

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И РЕАБИЛИТАЦИЯ

УДК 617.77:616-006.6.

АЛГОРИТМ ОБСЛЕДОВАНИЯ И МАРШРУТИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ОРГАНОВ ЗРЕНИЯ

Д.А. Важенина

*Челябинский областной
клинический онкологический
диспансер*

e-mail: dariavazenina@mail.ru

Анализ 6877 амбулаторных карт и текущего наблюдения пациентов со злокачественными новообразованиями органов зрения в Челябинской области позволил разработать алгоритм этапов маршрутизации пациентов со злокачественными новообразованиями органов зрения, что позволит сократить время между первым обращением пациентов в прикрепленную поликлинику до составления плана лечения в онкологическом учреждении.

Разработанный в результате исследования алгоритм позволил сократить количество недообследованных больных, оптимизировать возможность интерпретации проведенного лучевого исследования специалистами различных областей без его дублирования в других лечебных учреждениях

Ключевые слова: алгоритм, пациенты, исследование, органы зрения, онкология

Актуальность. Изучение состояния заболеваемости по новообразованиям является актуальной междисциплинарной проблемой клинической и профилактической медицины [1]. Первичные злокачественные опухоли органа зрения составляют 1% от всех злокачественных новообразований [5]. Несмотря на такую, казалось бы, ничтожную долю, эта патология является социально значимой проблемой в связи с высокой частотой инвалидизации данной категории пациентов [4]. Своевременная и адекватная верификация диагноза новообразований органов зрения определяет выбор тактики лечения и способствует улучшению витального прогноза, повышению качества жизни у офтальмоонкологических больных, а также требует разработки новых организационных форм, позволяющих проводить данный процесс максимально быстро, эффективно и в рамках бюджетного финансирования [2, 3]. Благодаря федеральной программе по финансовому обеспечению диагностических служб медицинских учреждений области, в больницах типа ЦРБ появилась диагностическая аппаратура достаточно высокого уровня. Несмотря на это, организация диагностической помощи пациентам оставляет желать лучшего, данный факт был обусловлен отсутствием специализации и основных навыков и методик, направленных на ранее выявление и/или подозрение на новообразования различной локализации, органа зрения в частности, у врачей лучевой диагностики [2]. В последние годы прослеживается очевидный интерес к качеству

жизни больных и выбору более эффективных методов лечения [6]. В этой связи работа представляет чрезвычайный интерес для практического здравоохранения.

Целью исследования явилась разработка алгоритма обследования и плана маршрутизации пациентов злокачественными новообразованиями органов зрения различной локализации.

Материалы и методы. Исследование проводилось в условиях офтальмоонкологического центра на базе ГЛПУ «Челябинский областной клинический онкологический диспансер» за период с 1999 по 2009 гг. Было проанализировано 6877 амбулаторных карт пациентов со злокачественными новообразованиями органов зрения, определены пути их маршрутизации по различным уровням медицинских учреждений Челябинской области. В работе были использованы современные методы социально-гигиенических исследований: статистический, текущего наблюдения, монографический, организационного эксперимента.

Результаты и их обсуждение. Анализ 6877 амбулаторных карт и текущего наблюдения пациентов со злокачественными новообразованиями органов зрения показал, что организация диагностического процесса у пациентов со злокачественными новообразованиями органов зрения в теории должна складываться из следующих этапов:

- обращение пациента в поликлинику по месту жительства к врачу-офтальмологу или терапевту;
- первичный осмотр и установление предварительного диагноза врачом обслуживаемого участка с настороженностью на наличие новообразований органов зрения;
- проведение первичной диагностики (если позволяет аппаратура и наличие врачей-диагностов) в объеме ультразвукового и компьютерно-томографического исследований;
- при подтверждении подозрений врача-клинициста данными инструментальной диагностики – направление в поликлинику специализированного онкологического учреждения;
- врач-онкоофтальмолог после осмотра пациента, сопоставляя данные проведенных обследований по месту жительства, либо снимает предположение онкологической патологии органов зрения, либо подтверждает наличие объемного образования;
- повторное назначение УЗИ врач-онкоофтальмолог поликлинической службы проводит в случае, когда существенно меняется клиническая и/или биомикроскопическая картина по сравнению с предыдущим осмотром по месту жительства; пациент предъявляет новые жалобы;
- обследование при помощи метода компьютерной томографии проводится при подозрении на распространенные стадии заболевания, для определения объема оперативного лечения перед госпитализацией; пациентам, которым показано, но невозможно проведение ультразвукового метода исследования (масштабы распространения патологического процесса с открытыми ранами и/или распадающейся опухолевой тканью, синдром вершины орбиты, абсолютно болящая глаукома);
- госпитализация в онкоофтальмологическое отделение онкологического учреждения для верификации процесса и/или оперативного лечения, прохождения лучевой и/или химиотерапии. Прохождение всех этапов не должно превышать 1,5-2 недели.

Результаты анализа показали, что в действительности все выглядело иначе: основные «задержки» в направлении пациента в специализированное учреждение исходили от первичного звена на уровне врачей-офтальмологов по месту жительства. Причиной задержки служили не только дефекты в маршрутизации пациентов, но и низкая онкологическая настороженность врачей общего профиля, отсутствие базисных навыков диагностики опухолевого поражения органов зрения.

Злокачественные новообразования параорбитальной области относятся к «визуальным» локализациям. Пациенты начинают достаточно быстро испытывать дискомфорт, зуд, отмечать косметические дефекты в области параорбитальной области, появляется незначительная кровоточивость из образований. Однако между появлением первых симптомов и обращением к врачу по месту жительства проходит в среднем от 3 месяцев до нескольких лет, в течение этого времени практически все пациенты за-

нимаются самолечением с использованием народных и косметических средств, лекарственных препаратов и т.д. На момент обращения за помощью в поликлинику по месту жительства часть пациентов уже имели распространенность процесса, соответствующую Т3-Т4 стадии; постановка предварительного диагноза этой группе пациентов, как правило, не представляет затруднений. Максимальное сокращение временного интервала при диагностике злокачественных внутриглазных образований позволит не только увеличить количество пациентов с сохраненной зрительной функцией, глазом, как важной эстетической составляющей, но и уменьшить число пациентов с распространенными стадиями — т.е. потенциальных инвалидов, имеющих большое количество ограничений при последующем трудоустройстве, трудности с адаптацией в обществе.

Внутриглазные злокачественные новообразования занимают лидирующее место по количеству диагностических ошибок и неправильной интерпретации полученной информации. Связано это со «скрытой» локализацией опухоли, которую невозможно диагностировать без качественного осмотра, со сложностью дифференциальной диагностики внутриглазных процессов, отсутствием специфических жалоб, а также нарушением информированности врачей общей практики, что выражается в низкой онкологической настороженности офтальмологов и врачей лучевой диагностики первичного звена. Ультразвуковая картина внутриглазных образований не отличается особым разнообразием эхографических признаков, однако наличие осложнений может существенно затруднить интерпретацию ультрасонографической картины. В связи с этим, все пациенты с УЗ-картиной, не соответствующей норме, и/или с любыми изменениями на глазном дне, имитирующими эффект «+»-ткани, должны быть направлены на консультацию к онкоофтальмологу в онкологический центр.

Злокачественные новообразования орбиты в зависимости от локализации относятся к «скрытым» и «видимым». Опухоли, располагающиеся в наружном хирургическом пространстве, клинически проявляются быстрее, по сравнению с образованиями внутреннего хирургического пространства. Ультразвуковое обследование орбит при подозрении на злокачественное образование орбитальной области в онкологическом центре позволяет определить локализацию, наличие связи со структурами глазницы, предположить, первоначальный очаг образования (мышцы, слезная железа, зрительный нерв и т.д.), оценить характер васкуляризации и отношение к сосудам орбиты, степень заинтересованности периневрального пространства, инвазия в глазное яблоко.

Таким образом, соблюдение алгоритма этапов маршрутизации пациентов со злокачественными новообразованиями органа зрения позволит сократить время между первым обращением пациента в поликлинику по месту жительства до составления плана лечения в онкологическом учреждении, сократить количество недообследованных больных, оптимизировать возможность интерпретации проведенного лучевого исследования различными специалистами без дублирования исследований в других лечебных учреждениях.

Литература

1. Иванова, М.А. К вопросу о заболеваемости новообразованиями кожи в Российской Федерации. / М.А. Иванова, Е.В. Огрызко // Актуальные проблемы профилактической и реабилитационной медицины : межрегион. сб. науч. работ с междунар. участием. — Саратов, 2009. — С. 72-73.
2. Калининская, А.А. Больничная помощь и стационарзамещающие технологии в офтальмологии / А.А. Калининская, Т.Т. Аликова // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. — М., 2010. — №2. — С. 95-97.
3. Каткова, Е.А. Комплексное ультразвуковое исследование в диагностическом обеспечении офтальмоонкологической клиники : дис. ... д-ра мед. наук / Е.А. Каткова. — Челябинск, 2004. — 340 с.
4. Офтальмоонкология: руководство для врачей / под ред. А.Ф. Бровкиной. — М. : Медицина, 2002. — 424 с.
5. Панова, И.Е. Диагностика злокачественных опухолей орбиты в условиях городского офтальмоонкологического центра / И.Е. Панова (и др.) // Заболевания, опухоли и травматические повреждения орбиты : сб. науч. тр. междунар. симпозиума. — М., 2005. — С. 38-41.

6. Щепин, В.О. Качество жизни как критерий здоровья и эффективности лечебно-профилактической помощи / В.О. Щепин (и др.). – Ижевск : Сарапульская типография, 2011. – 172 с.

ALGORITHM OF INSPECTION AND ROUTINGS OF PATIENTS WITH MALIGNANT NEW GROWTHS OF AN ORGAN OF VISION

D.A. Vagenina

*Chelyabinsk
regional oncological centre*

e-mail: dariavazenina@mail.ru

The analysis of 6877 out-patient cards and current supervision of patients by malignant new growths of organs of vision in the Chelyabinsk area has allowed to develop algorithm of stages of routing of patients with malignant new growths of organs of vision that will allow to reduce time between the first reference of patients in the attached polyclinic before treatment scheduling in oncological establishment. The algorithm developed as a result of research has allowed to reduce quantity patients, to optimize possibility of interpretation of the conducted beam research by experts of various areas without its duplication in other medical institutions.

Key words: algorithm, patients, research, organs of vision, oncology.