

стикам от тех, кто продолжал курить, можно предположить, что более успешной у пациентов оказывалась установка на полный и моментный отказ от табака, а не на постепенное снижение числа выкуриваемых сигарет. Вероятно, в случае постепенного прекращения курения рационально обсуждать с пациентом предельный срок полного отказа от табака. С другой стороны, продолжение курения через несколько недель применения ТТС является, вероятно, указанием на целесообразность использования других методов лечения никотиновой зависимости. Следует отметить удовлетворительную переносимость назначавшейся ТТС. Развивавшиеся побочные эффекты были нечастыми и преимущественно касались кожных реакций, в сравнении с гастроинтестинальными осложнениями.

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ И ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МОЦ Г. ЗАВОДОУКОВСКА

А.А. Шестаков, А.Г. Синяков, М.М. Наумов, И.И. Власов

МОЦ, г. Заводоуковск
Тюменский ООД

Тюменская область является сложным субъектом Российской Федерации, в состав которого входят два северных автономных округа; Ямало-Ненецкий и Ханты-Мансийский, а также юг Тюменской области. Юг Тюменской области занимает около 160 тысяч квадратных километров. На его территории проживает 1 миллион 343 тысяч человек, преимущественно (64%) это жители 5 крупных городских округов. Юг Тюменской области представлен 22 муниципальными районами, преимущественно аграрными, с невысокой плотностью населения, но активно развивающейся инфраструктурой, в том числе транспортной сетью. Первичное звено здравоохранения в Тюменской области представлено 23 областными больницами, расположенными в соответствующих муниципальных районах. В каждой областной больнице имеется первичный онкологический кабинет. Кроме того, на территории Юга Тюменской области развернуто 70 смотровых кабинетов (33 мужских и 37 женских). Специализированная медицинская помощь оказывается в ГБУЗ ТО «Онкодиспансер».

Рак молочной железы (РМЖ) и рак легкого (РЛ) дают самую высокую заболеваемость и смертность среди злокачественных новообра-

зований (ЗНО). На юге Тюменской области показатели заболеваемости и смертности этих локализаций представлены следующим образом (на 100 тыс. населения). Заболеваемость РМЖ: 2009 г. – 56,98; 2010 г. – 70,23; 2011 г. – 68,03. Смертность при РМЖ: 2009 г. – 27,71; 2010 г. – 24,95; 2011 г. – 12,39. Заболеваемость РЛ: 2009 г. – 47,41; 2010 г. – 36,28; 2011 г. – 43,06. Смертность при РЛ: 2009 г. – 32,69; 2010 г. – 31,97; 2011 г. – 25,45.

На протяжении нескольких лет неуклонно возрастает количество пациентов обращающихся в Тюменский областной онкологический диспансер (ТООД).

Динамика посещений поликлиники ТООД (тыс. человек): всего – 2009 г. – 100; 2010 г. – 116; 2011 – 129. Из них доля первичных: 2009 г. – 17; 2010 г. – 20; 2011 г. – 18. Маммологический прием: 2009 г. – 11; 2010 г. – 13; 2011 г. – 15; торокальный прием: 2009 г. – 8; 2010 г. – 9; 2011 г. – 9.

Наряду с увеличением посещений увеличивается и количество исследований всех диагностических служб. Количество исследований в ТООД (тыс.): УЗИ, ЭКГ: 2009 г. – 34; 2010 г. – 38; 2011 г. – 42; рентгеновские методы: 2009 г. – 52; 2010 г. – 69; 2011 г. – 77; клинко-диагностическая лаборатория: 2009 г. – 61; 2010 г. – 81; 2011 г. – 113.

Таким образом, прирост посещений поликлиники составил за три года 2009-2011 гг. – 29%, маммологический прием – 36%, торокальный прием – 12,5%. Прирост исследований диагностических служб; УЗИ, ЭКГ – 23,5%, рентген – 48%, Клинко-диагностическая лаборатория – 85%. Возросшие объемы требуют все больших людских и материальных затрат, как на обследование пациентов группы риска, так и пациентов с хронической патологией. Категория этих пациентов могла быть обследована на уровне первичного звена, с формированием узкой группы, нуждающейся в дифференциальной диагностике в условиях ТООД.

Материал и методы.

В целях приближения специализированной онкологической помощи населению отдаленных территорий области, повышения эффективности работы онкологической службы и снижения заболеваемости и смертности населения Тюменской области от злокачественных новообразований в 2009 году организовано 2 межрайонных онкологических центра в гг. Ишиме и Тобольск. В 2011 году открыт межрайонный онкологический центр в г. Заводоуковске. За межрайонными онкологическими

центрами (МОЦ) закреплено население, проживающее на близлежащих территориях. Межрайонные онкологические центры наряду с функциями диспансеризации и лечения населения координируют профилактическую, организационно-методическую и статистическую работу.

Основной нормативной базой, регламентирующей организацию и деятельность МОЦ, явились приказы Департамента здравоохранения Тюменской области (ДЗ ТО) №136 от 04.03.2011 г. и № 210 от 15.06.2011 г. Приказ Департамента здравоохранения ТО № 210 от 15.06.2011 г. «Об организации межрайонных онкологических центров на территории Тюменской области». Приказ регламентирует маршрутизацию пациентов, утверждает положение об организации работы МОЦ, утверждает перечень первичной медицинской и отчетной документации.

Из типового положения об организации МОЦ:

- МОЦ является структурным подразделением поликлиники ЛПУ.
- Основная задача МОЦ обеспечение населения закрепленных территорий доступной и качественной специализированной амбулаторной медицинской помощью.

Из перечня основных функций МОЦ:

- оказание консультативно - диагностической помощи больным с установленным диагнозом ЗНО, с подозрением на ЗНО, с предраковыми заболеваниями, по направлению врачей первичного звена здравоохранения,
- выполнение углубленного обследования больных в соответствии с федеральными стандартами в рамках региональной программы модернизация,
- контроль оказания онкологической помощи населению закрепленных территорий.

Приказ ДЗ №136, от 04.03.2011 г. «Об утверждении порядка внедрения стандартов медицинской помощи в ТО в 2011 г.».

Приказ регламентирует порядок и сроки внедрения стандартов оказания амбулаторно-поликлинической помощи по патологии молочных желез, легких и бронхов, с диагностической целью в условиях межтерриториального онкологического центра.

К МОЦ г. Заводоуковска относятся 6 территорий, на которых суммарно проживает около 160000 человек: 1) г. Заводоуковск и Заводоуковский р-н, с населением 46000 человек; 2) г. Ялуторовск и Ялуторовский р-н, с населением 51000 человек; 3) Упоровский р-н, с населением

20000 человек; 4) Омутинский р-н, с населением 20000 человек; 5) Юргинский р-н, с населением 12000 человек; 6) Армизонский р-н, с населением 10000 человек. Удаленность районных центров от МОЦ составляет от 20 км (г. Ялуторовск) до 130 км (с. Армизонское).

Подготовительная работа. Состоялись выезды на прикрепленные территории с ознакомлением на месте с онкослужбой районов, с диагностическими, лечебными возможностями и кадровым потенциалом лечебных учреждений. С ответственными за онкологическое направление врачами разобраны ошибки в ведении отчетной документации, разобраны особенности тактики ведения и обследования пациентов с различными нозологическими формами. С главными врачами ЛПУ обсуждены мероприятия по реализации приказа ДЗ, обозначены проблемные моменты и пути их решения.

Среди курируемых территорий распределены квоты на обследования в МОЦ (с учетом численности населения территории, диагностических возможностей ЛПУ, квоты согласованы с главным онкологом Департамента здравоохранения ТО).

Обследование пациентов с подозрением на ЗНО легких и молочных желез проводилось по «Стандарту оказания медицинской помощи больным со злокачественным новообразованием легкого и бронхов» утвержденному приказом МЗ и СР РФ №780 от 20.11.2006 г. и «Стандарту оказания медицинской помощи больным со злокачественным новообразованием молочной железы» утвержденному приказом МЗ и СР РФ №744 от 01.12.2005 г.

Всем пациентам с подозрением на ЗНО молочных желез выполнялись; ультразвуковое исследование молочных желез, регионарных лимфоузлов, лимфоузлов средостения, матки и придатков, маммография в двух проекциях, при наличии пальпируемого образования выполнялась тонкоигольная пункционная биопсия. Все пациенты осматривались гинекологом. Согласно стандарта проводилось исследование крови (RW). Всем пациентам с подозрением на ЗНО легких и бронхов выполнялись; ультразвуковое исследование печени, лимфоузлов средостения, рентгенография легких. Согласно стандарта проводилось исследование крови (RW). По показаниям пациенты направлялись на компьютерную томографию и бронхоскопическое исследование.

Результаты и обсуждение.

За первые четыре месяца работы, в МОЦ прошли обследование 336 пациентов. Из них с

подозрением на ЗНО молочных желез – 319 человек (94,9%), с подозрением на ЗНО легких и бронхов – 17 человек (5,05%).

Выявленная патология: ЗНО – 12 (4,57% от обследованных), предраковые заболевания (ВПП) – 3 (0,89%), доброкачественные образования – 25 (7,44%), прочая патология – 48 (14,28%).

Структура ЗНО распределилась следующим образом; лимфогранулематоз – 2 (16,6% от всех ЗНО), рак легкого – 3 (25%), рак молочной железы – 7 (58,3%).

Пациенты со злокачественными новообразованиями обследованы в рамках стандартов и направлены для дальнейшего лечения в ТООД. Многие из них уже прошли специальное лечение. Пациенты с предраковой патологией и доброкачественными образованиями взяты на диспансерный учет, определены сроки контрольных явок. Пациентам с хронической патологией назначено консервативное лечение. Данная категория пациентов наблюдается по месту жительства.

Выводы:

1. Региональный межрайонный онкологический центр позволяет значительно приблизить специализированную онкологическую помощь населению региона, сократить сроки обследования, уменьшить нагрузку на поликлиническое звено онкодиспансера, тем самым позволяет оптимально использовать его ресурсы.

2. Кураторская деятельность МОЦ позволяет улучшить организационно-методическую помощь районам, более чутко реагировать на изменение онкологической ситуации в районах.

3. Организация МОЦ не требует вложения значительных материальных ресурсов, т.к. используется уже имеющаяся материально-техническая база и кадровый потенциал базового ЛПУ.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

ПОКАЗАТЕЛИ ОНКОПОМОЩИ БОЛЬНЫМ РМЖ В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД С 2007 ПО 2011 Г.

Т.Н. Коробкова

Амурская ГМА, г. Благовещенск
Амурский ООД, г. Благовещенск

Современное состояние регистрируемой заболеваемости РМЖ населения Амурской об-

ласти характеризуется неуклонным ростом, что свидетельствует о неблагоприятной эпидемиологической тенденции. Стабильно высокие показатели являются отражением продолжающегося воздействия факторов риска на население, проживающего на территории области. РМЖ – злокачественная опухоль, для которой рост заболеваемости во времени. Так, заболеваемость на 100 тыс. населения в Амурской области составила: 2007 г. – 61,22; 2008 г. – 67,01; 2009 г. – 70,13; 2010 г. – 65,4. Общероссийский показатель – 75,05. Таким образом, показатель заболеваемости в регионе несколько ниже, чем в РФ. Удельный вес РМЖ в структуре онкологической заболеваемости составляет по годам: 2007 г. – 11,4%; 2008 г. – 11,5%; 2009 г. – 12,2%; 2010 г. – 11,4%; 2011 г. – 11,2%. По РФ – 20,52. Данные показатели остаются стабильными и значительно (в 2 раза) уступают общероссийские показатели. На всех административных территориях, региона РМЖ прочно занимает 1-е место в структуре онкозаболеваемости женского населения и 3-е место в общей структуре заболеваемости, уступая лишь раку легкого и опухолям кожи. Молочная железа относится к органам так называемой «визуальной локализации», и количество выявленных пациентов с I-II стадиями заболеваемости являются показатели хорошей работы онкологов региона. Удельный вес больных с III стадией заболевания так же остаётся стабильным: 2007 г. – 22,7%; 2008 г. – 15,9%; 2009 г. – 20,5%; 2010 г. – 22,7%; 2011 г. – 24,5%. И несколько ниже, чем по РФ. На протяжении анализируемого периода удельный вес больных с 4 ст. сохраняется практически на одинаковом уровне 5,0-6,6%, что ниже общероссийского (10,0%). Обращает внимание повышение удельного веса больных без указания стадии заболевания: в 2008 г. – 3,6%; в остальные годы он был сопоставим с общероссийским – 0,7%. Достаточно высокий процент больных активно выявленных на профилактическом осмотре, особенно в 2010 г.: 2007 г. – 18,8%; 2008 г. – 29,3%; 2009 г. – 25,8%; 2010 г. – 23,8%; 2011 г. – 29,3% (по РФ 25,8%), что отражает повышение онкологической настороженности у врачей общей клинической практики и введение маммологического скрининга в программу дополнительной диспансеризации. Молочная железа является органом доступным для клинического осмотра и верификации, тем не менее удельный вес больных с подтверждённым диагнозом за анализируемый период не достигал 100% отметки. По годам: 2007 г. – 99,6; 2008 г. – 89,8;