

тельный гормональный рецепторный статус опухоли молочной железы. У 40 больных (76,9%) выполнялась симультантная операция: у 10 больных модифицированная радикальная мастэктомия по Пейти по методике отделения (РМЭ) в сочетании с надвлагалищной ампутиацией матки с придатками, у 12 больных РМЭ в сочетании с пангистрэктомией, у 4 больных – РМЭ с субтотальной экстирпацией матки с придатками, у 2 больных – РМЭ с овариоэктомией, у 3 больных секторальная резекция молочной железы с надвлагалищной ампутиацией матки с придатками, у 5 больных секторальная резекция молочной железы с пангистрэктомией, у 2 больных секторальная резекция с субтотальной экстирпацией матки с придатками, у 1 больной радикальная резекция молочной железы с пангистрэктомией. У 1 больной по поводу синхронного рака молочных желез, стадия IIb и стадия IIa этапом комплексного лечения выполнена одномоментная операция в объеме РМЭ справа, РМЭ слева и овариоэктомии (надвлагалищная ампутиация матки была выполнена ранее). У 12 (20,1%) больных гинекологический этап выполнялся отсрочено.

Перерывы между маммологическим и гинекологическим этапами были различны. 3 больным с распадающимися опухолями молочных желез гинекологический этап выполнялся через 1 неделю, что было связано с тяжестью общего состояния больных и техническими сложностями выполнения РМЭ по Пейти. 8 пременопаузальным больным с положительным рецепторным статусом опухоли после РМЭ по Пейти параллельно с адъювантным химио-лучевым лечением назначалась гормонотерапия препаратом Золадекс. А уже после завершения всего комплексного лечения им выполнялась либо овариоэктомия, либо надвлагалищная ампутиация матки с придатками. В этих случаях перерыв составил в среднем 4,3 месяца. В 1 случае больной надвлагалищная ампутиация матки с придатками по поводу симптомной миомы матки была выполнена спустя 1,5 года после комплексного лечения по поводу рака левой молочной железы, стадия IIb.

Продолжительность пребывания больной в стационаре после операции также была различной. При симультантных операциях, и по поводу рака молочной железы, и по поводу доброкачественных диспластических процессах в молочной железе с сопутствующей патологии гениталий, длительность послеоперационного периода была от 7 до 19 суток и в среднем составила 11,5 кой-день.

Таким образом, наш опыт показывает целесообразность комплексного подхода к хирургическому лечению сочетанной патологии молочных желез и гениталий. Организация подобных отде-

лений позволит повысить качество комплексного обследования и лечения больных, избежать повторных операций и наркоза, перевода больных из одного профильного отделения в другое, ускорить процесс выздоровления.

ОБ ОРГАНИЗАЦИИ СИСТЕМЫ ТРЕТИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ТЮМЕНСКОМ ОНКОЛОГИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ

А.Г. Синяков, П.Б. Зотов, В.В. Вишневков

Тюменский ООД

В России, как и во многих странах мира, рак молочной железы (РМЖ) занимает ведущее место в структуре онкологической заболеваемости у женщин (Чиссов В.И., 2009). Масштабные научные исследования свидетельствуют, что внедрение в последние годы современных скрининговых программ во многих регионах страны способствовало повышению показателей выявления РМЖ на ранних стадиях. Это позволило увеличить долю больных, получающих комплексное лечение, повысить терапевтический эффект и снизить показатели смертности (Семиглазов В.Ф., 2003; Синяков А.Г. и соавт., 2009; Harris J., 2004 и др.).

Последующий этап динамического наблюдения женщин 3 клинической группы диспансерного учета, в отличие от первичного скрининга, не претерпел каких-либо значительных организационных изменений в течение многих десятилетий. Между тем, вопрос раннего выявления рецидива и метастазирования имеет высокую медицинскую и социальную значимость. Известно, что прогрессирование РМЖ наиболее часто проявляется гематогенным метастазированием с поражением костной системы, печени и головного мозга. Своевременная диагностика симптомов вторичного поражения этих органов повышает эффективность всех методов лечения. Это ведет к снижению риска возникновения осложнений характерных для РМЖ (патологический перелом позвоночника, хронический болевой синдром и др.), и в конечном итоге улучшает показатели выживаемости, социальной адаптации и качества жизни данной категории больных (Давыдов М.И., 2008 и др.). Многочисленные научные публикации отражают самые различные аспекты этой

работы. Однако комплексного решения вопроса, как с организационных позиций, так и системного практического внедрения имеющихся методов третичной профилактики, не представлено. Действующие в настоящее время руководящие документы по организации онкологической помощи так же не дают однозначного ответа. В связи с этим актуальными являются исследования, направленные на поиск новых подходов к организации системы третичной профилактики, системному внедрению, рациональному использованию инновационных технологий диагностики и лечения на всех этапах динамического наблюдения больных РМЖ.

В Тюменском областном онкологическом диспансере в течение ряда лет проводится плановая работа по организации региональной системы третичной профилактики при РМЖ. С целью обоснования каждого элемента системы проводились комплексные исследования по оценке факторов риска для основных клинически значимых зон вероятностного метастазирования, определению ключевых этапов в нарушении маршрутизации и ошибок в тактике ведения больных в период динамического наблюдения в системе «участковая поликлиника – онкологический диспансер». На основании полученных данных разработаны типовые программы системы диагностики, функционирующие в системе спецрегистра.

СЕМИЛЕТНИЙ ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ И ПРИМЕНЕНИЯ АНКЕТНОГО СКРИНИНГА. К ВОПРОСУ О НЕКОТОРЫХ ПРИЧИНАХ СНИЖЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФОСМОТРОВ

*А.Г. Синяков, М.М. Наумов,
Б.Н. Бабинов, В.В. Вишнев*

Тюменский ООД

В настоящее время лечебно – профилактические учреждения оснащаются современной высокоэффективной диагностической аппаратурой, которая позволяет диагностировать злокачественные опухоли на ранних стадиях их развития, при минимальных размерах первичного очага. Однако массовое применение современной медицинской техники при профилактических осмотрах является нереальным.

Поэтому при организации таких осмотров возникает необходимость в методах и тестах, позволяющих дать предварительную оценку о состоянии здоровья населения. С помощью таких

тестов на доврачебном этапе осуществляется скрининг, отсев лиц, из которых формируются группы риска или группы, нуждающиеся в углубленном обследовании. Именно в этих ограниченных группах оправдано и показано применение сложных и точных, но не дешевых инструментальных методов диагностики.

Многие годы одним из наиболее адекватных и пригодных для условий массовых обследований тестом предварительного отбора является анкетный метод. В Тюменском областном онкологическом диспансере при проведении профилактических онкологических обследований населения он применяется с 2003 года.

Обследование населения проводится в два этапа. На первом доврачебном этапе медицинские работники среднего звена (медсестры, фельдшера) проводят анамнестическое обследование с заполнением специально разработанной формализованной анкеты (диагностической карты). На втором этапе после анализа заполненных анкет и формирования группы повышенного онкологического риска, врачи проводят им необходимые углубленные обследования.

За семь лет работы (2003-2009) всего обследовано 1568265 человек. По результатам анализа анкет в группу риска было отнесено 194554 человека, что составляет 12,4% от числа анкетированных. Углубленное обследование лиц, отнесенных в группу риска (с подозрением на злокачественные новообразования) проведено 112278 человек, что составило 57,7% от нуждающихся в уточняющей диагностике (группы риска). В результате проведения профилактических обследований с применением анкетного скрининга злокачественные новообразования были выявлены у 998 человек или 0,06% от всех анкетированных (обследованных на первом – доврачебном этапе). Такой процент выявления больных со злокачественными новообразованиями соответствует показателю выявления другими видами массовых профосмотров. Однако более детальный анализ работы ЛПУ по применению анкетного скрининга в динамике показывает, что качество профилактической работы с применением анкетного скрининга снижается.

Это проявилось в некачественном анализе анкет в последние годы. Так, если в 2003-2006 годах в группу риска было отнесено от 20 до 30% от числа анкетированных (соответствует литературным данным), то в последние годы этот процент снизился: от 15,9% в 2007 году до 5,2% в 2008 и до 4,2% в 2009 году. И, как следствие, процент выявленных больных злокачественными новообразованиями снизился с 0,1% от числа анкетированных в 2003 – 2005 годах, до 0,04% в 2008 и 0,02% в 2009 году.