

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

УДК 614.2:618.1-006.04-084

С. Н. Пузин¹, Ю. Г. Паяниди², Д. С. Огай³, И. В. Тихоновская⁴, Е. В. Коржевская², С. В. Хохлова², А. Ю. Кашурников², Е. В. Воробьева³**ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ
ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**

¹ГБОУ ДПО Российская медицинская академия последипломного образования, Москва; ²ФГБУ Российский онкологический научный центр им. Н. Н. Блохина РАМН, Москва; ³ГБУЗ МО Московский областной онкологический диспансер, Балашиха; ⁴ФГБУ НИИ медицины труда РАМН, Москва

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.

HISTORY AND PRESENT STATE OF CLINICAL EXAMINATION OF PATIENTS WITH GYNECOLOGICAL CANCER

S.N.Puzin, Yu.G.Payanidi, D.S.Ogay, I.V.Tikhonovskaya, E.V.Korzhevskaya, S.V.Khokhlova, A.Yu.Kashurnikov, E.V. Vorobyeva

A major focus of the population health prevention are examinations carried out by the state, society and health. This is especially true for those branches of medicine, with high levels of morbidity and mortality such as oncology. The basic principles of clinical examination used in oncogynaecology are described in the paper.

Key words: clinical examination, oncogynaecology, 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 30.04.45, которым предусмотрено создание в каждой области онкологического диспансера, в задачу которого входит лечение и учет онкологических больных. С 1953 года 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 в 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 больным и лицам 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 кабинета в методическом отношении подчиняется онкологическому диспансеру, а в административном – главному врачу своего лечебного учреждения.

На онкологический кабинет возлагаются следующие важные задачи:

1. Организация учета и регистрация онкологических больных, т. е. ведение онкологической документации в районе обслуживания поликлиники.

2. 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 под диспансерным наблюдением все больные со злокачественными новообразованиями, доброкачественными новообразованиями молочной железы (фиброаденома, фиброаденоматоз), ворсинчатыми полипами желудочно-кишечного тракта.

3. Диспансерное наблюдение после проведенного лечения в первый год осуществляется 1 раз в квартал, во второй и третий годы – 1 раз в полугодие, далее – 1 раз в год [2]. Всех взятых под диспансерное наблюдение больных 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 больной направляется на обследование в другое лечебное учреждение, то участковый врач или онколог обязаны через 7–10 дней проверить, уехал ли он на обследование. Снятие с учета и перевод в другую клиническую группу: при подтверждении диагноза больной 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 больные находятся под диспансерным наблюдением до одного года, осматриваются 1 раз в 3 месяца. Снятие с учета и перевод в другую клиническую группу: спустя 12 мес после полного выздоровления пациентки снимаются с учета.

Группа II – больные со 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. Учетная документация заводится новая, если боль-

ная ранее на учете не состояла, если же состояла на учете, то в контрольной карте меняется клиническая группа. 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 годы, далее – 1 раз в год свыше трех 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 первом 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, которая находится под контролем Министерства здравоохранения и социального развития РФ, которое несет ответственность за разработку системы здравоохранения и контроль над ней.

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 19.04.99 издан приказ Минздрава РФ № 135 «О совершенствовании системы государственного ракового регистра».

3 декабря 2009 г. подписан приказ Минздрава РФ № 944н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению при онкологических заболеваниях». 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 злокачественного новообразования 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 онкологиче-

скими заболеваниями, обеспечивается 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 первого года – 1 раз в 3 мес;

в течение второго 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 ЗН оказывается станциями (подстанциями) скорой медицинской помощи и отделениями скорой медицинской помощи при районных и центральных районных больницах.

Оказание скорой медицинской помощи больным ЗН осуществляют специализированные реаниматологические, врачебные и фельдшерские выездные бригады, штатный состав которых определен приказом Минздравсоцразвития России от 01.11.04 № 179 «Об утверждении порядка оказания скорой медицинской помощи» (зарегистрирован Минюстом России 23.11.04, регистрационный № 6136).

При подозрении и/или выявлении у больных ЗН в ходе оказания им скорой медицинской помощи их переводят или направляют в онкологические диспансеры (онкологические больницы) для определения тактики ведения и необходимости применения дополнительно других методов специализированного противоопухолевого 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, утвержденный приказом Минздравсоцразвития РФ от 03.12.09 № 944н с 6-ю Приложениями, в которых отражены:

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

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

3. 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;

4. Положение об организации деятельности онкологического диспансера (онкологической больницы);

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

6. 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 заместитель министра (а ныне министр) здравоохранения и социального развития РФ В. И. Скворцова рассказала на пленарном заседании Генеральной Ассамблеи ООН по неинфекционным заболеваниям, которое прошло в Нью-Йорке 21.09.11.

«Для Российской Федерации здоровье граждан является абсолютным государственным приоритетом, – отметила В. И. Скворцова. – 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 наиболее распространенных и социально значимых неинфекционных заболеваний и борьбе с ними. 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, куда, 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., Nelstrop A. E., Bentzen S. M. et al.* The Gynecologic Oncology Group Experience in Ovarian Cancer. *Annals of Oncology* 1999; 10: 1–7.
2. *Бенинг Л., Мартинович С. В.* Терапевтическая онкология: Справочное изд. Мюнхен. 1998.
3. *Чиссов В. И., Дарьялова С. Л.* Избранные лекции по клинической онкологии. М., 2000.
4. *Гилязудинова З. Ш., Михайлов М. К.* Онкогинекология: Руководство для врачей. М., 2000.
5. Резолюция V Всероссийского съезда онкологов (Казань, 4–7 октября 2000 г.). *Рос. онкол. журн.* 2001; 2: 52–55.

Поступила 28.06.12

Сведения об авторах:

Пузин С. Н. – д-р мед. наук, проф., акад. РАМН, зав. каф. гериатрии и медико-социальной экспертизы ГБОУ ДПО Российская медицинская академия последипломного образования; *Паяниди Ю. Г.* – д-р мед. наук, врач отд-ния гинекологии ФГБУ РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН; *Огай Д. С.* – канд. мед. наук, зав. онкологическим-гинекологическим отд-нием ГБУЗ МО Московский областной онкологический диспансер; *Тихоновская И. В.* – врач акушер-гинеколог консультативно-поликлинического отд-ния ФГБУ НИИ медицины труда РАМН, аспирант каф. акушерства и гинекологии № 1 ГБОУ ВПО Первый Московский гос. мед. университет им. И. И. Сеченова; *Коржевская Е. В.* – канд. мед. наук, врач отд-ния гинекологии ФГБУ РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН; *Хохлова С. В.* – канд. мед. наук, ст. науч. сотр. отд-ния химиотерапии ФГБУ РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН; *Кашурников А. Ю.* – аспирант отд-ния гинекологии ФГБУ РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН; *Воробьева Е. В.* – врач онкологического-гинекологического отд-ния ГБУЗ МО Московский областной онкологический диспансер.

Для контактов:

Паяниди Юлия Геннадьевна, Телефон: 8-926-357-90-87; e-mail: raian-u@rambler.ru