

Рис. 1. Динамика роста анкетированного населения и числа выявленных злокачественных новообразований при этом виде профилактических обследований (2003-11 гг.).

В результате, по данным отчета за 2011 год при профосмотрах с анкетным скринингом было обследовано достаточно большое число – 407591 человек, что составило около 60% всего населения Тюменской области (685343), подлежащего анкетному скринингу. В то же самое время при этом виде профосмотров выявлено наименьшее (за все годы применения) число онкологических больных – 69 человек (1,4% от числа всех впервые взятых на учет). Анализ результатов проводимой работы показывает, что при проведении анкетного скрининга страдает качество работы с анкетами (как заполнение, так и их анализ). В результате формируется недопустимо низкое число лиц с подозрением на рак – группа риска, которая в целом по области составила 6911 человек, то есть 1,7% от числа анкетированных, в то время как по данным исследователей, применявших анкетный скрининг эта группа составляет от 12,3 до 24% (Зырянов Б.Н., Панков А.К., Павлов А.К. и др.).

Выводы:

1. Разработана методика проведения профилактического онкологического обследования населения, позволяющая активно выявлять злокачественные опухоли различных локализаций, в том числе в ранней стадии, что подтверждают результаты проведения профосмотров в 2003-2006 годах.

2. Анкетный скрининг позволяет при относительно минимальных временных и финансовых затратах на первом (доврачебном) этапе охватить обследованием большие контингенты населения и сократить в 4-5 раз группу лиц, нуждающуюся в углубленном обследовании (группа «риска» после анализа анкет составляет 15-25% от всего населения, прошедшего анкетирование).

3. Детальный анализ обследований с анкетным скринингом в последние годы (2007-2011 гг.) показывает, что при проведении профилактических обследований не соблюдается утвержденная Департаментом здравоохранения методика обследования, в результате страдает качество и эффективность его применения. Отсутствует должный контроль со стороны организаторов здравоохранения за выполнением приказов Департамента здравоохранения по

проведению скрининговых методов профосмотров.

4. Для восстановления прежней эффективности анкетного скрининга необходимо выполнить следующие мероприятия:

- Главным врачам ЛПУ обеспечить проведение анкетного скрининга в соответствии с Методическими указаниями, утвержденными Департаментом здравоохранения (2003).

- Областному онкодиспансеру обеспечить ежемесячный мониторинг за качеством выполнения и отчетами ЛПУ по четырем показателям: число анкетированных, число и % лиц, отнесенных в группу риска, число и % лиц группы риска, прошедших углубленное обследование, число выявленных больных.

- Рекомендовать главным врачам ЛПУ в поликлинических учреждениях организовать кабинеты анамнестического (анкетного) обследования обратившихся (по образцу смотровых кабинетов).

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНЫХ РМЖ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

А.Г. Синяков, О.Н. Царев,
А.А. Васильев, Е.В. Сидоров

Тюменский ООД

Несмотря на самые современные комплексные методы лечения РМЖ более чем у 50% больных в течение первых 5 лет наблюдения после операции 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, парастеральных 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 определились требования к 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 (остео-сцинтиграфия) 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.

С открытием Радиологического центра появилась возможность использовать такие методы как ПЭТ/КТ всего тела и ОФЭКТ молочных желез в диагностически сложных случаях и в качестве рутинного ежегодного обследования диспансерных больных.

Вывод:

Считаем, что оптимизация диспансерного наблюдения больных РМЖ позволит своевременно выявлять прогрессирование заболевания, благодаря чему больные получают необходимое лечение.

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ПРАКТИКЕ ТЕЛЕФОННОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ В ОТКАЗЕ ОТ ТАБАКОКУРЕНИЯ

О.А. Суховская, С.С. Иванова, М.А. Смирнова

Санкт-Петербургский НИИ фтизиопульмонологии

Табакокурение относится к числу важнейших медико-социальных проблем современного общества, представляя серьезную опасность для здоровья населения, способствуя развитию онкологических заболеваний и являясь причиной преждевременной смерти. Эта проблема особенно актуальна для России, где при одном из самых высоких уровней распространенности ТК соответствующая медицинская помощь курящим в отказе от ТК в системе здравоохранения практически отсутствует.

В настоящее время существуют достаточно эффективные методы терапии табачной зависимости, включающие: психотерапевтические и поведенческие методы; медикаментозные и физиотерапевтические. Одними из ведущих в этом комплексе являются методы когнитивно-поведенческой терапии, с помощью которых достигается необходимый уровень мотивации и готовности к отказу от ТК, а также обучение приемам изменения курительного поведения.

23 сентября 2010 года распоряжением Правительства Российской Федерации была утвер-

ждена «Концепция осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010-2015 годы». К числу мер организации медицинской помощи населению, направленной на отказ от потребления табака и лечения табачной зависимости относится и создание бесплатной доступной консультативной телефонной линии по оказанию помощи курящим в отказе от ТК, которая и была организована в Санкт-Петербургском научно-исследовательском институте фтизиопульмонологии 1 апреля 2011 года. Служба помощи начала свою работу 17 ноября 2011 года.

Материалы и методы исследования.

Было проанализировано 7730 обращений в Консультативный телефонный центр помощи в отказе от потребления табака (КТЦ) по поводу отказа от табакокурения. При звонке курящего определяли степень никотиновой зависимости (по тесту Фагерстрёма), мотивации к отказу от курения; анкетировали для оценки медико-социальных факторов; учитывали опыт предыдущих попыток и регистрировали отказ от курения на 1, 3, 7, 14, 30 дни, через 3 и 6 месяцев.

Результаты и обсуждение.

Среди обратившихся в КТЦ было 57,2% мужчин и 42,8% женщин в возрасте от 18 до 78 лет (в возрасте 18-34 года – 59%, 35-54 года – 28,5%, старше 55 лет – 12,5%).

В среднем мужчины выкуривали $21,87 \pm 1,8$ сигарет в день, женщины – $17,4 \pm 2,9$ сигарет в день, степень никотиновой зависимости (НЗ) была $6,7 \pm 0,4$ и $5,9 \pm 0,7$ баллов, соответственно.

Ведущими причинами отказа от курения были проблемы со здоровьем (49,9%) и желание сохранения здоровья (13,5%). В связи с беременностью хотели получить помощь при отказе от табакокурения 5,0% респондентов, по желанию близких решили бросить курить 5,6% человек, экономические причины были решающим фактором в 9,8% случаев.

Большинство позвонивших людей хотели бросить курить и имели среднюю и высокую степени мотивации к отказу от курения.

Анализ состояния здоровья лиц, позвонивших в КТЦ, показал, что сердечно-сосудистые заболевания были ранее диагностированы в 8,2%, заболевания органов дыхания – в 21,7%, желудочно-кишечного тракта – в 4,3% случаев. Кашель с мокротой в течение более 3 месяцев году отмечался в 21,7% случаев.

Среди позвонивших на Всероссийскую телефонную линию 45,7% нуждались в однократной консультации. Чаще всего интересова-