учебнику).

V. Убеждение в практической значимости, наличии нерешенных проблем, «узких мест», самостоятельный поиск их решения.

Таким образом, использование предложенной визуальной системы клинических проявлений заболевания позволят студенту или клиническому ординатору с позиций зрительной системы все многообразие клинических проявлений

в каждом случае рассматривать их через призму 4-х опорных симптомов злокачественных опухолей, проводить обследование для исключения этой патологии. Если считать, что опорные клинические симптомы с определенной закономерностью характерны для большинства злокачественных опухолей, то вполне правомерно осваивать определенные темы крупноблочно, например рак пищевода и желудка, ободочной и прямой кишки и другие локализации, имеющие сходные клинические проявления и патогенез. Во-вторых, задачу закрепления материала решать диагностику путем (дедукции) логического следования от общего к частному.

Список литературы

1. Каприн А.Д. Злокачественные новообразования в России в 2014 году (заболеваемость и смертность) / А.Д. Каприн, В.В. Старинский, Г.В. Петрова. – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена Минздрава России, 2014. – 250 с.
2. Черенков В.Г. Клиническая онкология: руководство для студентов и врачей. – М.: ВУНМЦ МЗ РФ, 1999. – 384 с.
3. Черенков В.Г. Клиническая онкология. – М. Изд. МК, 2010. – 431 с.
4. Черенков В.Г. Онкология (Рекомендована ФГАУ «Федеральный институт развития образования» в качестве учебника для использования в учебном процессе образовательных организаций, реализующих программы высшего образования по специальностям 31.05.01 «Лечебное дело», 31.05.02 «Педиатрия» и др. по дисциплине «Онкология». Рег. №318 от 16 сентября 2016 года). – Изд. Гр. «ГЭОТАР-Медиа», 2017. – 505 с.
5. Черенков В.Г. Онкология. Тесты с элементами визуализации (Рекомендована ФГАУ «Федеральный институт развития образования» в качестве учебного пособия для использования в учебном процессе образовательных организаций, реализующих программы высшего образования по специальностям 31.05.01 «Лечебное дело», 31.05.02 «Педиатрия» и др. по дисциплине «Онкология». Рег. №314 от 12 сентября 2016 года). – Изд. Гр. «ГЭОТАР-Медиа», 2017. – 237 с.
6. International Manual of Oncology Practice. Springer International Publishing Switzerland, 2015. – 1031p.

7. Kaprin A.D., Starinsky V.V., Petrova G.V. Malignant neoplasms in Russia in 2014 (morbidity and mortality) – Moscow: mnioi. P.A. Herzen, Ministry of health of Russia, 2014. – 250 p.

8. Cherenkov V.G. Clinical Oncology: a manual for students and physicians. M. Vunmts, Ministry of health. – 1999. – 384 p.

9. Cherenkov V.G. Clinical Oncology. M. Ed. MK, 2010. – 431 p.

10. Cherenkov V.G. Oncology (Recommended FGAU «Federal Institute of development of education» as a textbook for use in educational process of educational institutions implementing programs of higher education in the field 31.05.01 General medicine, 31.05.02»Pediatrics», etc. in the discipline of Oncology. Reg. no. 318 of September 16, 2016), 2017, Ed. Gr. «GEOTAR-Media». – 505 p.

11. Cherenkov V.G. Oncology. Tests with elements of visualization (Recommended FGAU «Federal Institute of development of education» as a teaching tool for use in educational process of educational institutions implementing programs of higher education in the field 31.05.01 General medicine, 31.05.02»Pediatrics», etc. in the discipline of Oncology. Reg. no. 314 from 12 September 2016), 2017, Ed. Gr. «GEOTAR-Media». – 237 p.

12. International Manual of Oncology Practice. Springer International Publishing Switzerland, 2015. – 1031 p.

Черенков Вячеслав Григорьевич – д-р мед. наук, профессор ФГБОУ ВО «Новгородский государственный университет им. Я. Мудрого», Россия, Великий Новгород.
