

Диспансеризация онкогинекологических больных. Состояние вопроса в России

С.Н. Пузин¹, Ю.Г. Паяниди², Д.С. Огай³, Е.В. Коржевская², А.Ю. Кашурников², Е.В. Воробьева³

¹ГБОУ ДПО «РМАПО» Минздрава России, Москва;

²ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» РАМН, Москва;

³отделение онкогинекологии ГУЗ «Московский областной онкологический диспансер»

Контакты: Юлия Геннадьевна Паяниди paian-u@rambler.ru

Одним из основных направлений профилактики заболеваний является диспансеризация населения, осуществляемая государством, обществом, здравоохранением. Особенно это актуально для тех разделов медицины, где высоки показатели заболеваемости и смертности, т. е. для онкологии. В статье приведены основные принципы диспансеризации, применяемые в онкогинекологии.

Ключевые слова: диспансеризация, онкогинекология, приказ

A follow-up of gynecological cancer patients: state-of-the-art in Russia

S.N. Puzin¹, Yu.G. Payanidi², D.S. Ogaï³, E.V. Korzhevskaya², A.Yu. Kashurnikov², E.V. Vorobyeva³

¹Russian Medical Academy of Postgraduate Education, Ministry of Health of Russia, Moscow;

²N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow;

³Gynecologic Cancer Unit, Moscow Regional Oncology Dispensary

A state-, society-, public health-run follow-up of the population is one of the basic areas of disease prevention. This is particularly important for medicine sections with high morbidity and mortality rates, i. e. for oncology. The paper indicates the basic follow-up principles used in gynecological oncology.

Key words: follow-up, gynecological oncology, order

Диспансеризация (активное динамическое наблюдение за состоянием здоровья населения) включает комплекс профилактических, диагностических и лечебно-оздоровительных мероприятий.

Целью диспансеризации является формирование, сохранение и укрепление здоровья населения, профилактика заболеваний, снижение заболеваемости, инвалидности, смертности, достижение активного долголетия. Диспансеризация входит в качестве основной составляющей в широкую систему мер по профилактике заболеваний, осуществляемых государством, обществом, здравоохранением [1].

Основные общегосударственные усилия направлены на улучшение условий труда, быта и отдыха населения, обеспечение рационального сбалансированного питания, борьбу с гиподинамией, курением, употреблением алкоголя, т. е. на формирование здорового образа жизни. В этой программе важная роль отводится системе здравоохранения, которая использует диспансерный метод, объединяющий профилактику и лечение, суть которой сводится к выявлению заболеваний на наиболее ранних стадиях и их предупреждение путем систематического медицинского наблюдения за здоровьем населения.

Первоначально принципы и методы диспансеризации использовались для борьбы с социально опасными болезнями, такими как туберкулез, сифилис, трахома и др. В последующем диспансерный метод нашел применение для наблюдения за беременными, детьми, трудящимися ведущих отраслей промышленности и сельского

хозяйства, больными, страдающими хроническими заболеваниями, в том числе и онкологическими.

Началом организации современной онкологической службы явилось Постановление Правительства СССР от 30.04.1945, предусматривавшее создание в каждой области онкологического диспансера, в задачу которого входит лечение и учет онкологических больных. С 1953 г. введен учет онкологических больных не только в онкодиспансерах, но и в лечебных учреждениях всех городских и сельских населенных пунктов.

На сегодняшний день диспансеризация в онкологии подразумевает:

- ежегодный медицинский осмотр с проведением лабораторно-инструментальных исследований для выявления заболеваний на ранних стадиях, а также обследование лиц, имеющих факторы риска развития заболеваний;

- проведение необходимого дообследования пациентов с подозрением на опухолевый процесс с использованием современных методов диагностики, определение состояния здоровья каждого человека;

- осуществление комплекса лечебно-оздоровительных мероприятий для больных и лиц с факторами риска и последующее систематическое наблюдение за состоянием их здоровья.

Современная структура онкологической службы в России выглядит следующим образом. Первичной организацией онкологической сети является онкологическое отделение при больнице и онкологический кабинет при поликлинике. Врач онкологического ка-

бинета в методическом отношении подчиняется онкологическому диспансеру, а в административном — главному врачу своего лечебного учреждения.

На онкологический кабинет возлагаются следующие важные задачи:

- организация учета и регистрация онкологических больных, т. е. ведение онкологической документации в районе обслуживания поликлиники;

- диспансерное наблюдение за онкологическими больными, состоящими на учете, и диспансеризация больных с предраковыми заболеваниями.

В соответствии с инструкцией Министерства здравоохранения № 590 от 1986 г., большинство больных предраковыми заболеваниями должны выявляться, учитываться и лечиться у врачей-специалистов общей сети. У врача онкологического кабинета должны быть на диспансерном наблюдении все больные со злокачественными новообразованиями, доброкачественными новообразованиями молочных желез (фиброаденома, фиброаденоматоз), ворсинчатыми полипами желудочно-кишечного тракта.

Диспансерное наблюдение после проведенного лечения в 1-й год осуществляется 1 раз в квартал, на 2-й и 3-й год — 1 раз в полугодие, далее — 1 раз в год [2]. Всех больных, взятых на диспансерное наблюдение, распределяют на клинические группы:

Группа Ia — больные с заболеваниями, подозрительными на злокачественные новообразования (ЗН).

Учетная документация: контрольная карта диспансерного наблюдения.

Тактика по отношению к больным: диагноз должен быть уточнен в течение 10 дней.

Сроки диспансеризации: если больная направляется на обследование в другое лечебное учреждение, то участковый врач или онколог обязаны через 7–10 дней проверить, уехала ли она на обследование.

Снятие с учета и перевод в другую клиническую группу: при подтверждении диагноза больная переводится во II или IV клиническую группу, а если диагноз не подтвержден — снимается с учета.

Группа Ib — больные предопухолевыми заболеваниями.

Учетная документация: контрольная карта диспансерного наблюдения.

Тактика по отношению к больным: подлежат лечению в течение месяца.

Сроки диспансеризации: излеченные женщины находятся под диспансерным наблюдением до 1 года, осматриваются 1 раз в 3 мес.

Снятие с учета и перевод в другую клиническую группу: спустя 12 мес после полного выздоровления пациентки снимаются с учета.

Группа II — больные ЗН различной степени тяжести, подлежащие специальному противоопухолевому лечению.

Учетная документация: извещение, контрольная карта, выписка из стационара.

Тактика по отношению к больным: подлежат специальному лечению, которое следует начать не позже 7–10 дней после установления диагноза.

Сроки диспансеризации: врач, направивший больную на лечение, обязан через 7–10 дней проверить, уехала ли пациентка.

Снятие с учета и перевод в другую клиническую группу: после излечения больные переводятся в III клиническую группу. Неизлеченные больные остаются во II, а при появлении метастазов — переводятся в IV клиническую группу (если радикальное лечение им противопоказано).

Группа IIa — больные со ЗН, подлежащие радикальному лечению.

Группа III — практически здоровые женщины, которым проведено радикальное лечение по поводу ЗН.

Если больная ранее на учете не состояла, заводится новая учетная документация, если же состояла на учете, то в контрольной карте изменяют клиническую группу.

Тактика по отношению к больным: на протяжении всей жизни они подлежат диспансерному наблюдению, восстановительному и периодическому общеукрепляющему лечению [3].

Сроки диспансеризации: осматриваются 1 раз в 3 мес в 1-й год после излечения, 1 раз в 6 мес на 2–3-й год, далее — 1 раз в год свыше 3 лет. С учета не снимаются, а при возникновении рецидива или метастазов переводятся во II или IV клинические группы [4].

Группа IV — больные со ЗН, подлежащие только симптоматическому лечению.

Учетная документация: если запущенная стадия выявлена при 1-м обращении, то заполняются извещение, контрольная карта и протокол на запущенный случай ЗН.

Тактика по отношению к больным: подлежат симптоматическому лечению по месту жительства, которое проводится участковым врачом.

Сроки диспансеризации: вызову на контрольные осмотры больные не подлежат, наблюдаются участковым врачом (план лечения вырабатывается вместе с онкологом), с учета не снимаются [5].

Это наиболее многочисленная клиническая группа, поскольку почти 50 % всех наблюдаемых онкологических больных получают симптоматическое лечение. В эту группу могут входить и больные на ранних стадиях ЗН, например, преклонного возраста, которым в связи с тяжелой сопутствующей патологией или общим состоянием противопоказано радикальное лечение, а также пациентки, отказавшиеся от радикального лечения.

В России охрана здоровья населения обеспечивается преимущественно государственной системой здравоохранения. Государственная система здравоохранения находится под контролем Министерства здравоохранения РФ, которое несет ответственность за разработку и контроль над системой здравоохранения.

В частности, с целью совершенствования системы Государственного ракового регистра, унификации и стандартизации данных о больных со ЗН в соответствии с международными стандартами, утвержденными ВОЗ для раковых регистров, и требованиями современных информационных технологий, 19.04.1999 издан Приказ Министерства здравоохранения РФ № 135 «О совершенствовании системы государственного ракового регистра».

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению при онкологических заболеваниях» подписан 03.12.2009. Согласно этому приказу, настоящий Порядок регулирует вопросы оказания медицинской помощи населению при онкологических заболеваниях в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения. В частности, больным с онкологическими заболеваниями медицинская помощь оказывается:

- в рамках плановой первичной медико-санитарной помощи — терапевтическая, хирургическая и онкологическая помощь;

- в рамках плановой специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи — специализированная онкологическая помощь.

Оказание плановой помощи больным с онкологическими заболеваниями в рамках первичной медико-санитарной помощи организуется в амбулаторно-поликлинических и больничных учреждениях здравоохранения. Оказание плановой специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями осуществляется в федеральных организациях, оказывающих медицинскую помощь, а также в соответствующих организациях, находящихся в ведении субъекта Российской Федерации.

Плановая онкологическая помощь в рамках первичной медико-санитарной помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях оказывается на основе взаимодействия врачей первичного звена здравоохранения: участковых врачей-терапевтов, врачей общей практики (семейных врачей), врачей-хирургов и врачей-онкологов. Медицинские работники фельдшерско-акушерских пунктов оказывают медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями в соответствии с рекомендациями врачей-онкологов и врачей-специалистов.

В амбулаторно-поликлинических учреждениях участковые врачи-терапевты, врачи общей практики (семейные врачи), врачи-хирурги во взаимодействии с врачами-специалистами выявляют риск развития онкологических заболеваний.

При подозрении или выявлении опухолевого заболевания пациента направляют в первичный онкологический кабинет (отделение), после чего врач-специалист первичного онкологического кабинета направляет пациента в онкологический диспансер, онкологическую

больницу для уточнения диагноза и определения последующей тактики ведения пациента.

В случае подозрения и/или выявления у пациента ЗН врач-специалист первичного онкологического кабинета уведомляет организационно-методический отдел онкологического диспансера для постановки больного на учет (с его добровольного информированного согласия).

В случае подтверждения в онкологическом диспансере у пациента факта наличия онкологического заболевания, информация о диагнозе пациента (с его добровольного информированного согласия) направляется из организационно-методического отдела онкологического диспансера в первичный онкологический кабинет, из которого был направлен пациент для последующего диспансерного наблюдения.

В амбулаторно-поликлинических учреждениях онкологическая помощь больным с онкологическими заболеваниями оказывается врачами-онкологами в первичном онкологическом кабинете (отделении, дневном стационаре), осуществляющем свою деятельность в соответствии с Положениями об организации деятельности первичного онкологического кабинета с учетом рекомендуемых штатных нормативов.

Плановое стационарное обследование и лечение больных с онкологическими заболеваниями осуществляется в федеральных организациях, оказывающих медицинскую помощь, а также в соответствующих организациях, находящихся в ведении субъекта Российской Федерации.

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь больным с онкологическими заболеваниями оказывается в федеральных организациях, оказывающих медицинскую помощь, а также в онкологическом диспансере, онкологической больнице, осуществляющих свою деятельность в соответствии с Положением об организации деятельности онкологического диспансера (онкологической больницы) с учетом рекомендуемых штатных нормативов.

Оснащение онкологического диспансера, онкологической больницы осуществляется в зависимости от профиля структурного подразделения в соответствии со стандартами оснащения.

При выявлении у больного в онкологическом диспансере медицинских показаний к высокотехнологичным методам лечения помощь оказывается ему в соответствии с установленным порядком оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Больные со ЗН подлежат пожизненному диспансерному наблюдению в онкологическом диспансере. Если течение заболевания не требует изменения тактики ведения пациента, диспансерные осмотры после проведенного лечения осуществляются:

- в течение 1-го года — 1 раз в 3 мес;
- в течение 2-го года — 1 раз в 6 мес, а в дальнейшем — 1 раз в год.

В организации онкологической помощи больным сочетаются лечебные методы (хирургический, радиотерапевтический и лекарственный) и паллиативные мероприятия в отделениях (хосписе), осуществляющих свою деятельность в соответствии с положениями об организации деятельности структурных подразделений федеральных организаций, оказывающих медицинскую помощь онкологическим больным, а также в соответствующих организациях, находящихся в ведении субъекта Российской Федерации.

Скорая медицинская помощь больным со ЗН оказывается станциями (подстанциями) скорой медицинской помощи и отделениями скорой медицинской помощи при районных и центральных районных больницах.

Оказание скорой медицинской помощи больным со ЗН осуществляют специализированные реаниматологические, врачебные и фельдшерские выездные бригады, штатный состав которых определен Приказом Минздравсоцразвития России от 01.11.2004 № 179 «Об утверждении порядка оказания скорой медицинской помощи» (зарегистрирован Минюстом России 23.11.2004, регистрационный № 6136).

При подозрении и/или выявлении у больных ЗН в ходе оказания им скорой медицинской помощи, таких больных переводят или направляют в онкологические диспансеры (онкологические больницы) для определения тактики ведения и необходимости применения дополнительно других методов специализированного противопухолового лечения.

В случае если проведение медицинских манипуляций, связанных с оказанием помощи онкологическим больным, может повлечь возникновение болевых ощущений у пациента, такие манипуляции должны проводиться с обезболиванием.

Порядок оказания медицинской помощи населению при онкологических заболеваниях утвержден Приказом Минздравсоцразвития России от 3 декабря 2009 г. № 944н, с шестью Приложениями, в которых отражены:

- Положение об организации деятельности первичного онкологического кабинета городской и центральной районной поликлиники;

- Положение об организации деятельности первичного онкологического отделения городской и центральной районной поликлиники;

- рекомендуемые штатные нормативы медицинского и иного персонала первичного онкологического отделения (кабинета), отделения городской и центральной районной поликлиники, отделений онкологического диспансера (онкологической больницы), отделения паллиативной помощи онкологическим больным;

- Положение об организации деятельности онкологического диспансера (онкологической больницы);

- Стандарт оснащения федеральных организаций, оказывающих медицинскую помощь онкологическим больным, а также соответствующих организаций, находящихся в ведении субъекта Российской Федерации;

- Положение об организации деятельности хосписа при оказании помощи онкологическим больным.

Таким образом, проблема охраны здоровья населения России находится под пристальным вниманием и контролем государства. Об этом министр здравоохранения В.И. Скворцова рассказала на пленарном заседании Генеральной ассамблеи ООН по неинфекционным заболеваниям, которое прошло в Нью-Йорке.

«Для Российской Федерации здоровье граждан является абсолютным государственным приоритетом, — отметила Вероника Игоревна. — За 10 лет финансирование здравоохранения в стране увеличилось более чем в 6 раз. На фоне активно развивающейся национальной реформы здравоохранения проводится реализация общегосударственных концепций по борьбе с табаком и злоупотреблением алкоголем, стратегий по здоровому питанию, развитию массового спорта, формированию здорового образа жизни у разных групп населения, а также приоритетных национальных программ по профилактике и борьбе с наиболее распространенными и социально значимыми неинфекционными заболеваниями. Это позволило улучшить показатели здоровья населения».

По словам министра, формирование здорового образа жизни, борьба с факторами риска, создание единой профилактической среды — это реальный путь к облегчению бремени неинфекционных заболеваний, к которым, несомненно, относится и онкология. Но, безусловно, цель может быть достигнута лишь при совместных действиях всего общества — правительства и всех государственных секторов, министерств и служб, бизнеса, общественности и отдельных граждан.

ЛИТЕРАТУРА

1. Rustin G.J.S., Nelstop A.E., Bentzen S.M. et al. The Gynecologic Oncology Group Experience in Ovarian Cancer. Ann of Oncol 1999;10:1-7.
2. Чиссов В.И., Дарьялова С.Л. Избранные лекции по клинической онкологии. М., 2000.
3. Бенинг Л., Мартинович С.В. Терапевтическая онкология. Мюнхен, 1998.
4. Гилязутдинова З.Ш., Михайлов М.К. Онкогинекология: руководство для врачей. М.: МЕДпресс-информ, 2000.
5. Резолюция V Всероссийского съезда онкологов. Казань, 4-7 октября 2000 г. Росс онкол журн 2001;2:52-5.

Информация для авторов

Уважаемые коллеги!

При оформлении статей, направляемых в журнал «Опухоли женской репродуктивной системы», следует руководствоваться следующими правилами.

1. Статья должна быть представлена в электронном виде (компакт-диск или дискета) с распечаткой на бумаге формата А4 в двух экземплярах (таблицы, графики, рисунки, подписи к рисункам, список литературы, резюме — на отдельных листах).

Шрифт — Times New Roman, 14 пунктов, через 1,5 интервала. Все страницы должны быть пронумерованы.

2. На первой странице должно быть указано: название статьи, инициалы и фамилии всех авторов, полное название учреждения (учреждений), в котором (которых) выполнена работа, город.

Обязательно указывается, в каком учреждении работает каждый из авторов.

Статья должна быть подписана всеми авторами. В конце статьи должны быть обязательно указаны **контактные телефоны, рабочий адрес с указанием индекса, факс, адрес электронной почты и фамилия, имя, отчество полностью, занимаемая должность, ученая степень, ученое звание автора (авторов)**, с которым редакция будет вести переписку.

3. Объем статей: оригинальная статья — не более 12 страниц; описание отдельных наблюдений, заметки из практики — не более 5 страниц; обзор литературы — не более 20 страниц; краткие сообщения и письма в редакцию — 3 страницы.

Структура оригинальной статьи: введение, материалы и методы, результаты исследования и их обсуждение, заключение (выводы).

К статьям должно быть приложено **резюме** на русском языке, отражающее содержание работы, с названием статьи, фамилиями и инициалами авторов, названием учреждений. Объем резюме — не более 1/3 машинописной страницы с указанием **ключевых слов**.

4. Иллюстративный материал.

- Фотографии должны быть контрастными; рисунки, графики и диаграммы — четкими.
- Фотографии представляются в оригинале или в электронном виде в формате TIFF, JPG, CMYK с разрешением не менее 300 dpi (точек на дюйм).
- Графики, схемы и рисунки должны быть представлены в формате EPS Adobe Illustrator 7.0—10.0. При невозможности представления файлов в данном формате необходимо связаться с редакцией.
- Все рисунки должны быть пронумерованы и снабжены подрисуночными подписями. Подписи к рисункам даются на отдельном листе. На рисунке указываются «верх» и «низ»; фрагменты рисунка обозначаются строчными буквами русского алфавита — «а», «б» и т. д. Все сокращения и обозначения, использованные на рисунке, должны быть расшифрованы в подрисуночной подписи.

- Все таблицы должны быть пронумерованы, иметь название. Все сокращения расшифровываются в примечании к таблице.

- Ссылки на таблицы, рисунки и другие иллюстративные материалы приводятся в надлежащих местах по тексту статьи в круглых скобках, а их расположение указывается автором в виде квадрата на полях статьи слева.

5. Единицы измерений даются в СИ.

Все сокращения (аббревиатуры) в тексте статьи должны быть полностью расшифрованы при первом употреблении. Использование необщепринятых сокращений не допускается.

Название генов пишется курсивом, название белков — обычным шрифтом.

6. К статье должен быть приложен список цитируемой литературы, оформленный следующим образом.

- Список ссылок приводится в **порядке цитирования**. Все источники должны быть пронумерованы, а их нумерация — строго соответствовать нумерации в тексте статьи. Ссылки на неопубликованные работы не допускаются.

- Для каждого источника необходимо указать: фамилии и инициалы авторов (если авторов более 4, указываются первые 3 автора, затем ставится «и др.» в русском или «et al.» — в английском тексте).

- При ссылке на **статьи из журналов** указывают также название статьи; название журнала, год, том, номер выпуска, страницы.

- При ссылке на **монографии** указывают также полное название книги, место издания, название издательства, год издания.

- При ссылке на **авторефераты** диссертаций указывают также полное название работы, докторская или кандидатская, год и место издания.

- При ссылке на **данные, полученные из Интернета**, указывают электронный адрес цитируемого источника.

- Все ссылки на литературные источники печатаются арабскими цифрами в квадратных скобках (например, [5]).

- Количество цитируемых работ: в оригинальных статьях желательно не более 20—25 источников, в обзорах литературы — не более 60.

7. Представление в редакцию ранее опубликованных статей не допускается.

8. Все статьи, в том числе подготовленные аспирантами и соискателями ученой степени кандидата наук по результатам собственных исследований, принимаются к печати бесплатно.

Статьи, не соответствующие данным требованиям, к рассмотрению не принимаются.

Все поступающие статьи рецензируются.

Присланные материалы обратно не возвращаются.

Редакция оставляет за собой право на редактирование статей, представленных к публикации.

Авторы могут присылать свои материалы по электронной почте на адрес редакции: redactor@abvpress.ru с обязательным указанием названия журнала.



Рекомбинантный ИНТЕРЛЕЙКИН-2 ЧЕЛОВЕКА

РОНКОЛЕЙКИН[®]

В клинической практике в России и странах СНГ с 1995 года

АКТИВАЦИЯ ЭФФЕКТИВНОГО ИММУННОГО ОТВЕТА ПРИ:

- ✓ ИНФЕКЦИОННЫХ
- ✓ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ
- ✓ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Применяется у взрослых и детей с первого дня жизни



www.biotech.spb.ru

☎ (812) 346-60-16

На правах рекламы. Регистрационное удостоверение № ЛС-001810 от 27.07.2011 года