

5. Индекс гипердиагностики ЗНО — число неподтвержденных диагнозов на 100 случаев впервые в жизни установленного диагноза ЗНО. Характеризует качество диагностики.

В области этот индекс составил — 0,55% для ЗНО всех локализаций.

#### Индексы для оценки качества лечения ЗНО

1. Индекс охвата радикальным лечением — отношение числа радикально пролеченных впервые выявленных ЗНО к общему числу впервые выявленных ЗНО (%).

Индекс составил — для всех новообразований — 48,90%, ЗНО желудка — 30,98%, ЗНО прямой кишки — 54,44%, ЗНО кожи (без меланомы) — 83,03%, ЗНО молочной железы — 61,92%, шейки матки — 58,725%, предстательной железы — 26,21%.

2. Индекс применения различных методов специального лечения — отношение числа случаев ЗНО, радикально пролеченных определенным методом лечения (хирургическим, лучевым, комбинированным/комплексным) к общему числу случаев ЗНО, пролеченных радикально (%).

#### Индекс составил:

	Хирургическое лечение, %	Лучевое лечение, %	Комбинированный/комплексный метод, %
Все новообразования	46,30	20,16	24,71
ЗНО желудка	80,15	0,00	18,38
ЗНО прямой кишки	56,12	2,04	41,8
ЗНО молочной железы	26,42	0,00	72,08
ЗНО шейки матки	21,88	48,44	20,31
ЗНО предстательной железы	68,52	11,11	20,37

Наиболее информативен анализ этого индекса по отдельным локализациям с учетом стадийности злокачественного процесса.

3. Индекс, характеризующий уровень лечебной помощи, реанимационные и анестезиологические возможности — отношение

числа случаев ЗНО у больных, имеющих противопоказания к проведению лечения, к общему числу впервые выявленных ЗНО (%).

Индекс составил — для всех новообразований — 9,27%, ЗНО желудка — 12,30%, ЗНО прямой кишки — 5,00%, ЗНО кожи (без меланомы) — 0,45%, ЗНО молочной железы — 4,21%, шейки матки — 5,50%, предстательной железы — 7,77%.

4. Индекс отказов от лечения характеризует уровень организации лечебной помощи и резервные возможности для повышения выживаемости больных — отношение числа случаев ЗНО, выявленных в ранних стадиях, у больных отказавшихся от лечения к общему числу случаев ЗНО у больных отказавшихся от лечения (%). Целесообразно анализировать индексы отдельно для I и II стадии заболевания.

Индекс составил для всех новообразований, выявленных в I стадии — 23,33%, для выявленных в II стадии — 24,43%.

При комплексном анализе индексов, характеризующих профилактическую деятельность в области, можно отметить, что наиболее качественно организованы профилактические программы по выявлению у женщин ЗНО шейки матки при недостаточном внимании к патологии молочных желез, кожи, организация профилактических осмотров среди мужчин находится на низком уровне.

Анализ значения индексов, характеризующих диагностические возможности онкологической службы в исследуемом регионе, позволяют сделать вывод о достаточно высоком уровне развития диагностических служб при недостаточной организации активного выявления ЗНО.

Индексы оценки качества лечения ЗНО показывают, что наиболее высокотехнологичным (комбинированным/комплексным) методом было охвачено менее четверти случаев ЗНО, подлежащих лечению. Достаточно высок уровень индекса отказов от лечения больных с ранними стадиями ЗНО. Для динамического мониторинга онкологической ситуации в регионе полученные в результате исследования значения индексов следует считать как базовые.

В дальнейшей работе планируется изучение приведенных индексов в динамике, при необходимости разработка и анализ дополнительных, более детальных показателей в совокупности с проводимыми в регионе мероприятиями по раннему выявлению, диагностике и лечению ЗНО.

## Онкологической службе Республики Татарстан — 60 лет

Р. Ш. ХАСАНОВ, И. А. ГИЛЯЗУТДИНОВ, К. Т. ШАКИРОВ, Л. Г. КАРПЕНКО, Клинический онкологический диспансер МЗ РТ, г. Казань

Онкологическая патология в настоящее время является одной из главных медико-социальных проблем здравоохранения во всех странах, а противораковые мероприятия имеют важное государственное значение.

По данным Международного агентства по изучению рака, в 2000 г. злокачественные новообразования были обнаружены у 10,1 миллиона человек, 6,2 миллиона больных раком умерли от этого заболевания, 22 миллиона пациентов находятся на учете в онкологических учреждениях. К 2050 году общее число заболевших злокачественными опухолями жителей Земли может возрасти почти в два раза по сравнению с 2000 годом (около 24 млн. и 12 млн. человек соответственно). За тот же период количество умерших от злокачественных новообразований увеличится в 2,6 раза по сравнению с 2000 годом (16 млн. и 6,2 млн. соответственно).

Злокачественные новообразования в масштабах популяции по сравнению со многими социальнозначимыми заболеваниями, отличаются крайне низким уровнем управляемости, прежде всего, из-за невозможности связать заболевание в подавляющем большинстве случаев с конкретной причиной, а следовательно, и устранить ее.

В Российской Федерации в 2005 году состояли на учете в онкологических учреждениях 2 миллиона 387 тысяч человек, в этом же году было выявлено около 443000 больных злокачественными новообразованиями, что составило более 312 впервые заболевших на 100000 населения, более 130 тысяч человек ежегодно становятся инвалидами первой и второй групп.

Онкологическая ситуация в Республике Татарстан также характеризуется высоким уровнем заболеваемости, значительным приростом числа заболевших, высоким удельным весом запу-

щенных форм злокачественных новообразований среди впервые выявленных больных. Каждый 70-й житель нашей республики страдает в настоящее время от злокачественных новообразований. На учете в онкологических учреждениях Татарстана на конец 2006 года состояли 53833 человека, впервые выявлено 9603 случая заболеваний злокачественными новообразованиями. На этом фоне смертность от злокачественных новообразований стабилизировалась и в последние годы намечилось ее снижение. Несмотря на это, в республике около 6000 человек ежегодно погибают от ЗНО. Данная группа заболеваний является второй по частоте причиной смерти населения (в 2006 году удельный вес ЗНО в структуре смертности составил 12,9%, отеснив на 3-ю позицию травмы, отравления и внешние воздействия (11,9%) и уступаая только болезням системы кровообращения (63,6%).

В связи со смертностью от злокачественных новообразований средняя продолжительность жизни мужского населения Татарстана сокращается на 2,5 года, а женского — на 2,0 года, в том числе в трудоспособном возрасте на 0,41 и 0,19 года соответственно. Умерший от злокачественного новообразования мужчина мог бы при устранении этой причины смерти прожить дополнительно 16,8, а женщины 19,2 года. Смертность от злокачественных новообразований в Татарстане приводит к потерям около 112 тыс. человеко-лет жизни ежегодно, в том числе около 30 тыс. в трудоспособном возрасте. За сухими цифрами статистики — боль и трагедия отдельно взятых людей — самих больных, членов их семей и огромный экономический ущерб для всего общества.

Проблемы, связанные с заболеваемостью злокачественными новообразованиями, из чисто медицинских превращаются в социально-экономические проблемы для общества в целом.

Направления деятельности онкологической службы Республики Татарстан:

### 1. Организация работы

Одной из главных задач онкологической службы является раннее выявление злокачественных заболеваний, т.к. своевременная диагностика опухолей позволяет добиться максимальной выживаемости пациентов с наименьшей инвалидизацией и значительным снижением финансовых средств на лечение и долечивание больных.

В связи с тем, что злокачественные новообразования внутренних органов выявляются поздно из-за несвоевременного обращения пациентов в специализированные учреждения, недостаточной квалификации врачей общей лечебной сети, отсутствия регулярных профилактических осмотров населения, нами был сделан упор на диагностику опухолей визуальных локализаций — рак шейки матки, кожи, молочных желез.

Мы реализовали ряд мероприятий по активизации раннего выявления рака шейки матки в Республике Татарстан, а именно:

- обучение медицинских кадров;
- адаптация сознания населения к участию в массовом скрининге рака шейки матки, путем активизации санитарно-просветительской деятельности;
- собственно профилактические осмотры женщин с применением цитологического анализа.

Нами разработана и внедрена в клиническую практику программа по раннему выявлению и лечению фоновых заболеваний, предрака и рака органов репродукции у женщин.

Программа включает двухэтапное обследование с выделением групп риска при скрининговом обследовании в условиях женской консультации, центров планирования семьи, смотровых кабинетов поликлиники. Для этого разработан бланк онкологического профилактического осмотра 1 этапа, который позволяет выделить группы риска, требующие последующего детального обследования.

При этом формируются группы риска для более углубленного обследования по раку шейки матки, эндометрия, яичников, молочной железы.

Второй этап программы включает по показаниям: кольпоскопию, прицельную биопсию, диагностическое выскабливание цервикального канала, электроконизацию с целью большей биопсии с гистологическим исследованием серийных срезов, УЗИ,

маммографию, гистероскопию, диагностическое выскабливание эндометрия, пункцию через задний свод, лапароскопию и др. исследования.

В результате внедрения программы значительно возросла выявляемость фоновых процессов, предраковых заболеваний, своевременному лечению которых уделяется особое внимание, как мерам профилактики рака. Своевременное выявление этих процессов позволяет провести минимальное хирургическое вмешательство с сохранением менструальной и репродуктивной функции. Внедрение предложенного алгоритма в работу амбулаторно-поликлинических учреждений, женских консультаций, центров планирования семьи способствует раннему выявлению и своевременному лечению фоновых процессов, предраковых заболеваний и рака органов репродукции женщины.

Реализация предложенной программы привела к уменьшению годичной летальности. В Республике Татарстан одногодичная летальность снизилась при раке молочной железы с 13,4% в 1999 г. до 9,9% в 2006 г.; при раке шейки матки — с 27,7% до 18,7%; при раке тела матки — с 17,0% до 13,0%; раке яичников — с 33,3% до 27,8%.

К организационным мероприятиям относятся вопросы и первичной профилактики злокачественных новообразований, в частности, вопросы экологической онкологии. Проф. И. Г. Гатауллиным совместно с Л. Г. Карпенко, Р. А. Габдрахмановым впервые изучена заболеваемость населения Республики Татарстан злокачественными новообразованиями в зависимости от экологической обстановки в различных районах Республики Татарстан. Выявлена корреляция между высокой заболеваемостью и загрязнением атмосферы промышленными и транспортными выбросами, а также высоким содержанием в почве кадмия, хрома и никеля. Раскрыты новые этиологические аспекты ряда злокачественных новообразований. В результате многофакторного моделирования природных и антропогенных процессов показано, что уменьшение на 5-10% содержания в почве токсичных элементов и увеличение на столько же эссенциальных элементов, уровень онкологической заболеваемости — как суммарной, так и по различным нозологиям — обнаруживает тенденцию к значительному снижению заболеваемости.

### 2. Клиническая диагностика злокачественных новообразований:

В этот раздел работы входят все современные методы лучевой диагностики — рентгенологическое исследование, рентгеновская и магнитно-резонансная томографии, ультразвуковые и радиоизотопные методы исследования.

Важным этапом в улучшении диагностики злокачественных новообразований стало внедрение в повседневную практику эндоскопических методов исследования. На базе эндоскопического отделения проводится от 16 до 18 тысяч диагностических и лечебных эндоскопических манипуляций в год — фиброларингоскопия, бронхоскопия, назофарингоскопия, фиброэзофагоскопия, дуоденоскопия, колоноскопия. Для онкологической службы важным является проведение хромоскопии с целью визуализации малых форм новообразований пищевода, желудка, толстой кишки, а также с целью выявления осложнений гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (пищевод Барретта). Важным разделом деятельности эндоскопической службы является проведение малоинвазивных оперативных вмешательств — удаление новообразований ротоглотки, гортани, трахеи, бронхов, пищевода, желудка, толстой кишки. Впервые в России проф. В. Ю. Муравьевым использована лазерная установка «Медула» для лазерной деструкции образований слизистой и кожи, а также для реканализации при различных видах стенозирования просвета. С внедрением в повседневную практику аргонно-плазменного коагулятора «Olympus» появилась возможность эндоскопической деструкции плоских образований слизистых оболочек.

Одними из первых в России нашими эндоскопистами совместно с торакальными хирургами разработан и внедрен алгоритм диагностики и лечения пищевода Барретта (выявление и аргонно-плазменная деструкция метаплазированного эпителия слизистой нижней трети пищевода). Впервые в России стал использоваться Ботулотоксин А для лечения больных с ахалазией кардии. Значительную помощь онкологическим больным оказы-



вают методики бужирования, баллонной дилатации и электрохирургической коррекции стенозов анастомозов и пептических стриктур. В отделении накоплен значительный опыт в паллиативном лечении больных со злокачественными стенозами пищевода и кардиоэзофагеальной зоны путем стентирования пораженных участков, а также стентирования часто рецидивирующих доброкачественных стенозов. Активно используется стентирование трахеи и бронхов.

С внедрением в практику эндоскопического ультразвукографического комплекса «Olympus» начинается ультразвуковое исследование регионарных лимфатических коллекторов при малых и распространенных формах рака пищевода и желудка, диагностика подслизистых образований, дифференциальная диагностика образований гепатобилиарной зоны.

На современном этапе развития онкологии одним из основных методов диагностики является молекулярная онкология, которая в последние 20 лет получила особенно интенсивное развитие, превратившись в основу клинической диагностики в онкологии. Морфологическая верификация диагноза опухоли в настоящее время является обязательным условием выбора характера и объема лечебных мероприятий, а в ряде случаев позволяет судить о прогнозе заболевания, чувствительности опухоли к химиотерапии и даже о переносимости лекарственного противоопухолевого лечения.

С 1996 г. в повседневную работу клинического онкологического диспансера РТ проф. С. В. Петровым для целей диагностики и прогнозирования течения злокачественных новообразований внедрен метод иммуногистохимического анализа белковых молекул в опухолевых клетках, что качественно улучшило работу и позволило довести морфологическую верификацию новообразований до современного уровня — в частности, диагностику лимфо-пролиферативных заболеваний, метастазов без первичного очага и т.п.

На базе КОД МЗ РТ и кафедры онкологии и хирургии КГМА образован один из четырех российских онкоморфологических референсцентров. Благодаря внедрению у нас анализа ключевых сигнальных молекул опухолевых клеток (HER2, CD20, c-kit, ER, PR и др.) стало возможным выполнение международных протоколов клинических испытаний перспективных противоопухолевых препаратов. Силами сотрудников кафедры и диспансера в Казани проведены 5 Всероссийских школ по иммуногистохимической диагностике опухолей человека с участием видных зарубежных ученых.

Достижения молекулярной онкологии определили задачи на будущее — внедрение в широкую клиническую практику технологий молекулярной генетики, что позволит объективно оценить ключевые параметры роста новообразований. С принципиально новых позиций можно будет говорить о клеточном, тканевом происхождении опухоли, предсказывать эффективность лечения конкретного больного. Это краеугольный камень зарождающегося нового раздела онкологии — индивидуализированной терапии новообразований.

### 3. Хирургия

Большая часть онкологических больных подвергается хирургическому лечению. Проводится активная работа в двух направлениях — повышение радикализма оперативных вмешательств путем максимального удаления первичной опухоли и путей метастазирования с восстановлением органов и органосберегательные вмешательства с сохранением здоровой части органа.

В Татарстане начало развития онкологической науки связано с именами проф. Ю. А. Ратнера, М. З. Сигала. Ю. А. Ратнер в 1935 г. организовал кафедру онкологии в Казанском ГИДУВе, разработал хирургические методы лечения органов опухолей дыхания. М. З. Сигал в 1967-1990 гг. — зав. кафедрой онкологии и хирургии. Он разработал технику электрохирургических асептических тотальных гастрэктомий, методику свободной кожной пластики при радикальной гастрэктомии, радиохимирургический метод лечения рака кожи (совместно с Г. И. Володиной), методику трансиллюминации и ангиотензометрии при операциях на полых органах по поводу рака. Совместно с К. В. Кабановым им был сконструирован расширитель-подъемник реберных дуг.

Учитывая возможность регионального метастазирования опухолей профессор М. З. Сигал одним из первых в стране стал выполнять расширенную лимфаденктомию при раке желудка и прямой кишки. Данный раздел онкохирургии и при других локализациях опухоли успешно продолжается его учениками — проф. Р. М. Тазиевым, проф. Е. И. Сигалом, проф. И. Р. Аглуллиным, проф. В. П. Потаниным, доц. Ф. Ш. Ахметзяновым, доц. О. Б. Дружковым, д.м.н. А. Х. Исмаиловым, к.м.н. Р. Г. Хамидуллиным, к.м.н. Чернышевым, Э. Ф. Абдрахмановым — внедрены расширенные лимфодиссекции при поражении опухолями различных органов и систем, что в значительной степени снижает риск метастазирования опухолей.

При распространенном раке прямой кишки и шейки матки разработаны методики эвисцерации органов малого таза с реконструкцией удаленных органов для восстановления их функций. Проф. И. Р. Аглуллин имеет наибольший личный опыт в России по выполнению данного вида сложного оперативного вмешательства. Проф. Р. М. Тазиевым и И. Р. Аглуллиным усовершенствована методика панкреато-дуоденальной резекции при раке поджелудочной железы. Доц. Ф. Ш. Ахметзяновым усовершенствованы методические подходы к оперативному лечению рака желудка. Можно считать, что проблемы хирургического лечения рака желудка в Республике полностью решены — применяются все виды хирургического пособия — в этом главная заслуга проф. М. З. Сигала и его учеников.

Проф. Е. И. Сигал и его ученики успешно разрабатывают новые методики и подходы к радикальному хирургическому и комбинированному лечению рака пищевода. Совместно с д.м.н. В. П. Бурмистровым проведены масштабные исследования по диагностике и определению тактики лечения больных с пищеводом Барретта.

Проф. В. П. Потаниным и проф. Р. М. Тазиевым внедрены все существующие стандартные методы оперативного вмешательства при раке легкого, проводятся исследования по расширению объема хирургического пособия при этой патологии — внедряются в практику расширенные операции с резекцией бифуркации трахеи, расширенные верхние медиастинальные лимфодиссекции.

Наша кафедра и диспансер стали одним из центров пластической хирургии при раке молочной железы. В этом направлении активно работают доцент О. Б. Дружков и д.м.н. А. Х. Исмаилов — практически ликвидированы тяжелые нейрофункциональные осложнения после радикальных операций по поводу рака данной локализации. Приезжают учиться на циклах тематического усовершенствования и на рабочем месте врачи из многих городов России и стран ближнего зарубежья.

Развитие онкогинекологии в Казани связано с именами проф. З. Ш. Гилязудиновой, к.м.н. З. В. Мавлютовой. В 1961 г. в Казанском городском онкологическом диспансере было организовано первое в республике Татарстан онкогинекологическое отделение. В 2000 году было воссоздано онкогинекологическое отделение КОД МЗ РТ. Онкогинекологи диспансера владеют всем арсеналом существующих методик оперативного, комбинированного и комплексного лечения злокачественных новообразований органов женской репродуктивной сферы. В Казанском онкологическом диспансере доц. Ф. Ш. Ахметзяновым, А. М. Муллагалеевой разработаны методики оперативного лечения рака шейки матки в стадиях, которые раньше считались неоперабельными.

Относительно молодой раздел онкологии в нашем городе — онкоурология, т.к. только в 2001 году было организовано первое в нашей Республике специализированное онкоурологическое отделение. До этого периода больные получали специализированную помощь в общих урологических отделениях. Ни в коей мере не умаляя заслуги урологов, необходимо отметить, что часть больных не получала полного лечения — лучевой и химиотерапии, т.к., чаще всего, они не доходили до онкологов после оперативного лечения. Онкологи КОД МЗ РТ под руководством проф. Р. Х. Галеева проводят весь объем хирургического лечения вплоть до реконструкции органов мочевого выделения, больные получают адекватное лучевое и химиотерапевтическое лечение. Проводятся нефрэктомии при высоком опухолевом тромбозе нижней полой вены. Трансуретральные резекции с применением биполярного

резектоскопа, с применением фотофлуоресцентной методики PDD. Проводятся радикальные операции при двустороннем раке почек и раке единственной почки с применением аппарата гемодиализа. Многие из этих методик до настоящего времени в Татарстане не применялись.

В связи со значительным числом больных с опухолями эндокринных органов создан Центр для лечения этой группы больных — с опухолями щитовидной железы и надпочечников. В отделении опухолей головы и шеи выполняются операции на полости рта, при новообразованиях гортани и глотки. Внедрена сложная методика трахеопищеводного шунтирования у ларингэктомированных больных. Спектр хирургических операций увеличивается с каждым годом — проводятся комбинированные, расширенные, реконструктивно-пластические вмешательства с одновременным восстановлением образовавшихся дефектов. В ближайшее время планируется внедрение пластических операций с применением сосудистых анастомозов, органосохраняющих вмешательств на гортаноглотке.

Важным разделом хирургической онкологии является внедрение малоинвазивных, щадящих оперативных вмешательств — различные виды криодеструкции, стентирование пищевода, мочеточников. Разработана и усовершенствована методика термоабляции метастазов в печень под контролем ультразвукового исследования.

Неотъемлемой частью онкологии является лучевая терапия злокачественных новообразований. Серьезные исследования в этой области начались в 50-х годах прошлого столетия проф. М. И. Гольдштейном. С 60-х годов клиническая радиология связана с именем проф. Г. И. Володиной. Ею и ее учениками разработаны комбинированные методы лечения злокачественных новообразований (сарком мягких тканей, опухолей молочных желез, пищевода). В настоящее время в диспансере проводится почти весь спектр возможных лучевых воздействий на злокачественные новообразования. Функционируют 2 линейных ускорителя — на 20 и 6 МЭВ, аппараты для дистанционной и внутрисполостной гамматерапии.

#### **4. Важным разделом помощи онкологическим больным является химиотерапевтическое лечение**

Надо отметить, что настоящий расцвет химиотерапии произошёл в середине 90 годов 20 века с появлением новых противоопухолевых препаратов. Были разработаны новые комбинации препаратов, которые дали возможность улучшить качество жизни и ее продолжительность. Значительно расширились показания к проведению химиотерапии. Ранее такие заболевания, как мелкоклеточный рак легкого, колоректальный рак, рак желудка, опухоли орофарингеальной зоны считались нечувствительными к химиотерапии. Сегодня такие больные успешно подвергаются специальному лечению. Особый успех достигнут в лечении рака молочной железы и колоректального рака. В последние годы в клиническую практику вошли таргетные препараты, разработанные на основе молекулярно-биологического механизма канцерогенеза. Большой опыт сотрудников отделения и кафедры онкологии и хирургии позволил принять участие почти в 40 международных клинических исследованиях различных препаратов и схем химиотерапии. Планируется проведение высокодозной химиотерапии с последующей трансплантацией стволовых клеток периферической крови и аутологичного костного мозга, широкое использование трепанобиопсии костного мозга с целью более полной и современной диагностики лимфопролиферативных заболеваний для назначения адекватной химиотерапии.

#### **5. Особой задачей онкологической службы является оказание помощи так называемым инкурабельным больным**

В настоящее время более 30% из регистрируемых больных поступают в онкологические учреждения в III-IV стадиях заболевания, и значительной части из них из-за распространенности опухолевого процесса невозможно провести радикальное лечение. Это обуславливает особую сложность лечения онкобольных, особенно последних стадий онкопроцесса — так называемых «обреченных», «неперспективных», «инкурабельных» больных, выброшенных болезнью за пределы привычного мира.

При анализе лечения инкурабельных больных нами было выявлено, что стационарную симптоматическую терапию (после выписки из онкологического учреждения) получала незначительная часть пациентов в общесоматических стационарах. Основная масса больных лечилась амбулаторно, в основном наркотическими анальгетиками, которые бессистемно назначались участковыми терапевтами и хирургами.

После установления IV клинической группы эти больные большей частью оставались предоставленными сами себе, не получали ни специализированной медицинской помощи, ни социально-психологической поддержки. Часто таким больным требуется снизить выраженность болевого синдрома, психотерапевтическая и лекарственная коррекция. Какими бы ни были успехи клинической медицины, вопрос терминального периода жизни больного будет всегда актуален. Следует отметить, что основная и самая главная необходимость паллиативной помощи по социальной и экономической значимости для государства — это облегчение участи родственников в период умирания близкого человека и после его утраты. По данным ВОЗ, неизлечимого больного окружают 10-12 условно здоровых, полноценных членов общества (родные, друзья, соседи), которые подвергаются психологической травме: чувство вины перед уходящим из жизни; чувство агрессии к медицине, государству; депрессия в связи с потерей любимого человека, канцерофобия, суицидальные мысли, угроза потери рабочего места. Работая с семьями умерших, структуры паллиативной помощи возвращают в строй, на работу, к исполнению своих гражданских обязанностей огромное количество граждан.

Наиболее эффективно паллиативное лечение будет в том случае, когда имеется нормальный клинический подход и врачебная позиция. Больной инкурабелен, но мы должны предпринять все для улучшения его состояния, использовать весь арсенал методов лечения, а не ограничиваться пассивным наблюдением.

По нашему мнению, наиболее рациональной представляется следующая схема оказания помощи инкурабельным онкологическим больным:

1. Реабилитация больных после радикальных методов лечения — на дому, в стационарах (санатории, пансионаты, общесоматические лечебные учреждения).

2. Хосписная помощь (стационарная или в домашних условиях), включая и психологическую поддержку как самого больного, так и его родственников.

3. Повышение качества жизни онкологических больных путем коррекции имеющихся соматических расстройств (в том числе нутритивная поддержка, поскольку раковая кахексия является одной из основных причин смерти) и подготовка больных в домашних условиях к последующей радикальной хирургической, лучевой и химиотерапевтической терапии.

Лучшим показателем, определяющим уровень оказания паллиативной помощи онкологическим больным, является качество их жизни в финальной стадии заболевания.

Учитывая, что наиболее тяжелым осложнением этой группы больных является болевой синдром, нами организованы и успешно проведены 3 Республиканские конференции «Борьба с болью». В результате решений этих конференций в Республике Татарстан началось применение противоболевого препарата «Дюрогезик», что принесло освобождение от боли большому числу пациентов.

Для координации действий по оказанию помощи наиболее тяжелым больным было создано отделение паллиативной (хосписной) помощи.

Основные задачи отделения — создание оптимальных условий для инкурабельных онкологических больных, оказание им паллиативной помощи, а также реабилитация больных после проведенного лечения. Создание такого отделения мы считаем наиболее оптимальным вариантом организации хосписной помощи, т.к. являясь структурным подразделением диспансера, отделение получает широкую возможность использования диагностической и клинической базы учреждения, проведения специальных методов поддерживающего лечения и реабилитационных мероприятий. При этом достигается решение как чисто медицинской задачи — более адекватного лечения больного, так и изменение его социального статуса. Больной находится в домашней обстановке.

новке, не рвутся бытовые и родственные связи, психотерапевтическую ценность которых трудно переоценить. Сотрудники отделения оказывают квалифицированную паллиативную помощь инкурабельным больным на дому или в стационаре, проводят паллиативные хирургические вмешательства.

Важным разделом деятельности отделения является проведение комплекса мероприятий по реабилитации пролеченных онкобольных — ликвидация последствий агрессивного противоракового лечения. В условиях длительного соматического и психологического дискомфорта и связанного с этим изменения социальной активности, личность больного является наиболее уязвимым звеном в реабилитационном процессе. Поэтому, сотрудники отделения считают своей важной задачей оказание психологической поддержки больным и их родственникам. Совместно с отделением маммологии проводится большая работа по реабилитации больных, перенесших радикальную мастэктомию.

Больные выписываются из стационара на 4-5 день после операции, на дому им проводится антибактериальная терапия, перевязки. При этом экономические затраты на лечение по методу «стационар на дому» в 2 раза ниже. Больные предпочитают получать антибактериальную терапию, перевязки в домашних условиях, а не в больнице.

Мы считаем, что в домашних условиях вполне можно проводить и лечебные курсы химиотерапии, особенно повторные. Данная методика позволила нам:

- увеличить оборот койки в стационаре;
- увеличить оперативную активность;
- появилась возможность более ранней госпитализации;
- уменьшить в 2 раза денежные затраты при долечивании на дому;
- улучшить психологическое состояние больных, долечивавшихся на дому.

Научные исследования сотрудников кафедры онкологии и хирургии КГМА и КОД МЗ РТ были положены в основу более 10 докторских и около 30 кандидатских диссертаций, нескольких монографий, практических руководств для врачей. Сотрудники кафедры и диспансера получили около 20 патентов на устройства, аппаратуру, методы лечения.

Признанием заслуг Казанской школы онкологов явилось проведение в 2000 году 5-го Съезда онкологов России, на котором достижения наших онкологов получили очень высокую оценку.

Нами проводятся ежегодно Российские и Республиканские научные конференции, посвященные различным разделам онкологии, а конференции, посвященные организационным вопросам онкологии, стали традиционными.

Для координации деятельности онкологических учреждений Приволжского федерального округа была создана Ассоциация онкологических учреждений округа, а центром ее была избрана Казань — это высокая оценка заслуг онкологической школы нашей Республики.

## Скрининг рака молочной железы

Г. П. КОРЖЕНКОВА,

Российский Онкологический научный центр им. Н. Н. Блохина РАМН, г. Москва

Среди разнообразных заболеваний молочной железы у женщин РМЖ представляет важнейшую проблему из-за высокой заболеваемости и смертности от него. Ежегодно в мире выявляют около 1 млн. случаев рака молочной железы. Прогнозируется рост числа заболеваний к 2010 году до 1,45 млн. Предполагают, что на протяжении жизни одна из 8 женщин в США заболит раком молочной железы, и одна из 30 заболевших РМЖ умрет. Вероятность заболеть РМЖ в России в предстоящей жизни для новорожденной девочки составляет 3,5%, а умереть от него 1,8%. В 1999 году число заболевших в России РМЖ составило 44,5 тысяч человек. За период с 1980 по 1999 год заболеваемость в России увеличилась на 70%, с 22,6 до 38,3 на 100000 женского населения. Максимальный показатель заболеваемости зарегистрирован в Санкт-Петербурге — 53,3 на 100000 населения.

Вероятность заболеть РМЖ увеличивается с возрастом. В зависимости от возраста вероятность развития рака молочных желез в течение десяти лет — 1 к 72 для женщин 40-49 лет, и 1 к 36 для женщин в 50-64 года, и 1 к 29 для женщин старше 70 лет.

Рак молочной железы является наиболее частой причиной смерти женщин по сравнению с другими формами злокачественных новообразований. В странах Западной Европы и Северной Америки он является главной причиной смерти женщин 35-54 лет (достигает 20%), а после 50 лет второй причиной смерти после сердечно-сосудистых заболеваний.

В РФ смертность от РМЖ продолжает увеличиваться в абсолютных и стандартизованных показателях, составляя 1/2 от заболеваемости, в то время как в большинстве стран ЕЭС и Северной Америки имеется тенденция к снижению смертности от РМЖ, где она составляет уже 1/3 от показателя заболеваемости.

К сожалению, реальных способов предотвратить возникновение рака молочной железы нет — болезнь мультифакторного происхождения.

Однако, если он распознан в доклиническом периоде при размерах опухоли до 1 см<sup>3</sup>, когда вероятность метастазов мала, то можно вылечить большинство больных (хотя у 10-15% больных в этой стадии в последующем будут выявлены метастазы). Поэтому следует ориентировать практических врачей на выявление опухолей размером 1 см<sup>3</sup> и менее.

Теоретические предпосылки возможностей ранней диагностики. Согласно известной модели, период «естественной истории роста» РМЖ (Schwartz J., 1961) — это время от появления гипотетической «первой» раковой клетки до смерти больной. Опухоль достигает размеров 1 см<sup>3</sup> через 30 удвоений, т. е. за период от 2 до 18 лет в зависимости от времени удвоения (ВУ) опухоли. Темпы роста и метастазирования опухоли определяют «естественную историю» заболевания.

РМЖ является гетерогенным заболеванием, что клинически выражается в высокоагрессивном или относительно доброкачественном течении болезни. Стремительно и быстрорастущие раки с коротким ВУ, как правило, редко обнаруживаются на маммограммах, выполняемых при скрининге с интервалом 1-2 года, и их называют «интервальными». Эти опухоли в основном рано метастазируют. Такие формы РМЖ клинически бывают «ранними», а биологически — «поздними».

Опухоли с большим ВУ, медленно растущие (высокодифференцированные, диплоидные) преимущественно выявляются при маммографическом скрининге. Наша задача — прервать «естественную историю» развития опухоли, и чем раньше, тем больше шансов на успех.