

чебной бригады выдается памятка по организации работы на выезде и материалы по онкологической ситуации в районе.

Подготовительная работа коллектива районных больниц заключается в:

- информации населения о приезде врачей онкологов;
- выступлениях в средствах массовой информации с разъяснением важности проведения профилактических обследований;
- проведении различных скрининговых обследований населения с участием среднего медицинского звена (анкетный скрининг – первый этап профосмотров) для формирования лиц группы риска, нуждающихся в проведении второго этапа – углубленного врачебного обследования и установления природы заболевания;
- создании оптимальных условий для непосредственной консультативной работы онкологов.

В районе врачи выездной бригады в первую очередь проводят комплексное профилактическое обследование лиц, отнесенных в группы риска по злокачественным новообразованиям, которые сформированы на первом этапе медицинскими работниками среднего звена. Специалистами онкологами проводится уточняющая диагностика заболеваний с использованием инструментальных и аппаратных методов обследования.

В задачу врачей бригады входит также проведение обследования лиц, состоящих на диспансерном учете по поводу злокачественных новообразований и предшествующих заболеваний, консультации больных.

Руководитель выездной бригады осуществляет проверку и контроль за работой районного онкокабинета, учетом больных и эффективностью их диспансеризации.

Во время работы в районе онкологи проводят с врачами района семинары по актуальным вопросам онкологии, по повышению их онкологической настороженности.

По результатам выездной работы, проведенной бригадой, и об онкологической ситуации в районе руководитель бригады выступает на врачебной конференции, а также отчитывается о проведенной работе главному врачу онкодиспансера. Информация о ходе выездной работы ООД ежеквартально представляется в Департамент здравоохранения.

За прошедшие 4 года отмечается, как совершенствование организации выездной работы онкодиспансера, так и повышение эффективности деятельности врачебных бригад. Динамика выездов: 2007 год – 10; 2008 – 23; 2009 – 32; 2010 год – 30 выездов. Увеличение количества обследованного населения: в 2007 году осмотрено 5468 человек; в 2008 году – 6250; в 2009 году – 9080; в 2010 году – 10734 человека. Положительная динамика отмечается и по показателю активного

выявления злокачественных новообразований при проведении комплексных профилактических обследований. В 2007 впервые выявлено 83 больных злокачественными новообразованиями, в 2008 году – 120; в 2009 году – 226; в 2010 г. – 180 больных. Эти показатели свидетельствуют об эффективной работе выездных бригад онкологического диспансера, так как комплексные обследования населения позволяют активно выявлять значительное число (более 1% от числа обследованного населения) онкологических больных с различными формами злокачественных новообразований, в том числе на ранних стадиях. Наряду с опухолями врачами диагностируется и около 10% больных с предраковыми заболеваниями, которым назначается соответствующее лечение и осуществляется диспансерное наблюдение. Все это свидетельствует о значительном вкладе выездной работы ООД в улучшение показателей активного выявления онкологической патологии среди сельского населения.

Таким образом, организация и опыт выездной работы Тюменского онкологического диспансера свидетельствует об эффективности этого направления по профилактике злокачественных новообразований и согласуется с современными представлениями о приближении специализированной медицинской помощи населению.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНЫХ РМЖ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

А.Г. Синяков, Т.А. Гайсин,
О.Н. Царев, Р.Н. Таловиков

Тюменский ООД

Несмотря на самые современные комплексные методы лечения узловых форм рака молочной железы (РМЖ) более чем у 50% больных в течение первых 5 лет наблюдения наступает прогрессирование заболевания. Существуют определенные клинические и биологические характеристики опухоли, наличие которых в будущем существенно повышает вероятность местных рецидивов и отдаленных метастазов. Учитывая это, мы считаем важным, разделить пациенток на две группы диспансерного наблюдения - базовую и индивидуальную. К факторам повышенного риска при раке молочной железы, формирующим группу индивидуального наблюдения мы отнесли:

1. Возраст пациентки до 35 лет (включительно) независимо от стадии заболевания.
2. Отёчно-инфильтративная форма.
3. Билатеральная форма РМЖ.
4. Синхронный рак молочной железы и яичников.
5. Размер первичной опухоли более 3,0 см.

6. Низкая дифференцировка опухоли (G3).

7. Метастатическое поражение 4-х и более аксиллярных лимфоузлов (на стороне первичной опухоли).

8. Метастатическое поражение, доказанное гистологическим исследованием, парастернальных лимфоузлов (на стороне первичной опухоли).

9. Гормононегативный рак, доказанный ИГХ исследованием.

10. HER2/neu позитивный (+++) рак, доказанный ИГХ исследованием

или, в спорных случаях, подтвержденный FISH.

11. Трижды негативный рак (ЭР-, ПР-, HER2/neu 0).

12. Генетически ассоциированный рак молочной железы, доказанный лабораторными исследованиями (BRCA 1, 2; CHEK2).

Наличие хотя бы одного из вышеперечисленных факторов определяет пациентку в группу индивидуального наблюдения. Остальные больные – не имеющие этих особенностей, наблюдаются в базовой группе. Оценкой клинических и биологических характеристик опухоли занимается лечащий врач на этапе стационарного лечения. Он определяет наличие факторов риска и фиксирует это в выписном эпикризе с рекомендациями встать на учет в поликлинике диспансера.

Врач диспансерного приема после анализа всех клинических и биологических особенностей течения заболевания окончательно «делит» пациенток на две группы (базовую и индивидуальную) и, исходя из этого, определяет оптимальные сроки наблюдения и график обязательных обследований. Кроме того, при появлении у больной каких-либо жалоб он дает им соответствующую оценку и проводит все необходимые диагностические мероприятия.

Параллельно с диспансерным наблюдением пациентка получает адъювантную терапию у специалистов соответствующего профиля (химиотерапевта, радиолога). В случае прогрессирования заболевания больная снимается с учета и направляется на лечение к специалисту в зависимости от сложившейся ситуации (химиотерапевту, радиологу, хирургу).

Данный подход к диспансеризации заметно увеличивает нагрузку на врача маммологического кабинета. По этой причине появилась необходимость в организации дополнительного приема. Руководствуясь приказами Департамента здравоохранения Тюменской области №50 от 16.03.2011 г. – «Об организации работы маммологического приёма в поликлинике онкодиспансера» и №173 от 18.10.2011 г. – «Об открытии дополнительного приёма в поликлинике онкодиспансера» был организован кабинет диспансерного наблюдения, основной задачей которого является – своевременное выявление больных с прогрессированием РМЖ после радикального лечения.

С целью повышения уровня информированности пациенток о необходимости регулярного обращения к маммологу и соблюдения сроков обследования нами были разработаны памятки диспансерного наблюдения больного раком молочной железы. Соответственно существуют две формы – базовая и индивидуальная. Памятки выдаются больным на руки при выписке из стационара.

В рекомендациях для базовой группы, осмотр маммолога проводится в первый год – через 3 месяца, далее каждые 6 месяцев – до 3-х летнего срока, а затем – один раз в год.

Там же указан график рекомендованных обследований:

1. Рентгенография легких – 1 раз в год.

2. Маммография (женщинам с 40 лет) – 1 раз в год.

3. УЗИ области хирургического вмешательства, зон регионарного лимфооттока и здоровой молочной железы – 1 раз в 6 месяцев до 3-х лет. Далее – 1 раз в год.

4. УЗИ органов брюшной полости и органов малого таза 1 раз в 6 месяцев до 3-х лет. Далее – 1 раз в год.

5. Сканирование костей скелета (остеосцинтиграфия) – 1 раз в год. Для индивидуальной группы базовые рекомендации дополняются тем, что осмотр маммолога проводится в первые 3 года каждые 3 месяца, далее – один раз в 6 месяцев – до 5 лет, а затем – один раз в год. Существуют отличия и в графике проводимых обследований, что обусловлено большей вероятностью прогрессирования заболевания:

1. Рентгенография легких – 1 раз в 6 месяцев до 3-х лет. Далее – 1 раз в год.

2. Маммография (женщинам с 40 лет) – 1 раз в год.

3. УЗИ области хирургического вмешательства, зон регионарного лимфооттока и здоровой молочной железы 1 раз в 6 месяцев до 5-ти лет. Далее – 1 раз в год.

4. УЗИ органов брюшной полости и органов малого таза 1 раз в 6 месяцев до 5-ти лет. Далее – 1 раз в год.

5. Сканирование костей скелета (остеосцинтиграфия) 1 раз в 6 месяцев до 3-х лет. Далее – 1 раз в год.

6. КТ головного мозга – 1 раз в год.

Кроме того, в памятке указано, что в случае появления у больной каких-либо симптомов (кашель, одышка, боли и т.д.) ей нужно немедленно обратиться в кабинет диспансерного наблюдения, не дожидаясь сроков очередной явки.

В настоящее время в кабинете диспансерного наблюдения планируется формирование электронной базы пациентов, рассматривается возможность SMS и E-mail оповещения группы отрыва.

Вывод: Считаем, что оптимизация диспансерного наблюдения больных с узловыми формами РМЖ позволит своевременно выявлять прогрессирование заболевания, благодаря чему больные получат необходимое лечение.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАКОМ ГОРТАНИ В ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ (1994-2008 гг.).

А.Д. Жуйкова

НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск

Согласно данным Globocan Международного агентства по изучению рака (МАИР) заболеваемость раком гортани составляет $4,1^0/_{0000}$ у мужского населения планеты и $0,6^0/_{0000}$ — у женского, с удельным весом в структуре онкозаболеваемости — 2,0 и 0,4% соответственно. Диапазон заболеваемости этой патологией в различных регионах России велик — от $1,7^0/_{0000}$ в Ингушской республике до $40,3^0/_{0000}$ — в Чеченской. Этот разброс показателей специалисты связывают с различной степенью урбанизации, особенностями экологической ситуации, национальной принадлежности населения и пр. Исследование тенденций, особенностей заболеваемости злокачественными новообразованиями гортани на различных территориях России актуально на современном этапе и вносит существенный вклад в понимание патогенеза и планирование онкологической помощи больным с этой патологией.

Целью работы явилось изучение заболеваемости раком гортани на территории Томской области.

Материалы и методы.

Исследование проводилось на основе банка данных НИИ онкологии СО РАМН за период с 1994 по 2008 гг., учетно-отчетной документации и базы данных канцер-регистра Томского областного онкологического диспансера. Демографические показатели за изучаемые годы получены в областном органе государственной статистики. Временные и возрастные особенности заболеваемости анализировались с помощью интенсивных (ИП) и стандартизованных показателей (СП) по мировому стандарту на 100 тыс. населения, рассчитанных прямым методом стандартизации. Динамика заболеваемости исследовалась с использованием уравнений линейной регрессии, темпа прироста, среднелетнего темпа прироста СП (в %) и компонентного анализа прироста

та заболеваемости РГ между тремя пятилетками (с 1994-1998 по 2004-2008 гг.).

Результаты и обсуждение.

В среднем за 1994-2008 гг. заболеваемость раком гортани в Томской области составила: у мужчин в ИП $10,0 \pm 0,8$, в СП — $9,4 \pm 0,7^0/_{0000}$, у женщин — $0,7 \pm 0,2$ и $0,5 \pm 0,1^0/_{0000}$ соответственно. Эти оценки выше СП в России за 1998-2008 гг. ($7,4-8,7^0/_{0000}$ — мужчины; $0,3^0/_{0000}$ — женщины). У мужчин рак гортани встречается в 19,1 раз чаще, чем у женщин. В структуре онкологической заболеваемости Томской области рак гортани у мужчин делит 12-е и 13-е места с раком поджелудочной железы и имеет удельный вес $3,0 \pm 0,2\%$ (РФ — $2,8-3,4\%$). У женщин эта патология с показателем $0,2 \pm 0,1\%$ занимает 24-25 ранговую позицию вместе с опухолями полости рта и глотки (РФ — $0,1-0,2\%$). В структуре же заболеваемости злокачественными новообразованиями верхних дыхательных путей на долю рака гортани приходится 56,9% у мужчин и 33,7% у женщин, что обеспечивает лидерство в этой группе патологии.

В среднем по Томской области заболеваемость раком гортани (ИП) мужского населения с 1994-1998 гг. к 1999-2003 гг. повысилась на 16,7% и еще на 8,0% к 2004-2008 гг., за 15 лет прирост составил 26,0%. У женского населения отмечены особенности прироста заболеваемости: с 1994-1998 гг. к 1999-2003 гг. наблюдается рост показателя (44,4%), а с 1999-2003 к 2004-2008 гг. — его отрицательная динамика (–36,2%), и за 15 лет прирост составил 7,3%, что на 18,8% меньше, чем у мужчин. После отмеченного снижения уровня заболеваемости городских мужчин в период 1990-2001 гг. с $13,8$ до $8,5^0/_{0000}$ с прогнозом на 2007 г. — $5,9^0/_{0000}$, в последующем наметилась стабилизация показателей, и в 2009 г. заболеваемость составила $7,1^0/_{0000}$. У сельских же мужчин ранее стабильный уровень заболеваемости стал повышаться с 2005 года, и в 2009 г. составил $12,6^0/_{0000}$.

Повозрастная структура заболеваемости раком гортани имеет свои особенности. Отмечен рост заболеваемости раком гортани у мужчин с 30-ти, у женщин — с 35-ти лет. У мужчин в возрасте 30-39 лет частота встречаемости рака гортани среди прочих локализаций составляет 1,0-1,2%, в 40-59 лет — 4-4,5%, с 60-ти лет наблюдается поступательное снижение удельного веса опухолей гортани с 3,4 до 1,6% у пациентов старше 75 лет. У женщин в возрастной группе 35-59 лет отмечается повышение удельного веса онкопатологии гортани с 0,1 до 0,3%, в 60-64 лет доля этой патологии — 0,1, в 65-74 — 0,3, в 75 и старше — 0,2%. Повозрастные интенсивные показатели (ИП) заболеваемости раком гортани муж-