

Мы всегда готовы к сотрудничеству и расширению границ применения указанных принципов метода.

**СОЧИНСКИЙ РЕГИСТР
ГЕМОБЛАСТОЗОВ: МОДЕЛЬ
ПОПУЛЯЦИОННОГО РЕГИСТРА И
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ
ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ**

Данилова Н.В., Ушакова О.Н., Спектор М.И.,
Старикова Е.В., Ковалева Н.В., Мельникова Н.С.,
Щербакова Е.Г., Парфиненко Н.А.
*Регистр гемобластозов НИИМП РАМН
Сочи, Россия*

Сочинский регистр гемобластозов был создан в 1974 году в составе клинического отделения гемобластозов НИИ экспериментальной патологии и терапии АМН СССР /впоследствии – НИИ медицинской приматологии РАМН/. Сочинский регистр гемобластозов осуществляет многоплановые научные исследования по эпидемиологии новообразований лимфатической и кроветворной ткани, обеспечивает разработку и внедрение в практику новых режимов лечения. Одной из основных задач регистра является совершенствование качества и эффективности диспансеризации больных лейкозами и лимфомами, выявляемых в контролируемых регионах Краснодарского края с общей численностью 2 миллиона постоянного населения. В зоны работы регистра включены территории края с наиболее конкретизированной гематологической службой. Сюда вошли 8 городов и 7 сельских районов, в том числе города Краснодар, Армавир, Новороссийск, Туапсе и др.

Основным рабочим документом регистра является специальная форма персональной карты (СПК), включающая общие сведения о больном, условия его жизни, характеристику общего состояния и опухолю, этапы ее лечения. Предусмотрена система дополнения СПК динамическими сведениями - ежегодно на каждого больного заполняется этапное сообщение, включающее данные о динамике патологического процесса и проведенной терапии. Информация обо всех случаях заболеваний в выделенных регионах Краснодарского края поступает по каналам перекрывающей системы накопления данных: специализированные гематологические и онкологические службы, общая лечебная сеть, патологоанатомические лаборатории, ведомственные медицинские службы, ЗАГС, медико-санитарные экспертные комиссии (МСЭК).

Разработанная документация и специальная система регистрации больных гемобластомами в зонах действия регистра обеспечили прослеживание судьбы каждого больного, с определением выживаемости и оценкой эффективности терапии. Это позволило проводить в рамках Со-

чинского регистра многоплановые научные разработки, осуществлять разнообразные статистические и аналитические эпидемиологические исследования.

Банк данных Сочинского регистра к настоящему времени представляет собой всестороннюю информацию клинического, социального и эпидемиологического плана о 6622 больных гемобластомами (3417 мужчин и 3205 женщин).

По формам лейкозов и лимфом больные распределились следующим образом:

- хронический лимфолейкоз (ХЛЛ) – 24,2% (стабильно занимает 1 ранговое место);
- острые лейкозы (ОЛ) – 21,9%;
- лимфогранулематоз (ЛГ) и неходжкинские лимфомы (НХЛ) – по 14,5% (разница составляет 0,03%, хотя в предыдущие десятилетия ЛГ значительно опережал другие формы лимфом);
- множественная миелома (ММ) – 8,2%.

Далее представлены миелолифолиферативные заболевания: хронический миелолейкоз – 8,0%, эритремия – 4,3%, сублейкемический миелоз – 3,4%.

Соответственно нозологическим формам лейкозов и лимфом, проведены возрастные корреляционные сопоставления, характеризующие особенности распределения заболеваний среди мужчин и женщин, среди жителей города и села. Среднегодовые показатели заболеваемости гемобластомами мужчин превышают таковые у женщин в 1,3 – 1,5 раза. Равным образом, коэффициенты заболеваемости в городах выше, чем в сельской местности.

Поскольку территория, на которой действует Сочинский регистр гемобластозов, охватывает население различных этнических групп, это открывает возможности анализа частоты новообразований лимфатической и кроветворной ткани в национальном аспекте. На материалах регистра регулярно изучаются статистические показатели, характеризующие распространенность злокачественных новообразований лимфатической и кроветворной ткани в разных национальных когортах. В Краснодарском крае уровень заболеваемости гемобластомами лиц адыгейской национальности в 2 – 3 раза меньше, чем среди русских, украинцев и армян. В то же время, наиболее высокие коэффициенты заболеваемости лейкозами и лимфомами оказались характерными для армян.

Изучение особенностей распространения отдельных форм злокачественных новообразований лимфатической и кроветворной ткани смыкается с целым рядом аналитических исследований. В частности, на базе регистра проводилось серо-эпидемиологическое исследование при ЛГ (изучена корреляция между уровнем антител к капсидному антигену вируса Эпштейна-Барр у больных и близко контактирующих с ними родственниками). Выполнена серия работ по изучению метаболизма стероидных гормонов у больных с некоторыми формами лейкозов; осуществлен

популяционный анализ роли наследуемых факторов и факторов внешней среды в становлении лейкозов и лимфом; проводилось изучение горизонтального и вертикального распространения злокачественных новообразований лимфатической и кроветворной ткани на модели «семейных гемобластозов», апробированы разные методики для предварительного отбора групп риска. Отдельные фрагменты научных исследований, требующие специального оборудования, проводились совместно с соответствующими лабораториями ИМП РАМН.

Полученные сведения по текущей статистике в наблюдаемой популяции использованы в дальнейших эпидемиологических (в том числе корреляционных) исследованиях и ряде научных работ клинического плана.

Обширная клиническая и эпидемиологическая информация по большому массиву больных, накопленная в регистре гемобластозов за 30-летний период работы, позволила провести когортный анализ по сочетанию новообразований лимфатической и кроветворной ткани с опухолями других локализаций. Выявлено, что риск возникновения второго злокачественного новообразования наиболее высок у больных ХЛЛ, ЛГ и эритремией: показатели относительного риска (ОР) оказались, соответственно 3,41, 1,315 и 1,914 ($\chi^2=121,575$, $\chi^2 > \chi_{01}^2$, т.е., риск ошибки меньше 1%). Кроме того, показана высокая корреляция формы гемобластоза с отдельными локализациями солидных опухолей. Так, ОР возникновения рака желудка оказался наиболее значимым при ЛГ – 3,513 ($\chi^2 > \chi_{01}^2$), ОР развития рака легкого – при ХЛЛ – 3,087 ($\chi^2 > \chi_{25}^2$). В то же время, для ЛГ этот показатель соответствует 0,144 ($\chi^2 > \chi_{025}^2$). Для женщин, больных ЛГ, особо высокие показатели ОР отмечены для рака молочной железы – 9,444 ($\chi^2 > \chi_{01}^2$). Для больных ХЛЛ ОР возникновения рака кожи составил 1,945 ($\chi^2 > \chi_{05}^2$).

Выявлен ряд других интересных клинико-гематологических сопоставлений и характерных особенностей разных форм гемобластозов, ассоциированных с опухолями других локализаций.

На материалах Сочинского регистра, располагающего подробной социальной информацией по репрезентативному числу больных, исследовано наличие корреляционной связи между гемобластозами и факторами профессиональных воздействий, предшествовавшими развитию заболевания. Наличие профессиональной вредности до начала заболевания зарегистрировано у 49,1% больных, т.е. практически у половины работающих. Анализ профессиональных маршрутов 2646 больных с разными формами лейкозов и лимфом, с акцентом на наличие вредных воздействий производственной среды и трудового процесса, обнаружил неоднозначное действие на мужчин и женщин одних и тех же факторов профессионального риска, а также варьирование их при разных формах гемобластозов. При исполь-

зовании методов статистического анализа, произведен расчет ОР развития новообразований лимфатической и кроветворной ткани, в свете профессиональных факторов.

Эти и другие научные исследования по актуальным вопросам онкогематологии позволяют характеризовать демографическую и эпидемиологическую ситуацию в популяции в целом. А собранные в регистре статистические материалы и данные перманентного клинического наблюдения ориентированы на оценку эффективности лечения и прослеживание выживаемости больных с разными формами гемобластозов. На этой основе осуществляются изучение клинического и трудового прогноза больных лейкозами и лимфомами, разработка программ реабилитационного ведения и принципов управления диспансеризацией больших контингентов больных гемобластозами.

На I этапе диспансеризации (ранняя диагностика и взятие на диспансерный учет) созданная в регистре система перекрывающей информации приобретает особую значимость. Одним из основных принципов работы Сочинского регистра является регистрация всех случаев гемобластозов в контролируемом регионе, учет и наблюдение больных в динамике, – с момента установления диагноза до смерти больного.

В регистре традиционно большое внимание уделяется вопросам изучения социально-трудового потенциала больных гемобластозами, разработке критериев трудоспособности, вопросам психологической, медико-социальной и трудовой адаптации больных. Эти важнейшие аспекты легли в основу организации всей диспансерной работы. Изучение состояния трудоспособности на материалах регистра имеет характер популяционного исследования, а оценка на представительном массиве делает репрезентативными результаты выборки. Выполненный цикл научных исследований по изучению клинического и трудового прогноза и разработка принципов врачебно-трудовой экспертизы при разных формах гемобластозов дали возможность увеличить во всех зонах число больных с полностью или частично восстановленной трудоспособностью.

Одним из важнейших разделов работы регистра является организационно-методическая работа. В рамках совершенствования качества и эффективности диспансеризации больных гемобластозами, осуществляется консультативная помощь в зонах регистра и контроль за их работой, повышение квалификации гематологов, онкологов и широкого круга практических врачей.

Таким образом, Сочинский регистр гемобластозов представляет собой модель популяционного ракового регистра. Он имеет многоцелевое назначение: накапливаемые данные, помимо проведения разносторонних эпидемиологических исследований, могут быть использованы в целях разработки средств терапии, реабилитации боль-

ных, исследования причин заболевания и организации противораковой борьбы.

Важно, что работа регистра базируется на взаимодействии всех звеньев системы здравоохранения в процессе выявления и лечения больных. А если учитывать, что в настоящее время в практическом здравоохранении возрождаются принципы диспансеризации населения, созданная в Сочинском регистре гемобластозов система управления диспансеризацией больших контингентов больных лейкозами и лимфомами может быть особенно востребованной.

СОВРЕМЕННОЕ КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БЛИЗОРУКОСТИ С САНАТОРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИЕЙ

Еременко А.И., Четыз Р.Р., Каде А.Х., Гиш Ф.З.
*Кубанский государственный медицинский
университет
Краснодар, Россия*

Данные о связи общесоматической и неврологической патологий с возникновением и развитием близорукости в детском возрасте изучаются с каждым годом все чаще. (Тарутта Е. П., Кузнецов И. В., Волкова Л. П., Смирнова Т. С., 2001-2006 г. г.). Причиной этому являются по ряду авторов, следующие факторы:

Во-первых – низкая эффективность лечения близорукости общепринятыми методиками, с воздействием только на аккомодационный аппарат глаз.

Во-вторых – низкая эффективность склеороукрепляющих манипуляций, проведенных без предварительного комплексного лечения.

В-третьих – возникновение частых, осложненных форм близорукости при наличии не леченных, соматических и неврологических заболеваний у детей.

Целью наших исследований явились ряд работ:

1. Доказать связь развития близорукости с рядом симптомокомплексов, вызванных соматическими и неврологическими заболеваниями детского организма. 2. Разработать комплексное поэтапное лечение с учетом экстраокулярных заболеваний и с применением санаторных методик. 3. Оценка эффективности комплексного 3-х этапного лечения близорукости у детей.

Материалы и методы:

Проведение компетентных комплексных медицинских осмотров конкретной группы близоруких детей с участием детских специалистов и проведением полного обследования представилось возможным в детском диагностическом центре КДБ.

В нем приняли участие детские специалисты: невропатолог, гастроэнтеролог, кардиолог, отоларинголог, хирург-ортопед, гастроэнтеролог, нефролог, эндокринолог и гематолог.

Всего осмотрено: дошкольников – 90 детей; школьников – 440 детей.

Для определения взаимосвязи экстраокулярных, заболеваний с близорукостью, нами использован метод индексных показателей - индекс заболеваемости – (ИЗ) (Г. В. Гладков, 1976 год)

ИЗ это соотношение = число выявленных с общим заболеванием к общему числу с близорукостью

ИЗ показывает частоту той или иной патологии среди определенного контингента и измеряется долями 1. Чем ближе к 1, тем выше частота поражения исследуемого контингента определенным заболеванием.

В нашем конкретном случае ИЗ = 0,96.

Дальнейшие исследования являются доказательством количественного состава нозологии соматических заболеваний среди детей с близорукостью:

В количественном отношении (по Стьюденту) из 510 детей с близорукостью 498 детей страдает одним общесоматическим заболеванием (96 %), из них – 41 % страдает 2-мя соматическими заболеваниями.

Следующий этап исследований характеризует этиопатогенетическую связь близорукости с симптомокомплексами, вызванными неврологическими и соматическими заболеваниями.

У подавляющего большинства детей выявлены (70%) заболевания ЦНС и цервикальная недостаточность в виде нестабильности шейного отдела позвоночника, раннего остеохондроза, сколиоза и подвывиха шейного отдела позвоночника. Указанные патологии способствуют формированию межпозвоночных блокад. Как правило, при этих состояниях развивается недостаточность кровоснабжения в вертебробазиллярной системе. Это вызывает нарушение регионального кровоснабжения с поражением ядер глазодвигательных нервов в продолговатом мозге, парез циллиарных мышц. А также изменение кровоснабжения сетчатки, сосудистой оболочки и зрительного нерва и изменения структуры коллагеноза склеры (Кузнецова М В., Тарутта Е. П., Волкова А. П. 2006г).

По данным наших исследований на втором месте – дисфункция гепатобилиарного тракта и ЖКТ с явлениями лямблиозного и банального холецистита, гепатитов, хронического гастродуоденита с колитом и дизбактериозом кишечника – 12% близоруких детей.

Авитаминозы и дефицит микроэлементов, возникающие при этих заболеваниях вызывают метаболические нарушения в сетчатке, в зрительном нерве и оболочках глаз.

Среди этой категории детей наиболее часто наблюдается дегенеративная близорукость с быстрым прогрессирующим (Ху Данин, 2001год).

На третьем месте - нарушения иммунной системы организма на фоне хронических или