

Таблица 2.

Объемы лечебно-диагностической и консультативной амбулаторно-поликлинической помощи для застрахованного населения Приморского края

Наименование должности	Годовой бюджет рабочего времени	Норматив затрат времени на прием (мин)	Норма нагрузки в час	Плановая функция врачебной должности	Число должностей на 10000 населения	Расчетное число посещений в год
Врач онколог	1405,5					
Лечебно-диагностический прием		22 мин	2,7	3538	0,2	30514
Консультативн. Прием		27,6	2,2	2820	0,025	11396
Итого						41910

В Приморском крае в течение последних лет онкологический диспансер работал в рамках финансово-экономической системы в форме бюджетной модели, страховой, и смешанной модели – в которой заложена система сочетанного финансирования: частично бюджетная на основе сметного финансирования и частично тарифная система, на основе финансирования за выполненные объемы. По системе смешанной модели финансирования продолжает работать краевой онкологический диспансер в настоящее время.

Согласно федеральных методических рекомендаций о порядке формирования и экономического обоснования программ государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью, предписано при расчете тарифов

на стационарную помощь в их структуре учитывать не менее пяти основных расходов медицинских учреждений (заработная плата, налоги на заработную плату, расходы на питание, медикаменты, мягкий инвентарь).

Тариф одного приведенного поликлинического врачебного посещения составляет 189,43 руб., в структуре которого заработная плата – 142,48 руб., начисления на заработную плату 37,33 руб., медикаменты – 9,53 руб., мягкий инвентарь – 0,09 руб., хозяйственные расходы – 22,97 руб. При этом, в структуре поликлинического тарифа 94,9% занимают заработная плата и начисления на оплату труда. В структуре стационарного тарифа заработная плата и начисления в среднем составляют 68,3%.

Юдина А.С., Трегубенко А.А.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ОНКОЛОГИИ ОРГАНОВ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ ЖЕНЩИН

Приморский краевой онкологический диспансер, Дальневосточный государственный технический университет, Владивосток

Злокачественные новообразования являются одной из важнейших медико-социальных проблем современного общества. В России ежегодно регистрируется более 450 тысяч больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования.

Под диспансерным наблюдением находятся более 2,2 млн. онкологических больных, что составляет 1,4% населения России. Злокачественные новообразования занимают стабильное 2 – 3 место в структуре всех причин смерти населения. Удельный вес злокачественных новообразований в структуре причин инвалидности составляет около 10%.

В Приморском крае в структуре смертности женщин от злокачественных опухолей наибольший удельный вес занимают новообразования молочной железы – 14,0% (РФ – 16,5%), шейки матки – 5,8% (РФ – 4,8%), яичников – 4,9% (5,6%), тела матки – 3,7%.

В структуре онкологической патологии женщин в 2004 г. опухоли репродуктивной системы занимали 37,7%, при этом новообразования половых органов составили 17,8%. На долю рака молочной железы приходится 19,9% (РФ – 19,4%), шейки матки – 6,9% (РФ – 5,2%), тела матки – 5,7% (РФ – 6,7%), рак яичников – 5,2% (РФ – 5,1%). Это свидетельствует о высокой тропности злокачественных новообразований к органам репродуктивной системы женщин.

Медиана возрастного распределения больных составила 64,1 года. За 10 – летний период наблюдается рост этого показателя у женщин, за исключением злокачественных новообразований шейки матки (снижение медианы с 57,9 до 51,8 года).

За последнее десятилетие отмечается, что темп прироста показателя заболеваемости раком молочной железы за 10 лет составил 47,2%, шейки матки 24,1%, тела матки 68,9%, рака яичников 40,0%.

В течение 2003 г. в крае было выявлено 628 случаев рака молочной железы, в 2004 г. – 633. Диагноз морфологически верифицирован в 94,7% случаях (РФ – 93,6%). У 13,2% больных заболевание выявлено при профилактических осмотрах (РФ – 19%). Среди больных у 55,4% рак молочной железы выявлен в I – II стадиях (РФ – 60,8%), у 27,6% – в III стадии (РФ – 25,5%, и у 16,0% – в IV клинической стадии опухолевого процесса (РФ – 12,3%). Интенсивный показатель заболеваемости раком молочной железы в крае в 2003 г. составил 58,3 на 100 тыс. женского населения (РФ – 60,2), стандартизованный показатель – 39,3 (РФ – 38,9). Наиболее высокие показатели заболеваемости женского населения злокачественными новообразованиями молочной железы отмечены в городах Арсеньев, Дальнегорск, Парти-

занск, Уссурийск, районах Надеждинский, Пограничный, Хорольский, Шкотовский.

Рак шейки матки – вторая в данной группе онкопатология значимая по степени социально-экономических потерь. В Приморском крае в 2003 г. выявлено 220 случаев рака шейки матки, из которых морфологически диагноз верифицирован в 90,8% случаев (РФ – 96,2%). При профилактических осмотрах выявлено 18,9% больных (РФ – 25,5%). В I – II стадиях выявлены 51,5% больных (РФ – 58,1%), в III стадии – 32,5% (РФ – 29,2%), в IV стадии – 14,6% (РФ – 12,7%) больных. Интенсивный показатель заболеваемости населения края раком шейки матки возрос за 10 лет на 24,1% и составил в 2003 г. 20,4 на 100 тыс. женского населения края (РФ – 16,1). Стандартизованный показатель зафиксирован на уровне 14,5 на 100 тыс. женского населения (РФ – 11,3). Максимальный уровень заболеваемости наблюдается в возрастной группе 50-70 лет, но в течение последних лет складывается неблагоприятная тенденция роста заболеваемости в возрастной группе до 29 лет. Высокие уровни заболеваемости раком шейки матки отмечены в городах Артем, Арсеньев, Уссурийск, Дальнегорск, районах Кировский, Октябрьский, Хасанский, Хорольский, Тернейский.

Злокачественные новообразования тела матки выявлены в 2003 г. в 219 случаях, диагноз подтвержден морфологически в 89,9% (РФ – 95,0%). Среди больных с впервые в жизни установленным диагнозом распределение по стадиям было следующее: с I-II стадиями опухолевого процесса 70,0% (РФ – 74,7%), III стадия – 16,4% (РФ – 13,8%), и IV – 12,1% (РФ – 13,8%). При профилактических осмотрах в крае выявлено 7,2% больных (РФ – 10,4%). Интенсивный показатель заболеваемости раком тела матки составил 20,3 на 100 тыс. женского населения (РФ – 20,9), стандартизованный – 13,3 на 100 тыс. женского населения края (РФ – 13,3). Высокие показатели заболеваемости были зафиксированы в городах Владивосток, Б. Камень, Дальнегорск, Партизанск, Спасск, районах Красноармейский, Пожарский, Надеждинский.

Больных раком яичника в 2003 г. было выявлено 161 случай с морфологической верификацией диагноза в 62,2% (РФ – 84,2%). Больных с I-II стадией было выявлено 24,3% (РФ – 31,9%), III стадией – 39,9% (РФ – 39,0%), IV стадией – 34,5% (РФ – 25,2%). От всего числа случаев рака яичников на профосмотрах было выявлено 3,4% случаев (РФ – 7,7%). Интенсивный показатель заболеваемости в 2003 г. в крае составил 15,0 на 100 тыс. женского населения края (РФ – 15,9) и стандартизованный – 10,0 (РФ – 10,5).

По данным популяционного регистра поликлиники краево-

го онкологического диспансера мы проанализировали показатели заболеваемости, смертности и выживаемости больных раком молочной железы на материалах г. Владивосток.

Несмотря на доступность осмотра (легко обозримая локализация) 4-я стадия рака молочной железы по краю составила 16% и 12% — в г. Владивосток. Как следствие высокого уровня запущенности в течение года с момента постановки диагноза умирают около 18% больных.

Нами установлено, что в 90% случаев данной онкопатологии самостоятельно больными устанавливается диагноз, и только до 8% — на профилактических осмотрах. Было выявлено, что за период с 1990 — 2002 г.г. число заболевших возросло на 75% и показатель заболеваемости на 74,8%. Но за этот период число умерших увеличилось только на 8,9%. Следовательно, можно с определенной степенью осторожности предположить, что за 12 лет выживаемость больных раком молочной железы оставалась стабильной. Это свидетельствует об управляемости данной нозологической формы рака и неэффективности наших организационных мероприятий по ранней диагностике.

В течение последних лет силами выездных врачебных бригад Приморского краевого онкологического диспансера проводились профилактические осмотры населения края с целью активного выявления рака. Сплошным массовым методом профосмотра было подвергнуто обследованию население края старше 35-40 лет, проживающее в различных регионах экологического благополучия. Выявляемость рака составила в среднем 7 случаев (всех локализаций) на 1000 первично осмотренных пациентов, из них 3 имели ранние клинические стадии.

Как метод отбора групп повышенного онкологического риска с целью выявить отдельные локализации рака нами проводи-

лось анкетирование населения с последующим углубленным обследованием. Среди данной группы населения выявляемость онкопатологии была ниже, чем при сплошном обследовании.

В современных сложных экономических условиях, в которых оказалось здравоохранение, возможно, метод анкетирования является оправданным, как доступный и менее затратный способ формирования узкого сектора для обследования. Однако, по нашему мнению, данный подход не приемлем в организации раннего выявления рака наиболее распространенных форм по ряду причин.

1. Анкета содержит только эпидемиологически обоснованные факторы риска (например, возраст, рак в семье, предшествующие операции на молочной железе, характер питания, употребление алкоголя и другие).

2. Не выявлено такой формы рака, для которой были бы специфичные факторы повышенного риска. Как не существует ни одного фактора, который встречался бы у всех больных определенной формой рака.

3. Выделяя группы повышенного онкологического риска, не решается проблема заболеваемости среди лиц, не вошедших в группу риска и сосредоточение усилий поиска рака среди лиц, находящихся в группе высокого риска, приведет к пропуску большого числа других случаев рака. Собственный опыт проведения массовых сплошных профилактических осмотров на предмет выявления «раннего» доклинического рака среди лиц старше 35-40 лет свидетельствует о том, что этот признак отбора уже является фактором принадлежности к группе повышенного риска. Наш опыт организации профилактических осмотров населения края подтверждает правомочность этого заключения.

Алексеева Г.Н., Гурина Л.И., Евтушенко Е.В. ОСОБЕННОСТИ ГОРМОНОТЕРАПИИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Приморский краевой онкологический диспансер, Владивостокский государственный медицинский университет
Владивосток

Цель исследования: сравнительная оценка побочных реакций и осложнений гормонотерапии рака предстательной железы (РПЖ) препаратами флутамида.

Материал и методы исследования: изучены побочные эффекты и переносимость гормональной терапии у 304 больных метастазирующим РПЖ среднего возраста $67,9 \pm 18,2$ года разными препаратами флутамида: флутамид, флутаплекс, флуцином. Стандартом сравнения служили побочные проявления, регистрируемые у пациентов, принимавших оригинальный препарат флуцином. Все пациенты начинали лечение различными препаратами флутамида в монорежиме. Флуцином принимали 107 (1-я подгруппа), флутаплекс — 87 (2-я подгруппа), флутамид — 110 пациентов (3-я подгруппа). Оценка побочных реакций гормонотерапии проводилась с учетом отклонений в состоянии здоровья. Минимальная продолжительность наблюдения за больными составила 6 месяцев, максимальная — 24 месяца. В случае отсутствия или слабого эффекта от монотерапии в течение 4–6 недель от начала лечения пациента переводили на максимальную андрогенную блокаду с использованием фармакологической (гозерелин по 3,6 мг подкожно в переднюю брюшную стенку 1 раз в 28 дней) или хирургической кастрации. Важным условием проведения гормонального лечения являлось обсуждение возможных побочных эффектов и информированное согласие больных на лечение.

Побочные эффекты гормонотерапии по времени появления разделены на ранние (в течение первого года лечения) и поздние (через год и более после лечения), по тяжести — на 5 степеней. К побочным реакциям I степени тяжести отнесено большинство случаев гинекомастии — 78,5%, изменений со стороны центральной нервной системы (ЦНС) — 32,9%, расстройства сексуальной функции — 23,4%. Гинекомастия возникала через месяц от начала лечения, присутствовала в течение всего периода гормонотерапии, имела тенденцию к медленной регрессии после отмены препарата.

К побочным эффектам II степени тяжести относились 20,6% случаев гинекомастии, сопровождавшейся нарушением трудоспособности и требовавшей коррекции лечения. Тягостные симптомы исчезали после перерыва гормонотерапии или сокращения дозы препарата. У 16,5% пациентов отмечались гастроинтестинальные расстройства, у 13,8% — изменения со стороны периферической нервной системы, у 12,5% — гепатотоксичность и у 5,6% — аллергические реакции, требовавшие коррекции лечения.

Побочные эффекты гормонотерапии III-IV степени тяжести встречались редко: в основном гастроинтестинальные нарушения — 3,0%, гинекомастия — 1,9% и единичные случаи аллергических реакций, обострение herpes zoster.

При сравнительном изучении побочных эффектов препара-

тов флутамида было отмечено, что гинекомастия встречалась одинаково часто (88,8 — 89,0%) у большинства пациентов РПЖ независимо от выбора препарата.

Центральные неврологические нарушения значимо чаще ($0,047 < P < 0,001$) отмечались у пациентов, получивших флутаплекс (37,9%) и флутамид (47,3%), по сравнению с подгруппой больных, леченных флуциномом (14,0%). Больные жаловались на слабость, сонливость, бессонницу, недомогание, головную боль, раздражительность, повышенную усталость, которые развились после достаточно длительного приема препарата (6–12 месяцев и более).

Периферические неврологические расстройства развивались через 3 месяца и более в виде болезненности икроножных мышц, слабости в ногах, парестезий в области кончиков пальцев нижних и верхних конечностей. У больных принимавших флуцином, периферические неврологические расстройства регистрировались реже (5,6%), чем при лечении флутаплексом — 13,8% ($P = 0,047$) и флутамидом — 21,8% случаев ($P = 0,001$).

Гастроинтестинальные расстройства чаще встречались у пациентов, ранее имевших патологию желудочно-кишечного тракта: язвенную болезнь желудка и 12-перстной кишки, состояние после резекции желудка, хронический гастрит. На фоне гормональной терапии в течение первых недель усиливались боли в эпигастрии, изжога, отрыжка, вздутие живота, снижался аппетит, констатировались эпизоды рвоты и диареи (от 1 до 4-6 раз в сутки). Задержка стула (запоры) отмечена у больных пожилого возраста с нарушением эвакуаторной функции кишечника. Желудочно-кишечные расстройства встречались чаще во 2-й (34,5%) и 3-й (18,2%) подгруппе, по сравнению с больными 1-й подгруппы, леченными флуциномом (8,4%). Различия частоты гастроинтестинальных побочных эффектов было статистически значимо между 1-й и 2-й ($P = 0,001$) и 1-й и 3-й подгруппами ($P = 0,041$). Данные нарушения требовали коррекции лечения. Вынужденный перерыв в гормонотерапии составлял 4-6 недель. Отмена препаратов потребовалась 3% (9) пациентам с расстройствами III степени тяжести. Уменьшение дозы флутамида до 250 мг в сутки и короткие перерывы в лечении (2–3 недели) потребовались 2 пациентам.

По данным анкетирования 79,9% (254) пациентов до начала гормонального лечения страдали различными нарушениями сексуальной сферы (снижение сексуального интереса, эректильная дисфункция, полное отсутствие сексуальной функции), которые, были обусловлены климактерическим синдромом и тяжестью течения основного заболевания. В 40,9% (130) случаев семейные пары отказались от сексуальных отношений в связи с болезнью супруга. Во время гормонального лечения пациенты с сохраненной сексуальной функцией отмечали отсутствие секрета во время копуляции, изменение окраски сексуальных ощущений, дис-