

23. Толстых С.А. Туберкулез в Иркутской области в последние десять лет // Журнал инфекционной патологии. - 2000. - №3-4. - С.52-55.
24. Филиппсон А.П. / Клиника и исходы туберкулеза у социально-дезадаптированных лиц // Туберкулез в современных эпидемиологических условиях: Мат. науч.-практ. конф. - Иркутск, 1998. - С.66-69.
25. Фоминых О.М. Современные медико-социальные аспекты туберкулеза органов дыхания в условиях крупного промышленного центра Западной Сибири: Автореф. ... дис. канд. мед. наук. - Оренбург, 2000. - 19 с.
26. Шилова М.В. Туберкулез в России в конце XX века // Проблемы туберкулеза. - 1997. - №7. - С.8-13.

О ПАШОВ А.И., ЦХАЙ В.Б., ДЫХНО Ю.А., МОДЕСТОВ А.А., ПЛАТОНОВА Л.Н., ОЗИЕВА Л.В. -

МОДЕЛЬ ОПТИМИЗАЦИИ КОМПЛЕКСНОЙ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ РАКОМ ТЕЛА МАТКИ НА УРОВНЕ РЕГИОНАЛЬНОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

А. И. Пашов, В.Б. Цхай, Ю.А. Дыхно, А.А. Модестов, Л.Н. Платонова, Л.В. Озиева.

(Красноярская государственная медицинская академия, ректор - д.м.н., проф. В.И. Прохоренков)

Резюме. В статье приводятся результаты проведенного научного анализа социально-гигиенических и клинических факторов рака тела матки, на основе которых в форме организационно-системных связей сформирована модель оптимизации профилактических и лечебно-диагностических мероприятий, ориентированных на улучшение качества оказания медицинской помощи женщинам на всех ее этапах.

Ключевые слова: рак тела матки, диагностика, лечение, региональный онкодиспансер.

В связи с неуклонным ростом заболеваемости, рак тела матки (РТМ) является актуальной проблемой современной онкогинекологии. Частота РТМ за последние 10 лет возросла в некоторых регионах России в два раза при ежегодном ее увеличении на 8-10% и занимает 1-3 место среди всех злокачественных новообразований гениталий у женщин [1,5,6]. Согласно результатам большинства отечественных исследований пик заболеваемости приходится на возраст 50-59 лет и только в 16% случаев РТМ диагностируется у женщин репродуктивного возраста [1,3,5,6,10]. По данным R. Rudelstorfer (1990) РТМ диагностируется в постменопаузе в 90% случаев [9]. Согласно данным Американского Общества по Проблемам Рака за 2000 год большинство больных РТМ находились в возрасте старше 50 лет (86%), а пик заболеваемости приходился на возраст 75-79 лет и составлял 109,1 на 100 000 [7].

Материалы и методы

Единицей статистического наблюдения являлась женщина, заболевшая РТМ за период с 1998-2002 гг. в Красноярском крае. В работе использовались методы: клинко-экспертный, социально-гигиенический, выкопировки данных, моделирования, логического анализа, математической статистики (расчет средних и относительных показателей, средних ошибок этих показателей). При соответствии данных нормальному распределению для их сравнения использовался t-критерий Фишера-Стьюдента для связанных и несвязанных величин и дополнительно непараметрическими методами по критерию Вилксона и Ван дер Вардена.

Сбор информации о случаях заболеваемости раком тела матки осуществлялся путем анализа первичной медицинской документации. Собран-

ная информация дифференцировалась и вносилась в разработанную нами "Карту экспертной оценки случаев заболеваемости раком тела матки в Красноярском крае". Карта включала 100 вопросов и состояла из четырех разделов (паспортной части, социально-гигиенической характеристики, клинической характеристики и акушерско-гинекологического анамнеза, комплексной экспертной оценке случая).

Результаты и обсуждение

В Красноярском крае за последние 10 лет отмечен рост заболеваемости онкогинекологическими заболеваниями [2,4]. По результатам анализа онкогинекологической заболеваемости, проведенного в Красноярском крае за 1991-2000 гг., первое место занимает рак тела матки и составляет 35,1%. За последние 5 лет отмечается устойчивая тенденция роста частоты РТМ, при этом если в 1998 году был зарегистрирован 191 случай заболевания РТМ, то в 2002 году - 278, рост заболеваемости произошел на 31,3%.

За последние годы значительно возросло количество больных находящихся на диспансерном учете в Краевом онкологическом диспансере (КОД) по поводу РТМ с 1708 в 1998 году до 1943 в 2002 году, при этом число состоящих с момента установления диагноза от 5 лет и более - увеличилось соответственно с 856 до 1076 (табл.1).

Удельный вес запущенных форм онкологических заболеваний во многом характеризует общее состояние организации онкологической помощи населению, а также эффективность лечебно-профилактических мероприятий, скрининговых программ, профилактических осмотров и т.д. Так, в 1998 году частота запущенных стадий РТМ в Красноярском крае составляла 18,28% от всех впервые установленных случаев заболевания, то в

Таблица 3.

*Контингенты больных раком тела матки, состоящие на диспансерном учете
в Краевом онкологическом диспансере (КОД)*

Годы	Больные РТМ с впервые установл. DS		В том числе выявлено на проф. осмотрах		Диагноз подтвержден морфологически		Число запущенных случаев РТМ		Состоит на учете на конец года	Состоит с момента установл. диагноза (5 лет и более)
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	п
1998	186	100,0	7	3,76	173	93,01	34	18,28	1708	856
1999	229	100,0	16	6,97	216	91,32	47	20,52	1807	987
2000	222	100,0	16	7,21	210	94,56	46	20,72	1832	1010
2001	220	100,0	29	13,18	211	95,91	49	22,27	1902	1015
2002	257	100,0	28	10,89	244	94,94	57	22,18	1943	1076

Примечание: РТМ - рак тела матки

2000 году этот показатель составил 20,72%, а в 2002 году - 22,18%. То есть, практически у каждой 5-й больной, больной РТМ, регистрируется 3 или 4 стадия заболевания.

Особенно негативной представляется ситуация по регистрации у больных РТМ 3-й стадии по отношению к впервые установленному диагнозу: в 1998 г. - 26 (13,97%) больных, в 1999 г. - 34 (14,84%), в 2000 г. - 30 (13,51%), в 2001 г. - 35 (15,90%) и в 2002 г. - 40 (15,56%).

Установление причины поздней диагностики онкогинекологической патологии, в частности РТМ, является предметом пристального изучения специалистов и проблемой практического здравоохранения. В наших исследованиях установлено, что период времени между появлением первых клинических симптомов РТМ и первым обращением больных к врачу составлял в среднем $23,16 \pm 9,66$ дней, период времени до окончательного установления диагноза - в среднем $48,24 \pm 12,47$ дней, до госпитализации на оперативное лечение в специализированный стационар онкологического профиля - в среднем $76,18 \pm 8,14$ дней.

Ю.Ю. Табакман (2000) среди причин поздней обращаемости больных к врачу при РТМ выделил следующие: неосведомленность больных о значении симптомов заболевания, негативное отношение к диагностическому выскабливанию, отрицательные (в отношении РТМ) результаты предшествующего выскабливания и гистологического исследования, уверенность в наличии рака и безуспешности его лечения [5].

В нашем исследовании одной из основных причин поздней обращаемости больных РТМ к врачу явилось отсутствие выраженной клиники и симптоматики заболевания - в 46,6% случаев. Следующей по значимости причиной поздней обращаемости больных раком тела матки к врачу - была неосведомленность больных о значении основных ранних симптомов заболевания - в 39,5% случаев. Среди других причин следует отметить - отрицательные результаты предшествующих диагностических выскабливаний полости матки (11,9% случаев) и негативное отношение к диагностическим выскабливаниям (1,9% случаев).

Следует отметить, что из 210 обследованных и анкетированных нами больных РТМ более половины - в 57,03% случаев обратились к врачу гинекологу не позднее 2-х месяцев от появления первых симптомов заболевания и в эти же сроки был установлен гистологически подтвержденный диагноз. Но только в 27,6% случаев операция у них была произведена своевременно. Объяснением этого явились, на наш взгляд, организационные просчеты на уровне женских консультаций и недостаточная преемственность в работе поликлинического уровня и онкогинекологического стационара, нередко и отсутствие мест в гинекологическом отделении КОД и связанная с этим очередность больных РТМ на оперативное лечение.

Таким образом, как показали результаты нашего исследования, необходимо пересмотреть приоритеты среди причин поздней обращаемости к врачу при РТМ, а с учетом высокой частоты этого заболевания с отсутствием клинической симптоматики в популяции, основные профилактические и диагностические следует направить на реализацию массовых скрининговых программ среди женщин перименопаузального и постменопаузального периодов.

Существующая до начала исследования в Красноярском крае многоэтапная система оказания помощи женщинам с РТМ допускала многовариантность ее исполнения, а, следовательно, и ошибочные действия на уровне первичного звена медико-социальной помощи, госпитальном и постгоспитальном этапах. По сути дела в крае отсутствовала система охраны здоровья женщин группы онкогинекологического риска, а все лечебные и организационные решения принимались после свершившегося факта диагностики, в большинстве случаев при наличии запущенных форм РТМ.

Проведенный научный анализ социально-гигиенических и клинических факторов, влияющих на возникновение, выявление и профилактику РТМ позволил в форме организационно-системных связей сформировать модель оптимизации медико-организационных мероприятий, ко-

торая ориентирована на улучшение качества оказания медицинской помощи женщинам на всех этапах ее оказания.

В модели представлены три основные группы факторов, оказывающих определяющее влияние на здоровье женщин: социально-гигиенические, клинические и организационные. Ее основными элементами являются учреждения акушерско-гинекологической и онкологической службы (женские консультации, поликлиники, смотровые кабинеты), стационары гинекологического, онкогинекологического и онкологического профиля, региональные онкологические центры, онкологические службы, прозекутуры, женское население, онкологические больные.

Модель носит многофункциональный характер и включает пять блоков: организационный, информационно-аналитический, медицинский, клинико-экспертный и технологический.

Организационный блок модели позволил выявить факторы, влияющие на возникновение и раннее выявление заболевания.

Стандарты качества при оказании хирургической помощи включают сроки первичной постановки диагноза, время, затраченное на диагностические мероприятия и подготовку к оперативному вмешательству. Их внедрение позволило в ходе исследования почти вдвое сократить временной интервал от момента первичного обращения к специалистам до оперативного вмешательства с 78,6 дней до 46,3 дней.

Разработанная модель позволила стандартизировать мероприятия по оказанию квалифицированной медицинской помощи на каждом уровне и этапе с четкой регламентацией сроков и объема помощи.

Медицинский блок ориентирован на доступность и качество медицинских лечебно-диагностических и профилактических услуг на всех этапах на основе интеграции сведений, полученных из других блоков.

Повышение эффективности ранней диагностики рака тела матки и улучшение таких показателей медицинской помощи, как онкологическая заболеваемость, послеоперационная выживаемость и летальность, рецидивы заболевания, возможно за счет более качественного обслуживания женщин на всех этапах диагностики.

Поэтапная реабилитация больных раком тела матки, а также целенаправленная работа по повышению квалификации врачей акушеров-гинекологов с учетом наиболее часто встречающихся ошибок в онкологической практике, позволили снизить послеоперационную летальность и общую смертность больных РТМ в крае.

Главным элементом *информационно-аналитического блока* является КОД, в котором осуществляется анализ онкологической заболеваемости, моделей конечных результатов работы онкологических диспансеров и кабинетов. Важным компонентом модуля является мониторинг здоровья пролеченных женщин, включающий информацию о женщинах в возрасте от 40 лет и старше с наследственной отягощенностью.

Даже минимальный уровень обследования женщин перименопаузального и постменопаузального периодов на современном этапе не осуществим (с учетом организационных, материально-технических и финансовых факторов) для большинства жительниц не только отдаленных районов, но и городов Красноярского края. В целевую программу телемедицины Красноярского края включены наши предложения диагностических осмотров женщин групп повышенного риска в межрайонных центрах края.

При разработке информационно-аналитического блока приоритет отводился вопросам прогноза послеоперационных осложнений, своевременной диагностики и коррекции их, а также оказанию адекватной помощи. Критериями эффективности модуля являлись разработанные нами показатели конечных результатов работы онколо-

Таблица 2.

Экран коррекции деятельности учреждений онкологического профиля и женских консультаций

Анализ потребностей в медицинских услугах	Контроль показателей деятельности	Коррекция действий
Численность женщин с хронической соматической и генитальной патологией. Потребность в услугах: - стационара; - дневного стационара; - стационара на дому; - гинекол. стационара, - онколог. стационара, - центров ультразвуковой диагностики.	Выполнение стандартов обследования, наблюдения, лечения и реабилитации. Соблюдение индивидуальных программ наблюдения за женщинами групп риска. Соблюдение лекарственного формуляра. Соблюдение алгоритма на всех этапах оказания помощи. Удовлетворенность качеством медицинских услуг.	Сокращение сроков длительности пребывания на койке. Улучшение преемственности между стационарами и внестационарными подразделениями. Увеличение количества женщин, обследованных на догоспитальном этапе. Структурные преобразования в системе здравоохранения. Создание дополнительных мотиваций у женщин для поддержания собственного здоровья. Разработка программ страхования в системе добровольного медицинского страхования

гических учреждений и женских консультаций по данной нозологии.

Клинико-экспертный блок включал разработку стандартов и алгоритмов оказания комплексной лечебно-диагностической помощи женскому населению на всех этапах.

Важное место занимает раннее выявление и регистрация недостатков, имевших место при наблюдении женщины в поликлиниках и женских консультациях, ведении и лечении в стационарах гинекологического профиля, а также определение причин, их обуславливающих.

Вышеперечисленное позволяет наметить меры, направленные на подготовку кадров с учетом наиболее часто встречающихся диагностических ошибок, совершенствовать организацию и качество медицинской помощи, включает разработку

стандартов и алгоритмов оказания медицинской помощи на всех этапах лечения.

Технологический блок включает квалифицированные признаки эффективности модели: медицинскую, экономическую и социальную эффективность.

Специально разработанный экран коррекции деятельности учреждений онкогинекологического профиля позволяет осуществлять мероприятия по снижению случаев запущенности с учетом клинических, медико-организационных и социально-гигиенических факторов (табл.2).

Разработка и внедрение лечебно-диагностических алгоритмов при оказании помощи женщинам с РТМ позволило за последние 2. года снизить смертность за счет повышения показателя общей и послеоперационной выживаемости.

THE MODEL OF OPTIMIZATION OF COMPLEX TREATMENT-AND-DIAGNOSTIC AID TO PATIENTS WITH ENDOMETRIAL CANCER IN REGIONAL ONCOLOGIC DISPENSARY

A.I. Pashov, V.B. Tchay. A.A. Dykhno, Y.A. Modestov, L.N. Platonova, L.V. Ozieva
(Krasnoyarsk State Medical Academy)

The article submits the results of the analysis of social-hygienic and clinical factors of endometrial cancer. On the basis of the obtained results there was formed a model of optimization of prophylactic and treatment-and-diagnostic measures that are aimed at improving the quality of medical aid given to women on all its stages.

Литература

1. Ашрафян Л.А. Стандартизованная диагностика рака эндометрия: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. - М., 1989. - 40 с.
2. Бабенко А.И. Демографическая ситуация в районах Сибири // Пробл. соц. гигиены и истории медицины, - 1996. - С.7-10.
3. Берштейн Л.М., Чернобровнина А.Е., Гамаюнова В.Т. Гормонально-метаболический статус онкологических больных при поздно наступившей менопаузе // Вопросы онкологии. - 2003. - Т.49. №2. - С.152-155.
4. Пашов А.И., Озиева Л.В., Егорова А.Т. и др. Рак тела матки (этиопатогенез, клиника, алгоритмы диагностики и лечения) // Учебно-методическое пособие для врачей акушеров-гинекологов, онкологов, врачей интернов и ординаторов. - Красноярск, 2003. - 46 с.
5. Табакман Ю.Ю. Предрак и рак эндометрия алгоритм диагностики и тактика ведения: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. - М., 2000. - 46 с.
6. Ульрих Е.А. Клинико-морфологические особенности серозно-папиллярного рака эндометрия: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - СПб., 2002. - 24 с.
7. Akhmedkhanov A., Zeleniuch-Jaquotte A., Toniolo P. Role of exogenous and endogenous hormones in endometrial cancer // Annals of the New York Academy of Sciences - 2001. - Vol.943. - P.296-315.
8. Parslov M., Lidegaard O., Klinton S. et al. Risk factors among young women with endometrial cancer: a Danish case-control study // Am. J. Obstet. Gynecol. - 2000. - Vol.182. - 1 Pt. - N.1. - P.23-29.
9. Rudelstorfer R., Nanz S., Bernaschek G. Vaginal sonography and its diagnostic value in patients with postmenopausal bleeding Arch. Gynecol. Obstetr. - 1990. - Vol.248. - P.37-44.
10. Sharma D.N., Chander S., Gairola M. et al. Medical disorders associated with endometrial carcinoma // J. Assoc. Physicians. India. - 2001. - Vol.49. - P.630-633.

© ЛЮТОВ Р.В. -

ЗНАЧЕНИЕ ПАЛЛИАТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА III-IV СТАДИИ

Р.В. Лютое.

(442 Окружной Военный клинический госпиталь им. З.П. Соловьева Ленинградского Военного Округа Министерства Обороны РФ, начальник госпиталя - к.м.н. Х.А. Кутуев)

Резюме. Обследовано 77 больных, оперированных по поводу рака желудка III-IV стадии. Показано, что после паллиативных операций через 5 лет выживаемость составляла 4%.

Ключевые слова: рак желудка, паллиативные хирургические операции.