

МЕТОДЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ СКРИНИНГА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СРЕДИ ЖЕНЩИН МУНИЦИПАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет», г. Екатеринбург, Российская Федерация

Резюме. Оказание специализированной онкомаммологической помощи на отдаленной от областного центра территории внедрено в практику МСЧ-31 ФМБА России. В исследовании проведен анализ технологии скрининга раннего рака молочной железы за двадцать лет. Стандартизованный показатель заболеваемости за период 1994–2013 гг. был выше, чем на областной территории, на 50%, при этом ранние формы заболеваний составляли от 52% до 62%. Такой их удельный вес позволил увеличить количество органосохраняющих операций на молочной железе с 3–5% до 16–17%. Годичная летальность на изученной территории составила — 7,2%, двенадцатилетняя общая и безрецидивная выживаемость — 70,6% и 68,7%, что сопоставимо с результатами крупных онкологических центров. Показатель выявления 50% случаев Люминальной А формы РМЖ может быть критерием качества скрининга раннего рака. Предложенная технология скрининга повышает доступность медицинской помощи и позволяет начать раннее лечение РМЖ с достижением высоких показателей выживаемости.

Ключевые слова: рак молочной железы, скрининг, безрецидивная выживаемость

Введение

В последние десятилетия в России, как и во всем мире, отмечается рост онкологических заболеваний [1, 2]. По данным МНИОИ им П.А. Герцена 57300 женщин с раком молочной железы (РМЖ) было впервые выявлено в России за 2013 г., из них только 38 400 радикально пролечено. В этой структуре весьма высокой является доля заболевших женщин с запущенными формами РМЖ [3, 4]. Проблема ранней диагностики РМЖ нашла отражение в национальном проекте «Здоровье» с 2005 г. и сохраняет свою актуальность на сегодняшний день. Основным методическим подходом в ранней диагностике РМЖ является физикальный и маммографический скрининг, который должен проводиться повсеместно и быть общедоступным [5].

Традиционно на территории РФ специализированная онкологическая помощь, после скрининга, проводится в крупных научно-практических центрах (областных онкологических диспансерах — ООД), расположенных в больших городах, находящихся на значительном удалении от потенциальных пациентов [6, 7, 8]. Проблема «средних городов», с максимальным приближением специализированной помощи, остается в современных экономических условиях России трудноразрешимой [9].

Цель работы — провести анализ 20-летних результатов скрининга РМЖ на современном этапе и дать оценку внедрения медико-организационной формы оказания специализированной онко-маммологической помощи женщинам на отдаленной от ООД территории на примере «среднего города» до 100 тыс. жителей в условиях городской многопрофильной больницы (МСЧ-№31 г. Новоуральска Свердловской области) в период с 1994 по 2013 гг.

Материалы и методы

В 1993 г. специалисты кафедры онкологии и медицинской радиологии УГМА, клинической базой которой является Свердловский ООД, на договорных условиях провели первый раунд скрининга РМЖ среди женского населения градообразующего предприятия г. Новоуральска. Результатом его стало увеличение заболеваемости РМЖ с 34 до 54 на 100 тыс женского населения за счет выявления ранних форм, что привело к увеличению потока больных в Свердловский ООД. При отсутствии федеральных программ помощи онкологическим пациентам это означало ответственное повышение оплаты за лечение из средств городского бюджета [10, 11]. Требовались также дополнительные социальные льготы и гарантии для осуществления поездок с консультативной целью в Свердловский ООД, оплаты лекарств и т.д.

В сложившейся ситуации получение специализированной онкомаммологической помощи в рамках стандартной схемы становится недостижимо для многих пациенток.

Таким образом, для «среднего города с населением до 100 тыс. человек» оказание специализированной помощи началось с внедрения активного скрининга РМЖ. Одновременно с этим было предложено непосредственно в условиях больницы осуществлять хирургический этап диагностики с гистологическим исследованием, а также адекватное хирургическое лечение и системно-лекарственную терапию. Так, в отличие от традиционной модели, когда помощь «на месте» ограничивалась лишь первичной поликлинической диагностикой опухоли, был введен госпитальный этап, позволивший приблизить качество медицинской помощи к таковому клиники 5 уровня. Экономической «составляющей» проекта явилось подключение дополнительных средств из программ по оказанию медицинской помощи с финансированием из городского бюджета (программы «Мать и дитя», «Дорогостоящее лечение онкологических больных»).

Роль Свердловского ООД в указанных условиях ограничивалась только проведением лучевой терапии и оказанием высокотехнологичной помощи в соответствии с протоколами лечения. Указанные изменения позволили представить новую структуру специализированной онкомаммологической помощи в г. Новоуральске следующим образом (рис. 1):



Рис. 1 Схема оказания специализированной онкомаммологической помощи на месте.

В основе первичных профилактических мероприятий лежит активное приглашение женщин на маммографию и физикальный осмотр. После первичного приема у районного и заводского онколога или онко-гинеколога (обязательного проведения маммогра-

фии при возрасте старше 40 лет, УЗИ молочных желез) — формировались группы повышенного риска развития РМЖ, что составляло около 10–15% осмотренного контингента женщин, с направлением их к консультанту. При необходимости им назначаются дополнительные методы диагностики, осуществляются постановка окончательного диагноза и выдача направления на госпитализацию. В зависимости от стадии и формы заболевания (распространенности процесса, необходимости дорогостоящего лечения) или приоритета выбора врача, пациентки госпитализируются либо в МСЧ-№31 г. Новоуральска, либо в Свердловский ООД. После проведения стационарного лечения все пациентки вновь получают направление к врачу-консультанту для диспансерного наблюдения. Им оцениваются результаты лечения, при надобности производится корректировка лекарственной терапии (адьювантной химио- и гормонотерапии) и делаются необходимые назначения для ведения непосредственно у специалистов местной онкологической службы. Таким образом, общая схема диагностических этапов концентрируется на враче-консультанте, владеющим всей необходимой информацией для выбора тактики и стратегии ведения пациенток.

На первом этапе, после подтверждения диагноза РМЖ консультант устанавливает стадию опухолевого процесса, прогнозирует течение заболевания и составляет индивидуальный план комплексного лечения — последовательность хирургического, лекарственного либо лучевого методов. Исходя из окончательного клинического диагноза консультант формирует потоки пациентов для лечения на месте или в Свердловском ООД. В условиях стационара г. Новоуральска выполняются все основные виды хирургического лечения: секторальная резекция молочной железы (МЖ), радикальная резекция МЖ, радикальная мастэктомия, лечебная овариоэктомия, реконструктивные операции на МЖ. На втором этапе консультант осуществляет разработку плана реабилитационных мероприятий, а в ходе продолжающегося лечения, в частности химиотерапии (ХТ) — корректировку доз препаратов и своевременное выявление осложнений в виде генерализации процесса. Важным моментом в работе консультанта является обеспечение преемственности лечебных технологий, принятых МЭС в Свердловском ООД.

Переход к новым технологиям оказания специализированной помощи больным РМЖ потребовал корректировки штатного расписания специалистов, непосредственно занятых в процессе выявления и предварительного лечения пациенток. Приказом №99-а управления здравоохранения в г. Новоуральске были утверждены дополнительные штатные должности: районный онколог — 1 ставка, онколог УЭХК -0,5 ст., онкогинеколог — 0,5 ст., внешний консультант-онколог — 0,1 ст.

Обследование молочных желез в ходе профилактических осмотров гинекологами стало обязательными для всего женского населения города. В результате методом маммографии стал обследоваться ранее неохваченный контингент — женщины старше 50 лет. С учетом увеличения нагрузки рентгенологического кабинета были дополнительно введены 1 ставка врача-рентгенолога и 1 ст. рентгенотехника.

Соответствующим образом изменились и должностные обязанности городского и заводского онкологов, что привело к унификации их должностных обязанностей, а также более тесному взаимодействию, обеспечивающему преемственность в наблюдении и лечении больных. Исходя из установленной выше системы оказания маммологической помощи, определились виды лечебно-диагностической деятельности специалистов. К ним относятся следующие:

- диагностические мероприятия: выявление ранних форм РМЖ в ходе профилактических осмотров (1 раз в 12 месяцев); консультации пациенток с подозрением на РМЖ, направленных врачами других специальностей (гинеколог, хирург и т. д.);
- лечебные мероприятия: проведение адьювантной и неoadьювантной ХТ; долечивание пациенток после комбинированной или комплексной терапии;
- реализация реабилитационных мероприятий после комплексной терапии;
- мониторинг состояния пациенток в ходе лечения РМЖ: ра-

ботающих пациенток после комплексного лечения 1 раз в 6 и 12 месяцев (для раннего выявления синхронных и метасинхронных опухолей), совместное с консультантом решение вопросов об изменении тактики лечения в случаях: роста сывороточных опухолевых маркеров (СА-15,3, СА-125), развития токсичности и резистентности к получаемой терапии, выявления метастазов; оформление документов в бюро медико-социальной экспертизы для установления инвалидности больных.

Мониторинг пациенток с ранним РМЖ, выявленных в ходе скрининга в предложенной нами новой организационной модели, позволил привлечь неиспользуемые высокотехнологичные методы лабораторной диагностики с изучением и коррекцией иммуннологического гомеостаза на базе МСЧ-№31. Помимо обязательной маммографии, УЗИ молочных желез и органов брюшной полости и малого таза, стали производиться безаспирационная пункционная биопсия с последующим цитологическим исследованием, прицельная биопсия опухоли под контролем рентгеновского изображения с гистологическим исследованием, определение биохимических и иммунологических показателей крови, а также иммуноферментный анализ с оценкой уровня сывороточных онкомаркеров.

С 2007 г. изменились требования к пониманию биологических характеристик РМЖ в соответствии с практическими рекомендациями «консенсуса» г. Санкт-Галлен (Швейцария). Поэтому кроме стандартных критериев скрининга, оцениваемого по количеству впервые выявленных пациенток с ранними стадиями РМЖ, стало необходимо знать частоту выявления гормонозависимых лацентных (Люминального А) и агрессивных форм (Тринегативного (ТН) или Her2/neu 3+ позитивного) заболеваний для оказания полноценной помощи, особенно в масштабах среднего города. Такая статистика необходима для формирования бюджета города и обеспечения лекарственными препаратами пациенток на период их адьювантного лечения от 2-х до 5 лет [12].

Результаты

В ходе реализации многолетней программы были получены принципиально новые показатели, характеризующие ситуацию с заболеваемостью РМЖ в целом по городу. Уже в конце 1994 года скрининг выявил повышение показателя заболеваемости с 54 до 108,7 на 100 тыс. женского населения. Динамика показателей заболеваемости РМЖ в г. Новоуральске в сопоставлении с аналогичными показателями за тот же период в Свердловской области и РФ отражена в таблице 1.

Таблица 1
Стандартизованный показатель заболеваемости РМЖ на 100 тыс. женского населения в период с 1994 по 2013 гг.

Год	Выявлено больных РМЖ /n/	Стандартизованный показатель заболеваемости на 100 тысяч женского населения		
		г. Новоуральск	Свердловская область	РФ
1994	50	108,7	47,4	Н.д.*
1995-1999	145	63,02	53,44	52,35
2000-2004	226	89,68	59,22	60,44
2005-2009	213	81,5	66,9	65,08
2010-2013	197	90,38	73,3	Н.д.*

Н.д.* — нет данных.

В течение времени наблюдения показатель заболеваемости РМЖ женского населения г. Новоуральска варьировал от 63,02 (в период 1995–1999 г.) до 108,7 (1994 г.) на 100 тыс., что на 42,02% выше. При сравнении интенсивного показателя на курируемой территории с таковым по Свердловской области и РФ видно, что он также выше. Данный показатель стал сопоставим с показателями, характеризующими заболеваемость в странах Евросоюза, где традиционно проводится тотальный маммографический скрининг с 40 до 75 лет. По данным литературы, в Европе ежегодно регистрируется 321 тыс новых случаев РМЖ, и показатель заболеваемости составляет от 31 до 120 на 100 тыс женского населения (Германия — 31, Ирландия — 36, Великобритания — 92, Швеция — 105, Нидерланды — 120 на 100 тыс.) [2].

Увеличение показателя заболеваемости РМЖ главным образом

произошло за счет выявления ранних форм опухолевого процесса. За 20-летний период осуществления программы в масштабе города процент локализованных форм РМЖ (I, IIa стадия) составил более 50%, давая в отдельные годы показатель от 52,2% до 62,1%. Колебания в частоте заболеваемости в значительной мере связаны с расширением контингента обследуемых за счет привлечения пациенток «крайних» (особенно — старших) возрастных групп. Показатели заболеваемости в отдельных возрастных группах отражены в таблице 2.

Таблица 2
Абсолютные показатели заболеваемости РМЖ в различных возрастных группах

Год	Возрастные группы (лет)						Средний возраст
	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	Старше 70 лет	
1994	-	5	18	12	6	9	54,2±11,3
1995-1999	1	5	36	35	41	27	57,84±9,62
2000-2004	1	11	53	55	48	64	60,88±11,6
2005-2009	-	5	51	62	41	57	60,04±11,42
2010-2013	3	6	34	54	46	50	60±10
Итого n=836/100%	5/0,59%	32/3,83%	192/22,96%	218/26,07%	182/21,77%	207/24,78%	58,59±10,78

Как видно из таблицы, преобладающими остаются группы в возрасте старше 40 лет (до 95,58% заболевших РМЖ). Распределение частоты выявленного РМЖ в возрастных группах 41–50 лет, 51–60 и 61–70 лет была практически одинаковой от 21% до 26%. Средний возраст больных за период 20 летнего скрининга составлял от 54,2±11,3 до 60,88±11,6 лет. Расширение возрастных границ активного маммографического обследования до 75 лет с 2000 г. привело к стабильному выявлению онкологических заболеваний у 24,78% пожилого контингента женщин, участвующих в скрининге.

Изменения в структуре заболеваемости РМЖ — увеличение общей численности пациенток за счет выявления ранних форм — обусловило новый подход к выбору тактики лечения. Возросло количество органосохраняющих операций при опухолях до 1 см. в диаметре [3]. Число подобных операций выросло с 3,6% до 20,2%. Современные требования к адекватности хирургического лечения (с одной стороны — соблюдение принципа радикальности и абластичности, с другой — эстетичности) продиктовали необходимость совершенствования пластического компонента при радикальной резекции МЖ. Была разработана Авторская методика централизации сосково-ареолярного комплекса (Патент России № 2339320 от 25.11.2008 г.). Увеличение частоты лечения пациенток с РМЖ на начальных стадиях оперативным путем соответственно уменьшило потребность в проведении индукционной химиолучевой терапии в Свердловском ООД. Для пациенток с местно-распространенными формами РМЖ лечение начиналось с индукционной лекарственной или лучевой терапии с последующей мастэктомией. Процент санитарных ампутиаций МЖ и мастэктомии по Холстеду снизился в 1,5 раза — с 19,6% до 13,1%.

Адювантный компонент химиотерапии все годы был представлен схемами СА, САФ, СМФ, гормональной адъювантной терапией (антиэстрогены, андрогены, блокаторы ароматазы, а также лечебная кастрация), их выбор с 2002 года происходил с учетом ИГХ. Современная таргетная терапия (Трастузумаб) и таксановая терапия проводилась при необходимости по рекомендации СООД как высокотехнологичная и дорогостоящая. [12, 13]

В ходе динамического наблюдения за ранее диагностированными больными было выявлено: первично-множественных метастазов РМЖ онкологических заболеваний у 9% пациенток, из них с РМЖ у 5,36%.

Дополнительно нами было рассчитано время до возникновения рецидивов и метастазов от момента установления диагноза, которое составило 3,8±0,5 года и 2,5±0,5 года соответственно. На фоне проводимой химио-гормонотерапии положительная динамика была отмечена в 13,5% случаев, стабилизация процесса — 6,22% и отрицательная динамика в 1,98%. При прогрессировании рецидивов и метастатического процесса среднее время до летального исхода составило 3,3±0,34 года. Таким образом, показатель смертности за 16 лет наблюдения составил 30,4%; летальность на пер-

вом году от момента постановки диагноза — 7,2% (по РФ 12,6%). Последний показатель был напрямую связан с возрастным контингентом — высокой долей пациенток старше 70 лет (24,78%), смерть которых, как правило, наступала от сопутствующей патологии, а не в связи с основным заболеванием.

Сохранилась тенденция низкой выживаемости пациенток с IV стадией и ОИФ РМЖ на момент постановки диагноза. За 16 лет оказания специализированной онкомаммологической помощи на удаленной областной территории показатель общей и безрецидивной выживаемости составил 70,6% и 68,7%. Показатель 10-ти летней общей выживаемости в нашем исследовании составил — 76,7%, что согласуется с данными Семиглазова В.Ф. — 78% [3, 14].

Объем проведенных исследований в рамках программы оказания онкомаммологической помощи в г. Новоуральске за период с 1994 по 2009 годы составил 11700 пациенток (количество принятых консультантом пациентов в год составило около 700, из них первичных 450, остальные — с диспансерного учета). Объем маммографических исследований в год составлял от 1920 до 5594 (среднее количество маммографических исследований — 3033 в год). За 20-летний период исследований было выявлено 836 случаев первичного РМЖ. С 2002 года в перечень диагностических мероприятий были добавлены генетические методы исследования и ИГХ (обязательно определялись рецепторы эстрогена (РЭ), рецепторы прогестерона (РП), Her2/neu, показатель Ki-67), а с 2009 г. добавилось определение генов BRCA1 и BRCA2 для пациенток до 45 лет [12]. Наиболее полные результаты по данным исследованиям получены в период 2010–2013 г., когда в СООД методика была поставлена на «поток» и стала «рутинной» для врачей онкологов, а понимание течения РМЖ с точки зрения его биологических характеристик изменил содержание скрининга. Всего ИГХ исследование проведено у 202 пациенток.

Показатели биологических характеристик РМЖ в исследуемых периодах времени представлены в таблице 3.

Таблица 3
Удельный вес биологических характеристик РМЖ, выявленных в ходе скрининга 2007–2013 г.

Год	Биологические характеристики				
	Люминал А Уд вес (n)	Люминал Б Уд вес (n)	Her2/neu 3+ Уд вес (n)	ТН Уд вес (n)	Без ИГХ Уд вес (n)
2007	45,5% (n=10)	0	4,5% (n=1)	22,7% (n=5)	27,3% (n=6)
2008	55,2% (n=16)	3,4% (n=1)	3,4% (n=1)	17,2% (n=5)	20,3% (n=6)
2009	60,7% (n=17)	10,7% (n=3)	7,1% (n=2)	7,1% (n=2)	14,3% (n=4)
2010	17,1% (n=6)	14,3% (n=5)	17,1% (n=6)	22,9% (n=8)	25,7% (n=9)
2011	26,9% (n=7)	7,7% (n=2)	23,1% (n=6)	19,2% (n=5)	23,1% (n=6)
2012	43,9% (n=18)	9,8% (n=4)	12,2% (n=5)	9,8% (n=4)	23,4% (n=10)
2013	50% (n=11)	4,6% (n=1)	13,6% (n=3)	13,6% (n=3)	18,2% (n=4)
Итого: 100% n=202	42,1%/ (n=85)	7,9%/ (n=16)	11,9%/ (n=24)	15,8%/ (n=32)	22,3%/ (n=45)

За период с 2011 по 2013 г. после оценки биологических характеристик стало очевидно, что РМЖ, выявленный в ходе скрининга, имеет наиболее встречаемую и благоприятную (Люминал А) форму заболевания от 26,9% до 50% случаев. Среди агрессивных форм РМЖ (ТН и Her2/neu 3+), требующих индивидуальных подходов терапии, встречаемость составила 19,2%, 23,1% и 13,6%, 13,6% соответственно в 2011 г. и 2013 г.

За период с 2009 г. пациенткам в возрасте до 45 лет дополнительно стали проводить исследование в генах BRCA1 и BRCA2 на предмет обнаружения мутаций с целью дальнейшей коррекции терапии. Из 15 обследованных женщин с диагнозом РМЖ в 2 случаях были выявлены мутации указанных генов [12].

В заключение можно отметить, что 20 летний опыт проведения

скрининга и организация современной диагностической модели в масштабах «среднего города» позволяет на практике своевременно выявлять ранние формы РМЖ. Для малых городов организация работы онколога позволяет проводить максимально раннее лечение, осуществлять непрерывность и преемственность, комплексность и индивидуальность подхода с получением высоких показателей выживаемости. Сочетая все перечисленные качества, со сравнительно низкой затратностью лечения, для пациентов является оптимальным алгоритмом в работе районного онколога малых и средних городов.

Выводы

1. Скрининг остается необходимым технологическим процессом для диагностики ранних форм РМЖ с частотой выявления от 52,2% до 62,1% заболеваний. Компонент специализированной онко-маммологической помощи в современных онкологических диагностических программах является необходимым для расширения охвата контингента обследуемых от «однократного» организованного, до регулярного в масштабе «среднего города».

2. Статистический анализ 20 лет работы программы скрининга в возрастном диапазоне пациенток 40–75 лет отражает увеличение частоты ранних и локальных форм РМЖ в 24% случаев у лиц пожилого возраста.

3. Оценивая биологические характеристики РМЖ видно, что скрининг позволил выявлять до 42,1% (n=85) Люминальных А и 27,7% агрессивных ТН(n=32), и Her2 neu/3+ (n=24) форм заболеваний требующих индивидуально подобранных программ лечения.

4. Показатель выявления 50% случаев Люминальной А формы РМЖ может быть критерием качества скрининга раннего рака.

ЛИТЕРАТУРА

1. Влияние маммографического скрининга на органосохраняющее лечение рака молочной железы [Текст]/А.М. Сдвижков, В.И. Борисов, И.Д. Васильева, В.В. Евтягин, Т.Д. Кропачева, И.П. Свичкарь//Материалы V международной ежегодной конференции «Проблемы диагностики и лечения рака молочной железы» Белые ночи Санкт-Петербурга, Санкт-Петербург, 18-20 июня 2008г. – С.52.

2. Cancer incidence and mortality in Europe, 2004. – Boyle and Ferlay 16(3): 481 – Annals of Oncology.

3. Семиглазов В.Ф. Минимальный рак молочной железы [Текст]/В.Ф. Семиглазов, А.Г. Веснин, В.М. Моисеенко//Санкт-Петербург, изд-во «ГИППОКРАТ», 1992г. – 140с.

4. Современные проблемы оказания онкологической помощи в крупных городах [Текст]/В.М. Мерабишвили, О.Т. Дятченко, Н.Я. Шабашова, А.С. Барчук//Тезисы докладов VIII съезда онкологов УССР, Донецк, 26-28 сентября 1990г. – С.41-42.

5. Мельников Д.Ю. Скрининг рака молочной железы на ограниченной областной территории [Текст] / Д.Ю. Мельников, И.В. Пушина // Материалы VI международной ежегодной конференции «Проблемы диагностики и лечения рака молочной железы», Белые ночи Санкт-Петербурга, 17-19 июня 2009г. – С.105-106.

6. Состояние онкологической помощи населению России в 2013 году /А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой// М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздрава России, 2014г. - 235 с.

7. Приказ от 12.09.1997г. №270 о мерах по улучшению организации онкологической помощи населению Российской Федерации.

8. СНиП 2.07.01.89. Градостроительство. Планировка и застройка, городские и сельские поселения. М., 2011г.

9. Лекции по организации и экономике здравоохранения / под ред. А.Б.Блохина, Н.С. Брынза, Е.В. Ползика. // Изд-во Уральский рабочий, Екатеринбург, 2014г. – С73-84.

10. Приказ от 4 мая 1990г. №188 об утверждении положения о лечебно-профилактическом учреждении, работающем в условиях нового хозяйственного механизма, и инструкции по составлению устава лечебно-профилактического учреждения (объединения).

11. Приказ от 6 апреля 1987г. №500 о штатных нормативах медицинского, фармацевтического персонала и работников кухонь онкологических диспансеров, диспансерных отделений и кабинетов.

12. Primary breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines

for diagnosis, treatment and follow-up/F. Cardoso, S. Kyriakides, F. Penault-Llorca, P. Poortmans, E. Senkus, A. Thompson, S. Zackrisson // Ann Oncol 2013; 24 (Suppl 6): vi7-vi23.

13. Практические рекомендации по лекарственному лечению больных раком молочной железы// <http://www.rosoncower.ru/standarts/RUSSCO/07-2.pdf>

14. Ратиани М.С. Организационные подходы к скринингу по ранней диагностике рака молочной железы [Текст] / М.С.Ратиани, Р.А. Екст, В.Ю. Янинушевич // Тезисы докладов VIII съезда онкологов УССР, Донецк, 26-28 сентября 1990г. – С.58-60.

Авторская справка

Мельников Дмитрий Юрьевич

ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава Российской Федерации

к. м. н., ассистент, кафедра онкологии и медицинской радиологии

Российская Федерация, 620028. г. Екатеринбург, ул. Репина, 3

der_melnikov@mail.ru

Melnikov D. Yu.

METHODS AND MANAGEMENT OF BREAST CANCER SCREENING OF THE WOMEN FROM MUNICIPAL HOSPITAL

Ural State medical university, Yekaterinburg, Russian Federation

Abstract. The specific treatment of breast cancer was incorporated in the Hospital of the city Novouralsk, which is situated distantly from the oncology department for cooperative consultation. The results during twenty years were analyzed in this work. The index of breast cancer was two times higher in the Novouralsk than in the Yekaterinburg and early incidents were diagnosed in about 52–62%. These results of diagnoses allow increasing the quantity of economy surgery treatment from 3–5% to 16–17%. The results of the treatment were the following - the lethality index during the first year was 7,2%, ten years long-term and free-disease survival index were 70,6% and 68,7%, which is standard treatment for oncology centers. The index of 50% of Luminal A breast cancer diagnoses can be the quality factor of early cancer screening. The presented new model and technology of diagnosis and treatment of breast cancer shows success of medical services for this pathology.

Key words: breast cancer, screening, long-term leaving

REFERENCES

1. Influence of mammography screening on an organ-preserving cancer therapy of a mammary gland [Text] A.M. Sdvizhkov, V. I. Borisov, I.D. Vasilyeva, V. V. Evtyagin, T.D. Kropacheva, I.P. Svichkar. Materials of the V international annual conference «Problems of Diagnostics and Cancer Therapy of a Mammary Gland» the White nights of St. Petersburg, St. Petersburg, on June 18-20, 2008 – Page 52.

2. Cancer incidence and mortality in Europe, 2004. – Boyle and Ferlay 16(3): 481 – Annals of Oncology.

3. Semiglazov V. F. The minimal breast cancer [Text] V. F. Semiglazov, A.G. Vesnin, V. M. Moiseenko. St. Petersburg, publishing house «GIPPOKRAT», 1992 – 140p.

4. Modern problems of rendering the oncological help in large cities [Text] / V. M. Merabishvili, O. T. Dyatchenko, N. Ya. Shabashov, A.S. Barchuk. Theses of reports of the VIII congress of oncologists of USSR, Donetsk, on September 26-28, 1990 – Page 41-42.

5. 4. Melnikov D.Yu. Screening of a breast cancer in the limited regional territory of [Text]. Melnikov D.Yu, I.V. Pushina. Materials of the VI international annual conference «Problems of Diagnostics and Cancer Therapy of a Mammary Gland», the White nights of St. Petersburg, on June 17-19, 2009 – Page 105-106.

6. A condition of the oncological help to the population of Russia in 2013 year. A.D. Kaprin, V. V. Starinsky, G. V. Petrova. M.: Federal State Budgetary Institution MNI OI im. P. A. Gertsena of the Russian Ministry of Health, 2014 - 235 pages.

7. The order from 12.09.1997. No. 270 about measures for

improvement of the organization of the oncological help to the population of the Russian Federation.

8. Construction Norms and Regulations 2.07.01.89. Town planning. Planning and building, city and rural settlements. M, 2011.

9. Lectures on the organization and economy of health care. under the ed. by A. B. Blochin, N. S. Brynz, E.V. Polzik. Urals Worker Publishing house, Yekaterinburg, 2014 – p.73-84.

10. The order of May 4, 1990 No. 188 about the adoption of provision on the treatment-and-prophylactic establishment working in the conditions of a new economic mechanism, and the instruction on drawing up the charter of treatment-and-prophylactic institution (association).

11. The order of April 6, 1987 No. 500 about regular standards of the medical, pharmaceutical personnel and employees of kitchens of oncological clinics, dispensary offices and offices.

12. Primary breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. F. Cardoso, S. Kyriakides, F.

Penault-Llorca, P. Poortmans, E. Senkus, A. Thompson, S. Zackrisson. Ann Oncol 2013; 24 (Suppl 6): vi7-vi23.

13. Practical recommendations about medicinal treatment of patients with cancer of a mammary gland <http://www.rosoncweb.ru/standarts/RUSSCO/07-2.pdf>

14. 12. Ratianni M. S. Organizational approaches to screening on early diagnosis of a breast cancer [Text] M. S. Ratianni, R. A. Ekst, V. Yu. Yaninushevich. Theses of reports of the VIII congress of oncologists of USSR, Donetsk, on September 26-28, 1990 – Page 58-60.

Author

Melnikov D. Yu.

Ural State medical university

Candidate of medical sciences, Assistant of oncology and medical radiology department
Repina str. 3, Yekaterinburg, 620028, Russian Federation

der_melnikov@mail.ru

УДК: 614; 614.2

Старшинова А.В., Панкова С.Н., Блохина С.И., Гоголева Е.А., Ткаченко Т.Я.

НЕМАТЕРИАЛЬНАЯ МОТИВАЦИЯ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОГО ЦЕНТРА: ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИОННОЙ КУЛЬТУРЫ

Уральский федеральный университет имени первого Президента России Б.Н. Ельцина;

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области детская клиническая больница восстановительного лечения «Научно-практический центр «Бонум»,
г. Екатеринбург, Российская Федерация

Резюме. В статье анализируются результаты социологического исследования организационной культуры детского реабилитационного медицинского центра Бонум. Исследование включало два этапа: 1) декабрь 2012 – май 2013; 2) декабрь 2014 – февраль 2015.

Методы исследования: анкетный опрос сотрудников и интервью с руководителями. Организационная культура исследовалась как ценностная характеристика во взаимосвязи с характеристиками условий деятельности и индивидуальной мотивацией. В инструментариум первого этапа исследования преобладали качественные вопросы; осуществлялся поиск значимых индикаторов.

На втором этапе ставилась цель проанализировать организационную культуру как ценностную основу деятельности руководителей и сотрудников в качестве ресурса развития медицинского центра. Были выявлены социальные группы, различающиеся характеристикой типа организационной культуры, носителями которого они выступают. Проведен анализ взаимосвязи «типов культурных ориентаций» с оценкой ими условий деятельности. Характеристики основных культурных факторов отражают возможности их использования для дальнейшего развития.

Ключевые слова: организационная культура, развитие, нематериальная мотивация, медицина, условия деятельности

Введение

Нематериальные средства мотивации сотрудников организации могут быть важным управленческим инструментом совершенствования деятельности и повышения эффективности деятельности организации. Руководители медицинских учреждений находятся в сложных условиях, когда их методы управления, основанные на экономическом стимулировании, ограничены. Необходимость привлечения высококвалифицированных кадров и постоянного усложнения технологий сталкивается с ограничениями, так как не всегда материальное стимулирование способно обеспечить необходимые результаты. Возрастает потребность поиска подходов, способствующих улучшению условий деятельности руководителей и специалистов на основе более эффективных механизмов, среди которых мы рассматриваем организационную культуру учреждения.

Организационная культура — это системная характеристика относительно небольшого организованного сообщества, объеди-

ненной общими условиями и целями деятельности. Она отражает основные особенности внутренней среды организации, деятельности и взаимоотношений в коллективе. В особенностях выражены способы организации деятельности, благодаря которым она становится более эффективной, а ее условия более комфортными для сотрудников, что стимулирует их готовность к совершенствованию профессионализма. В результате образ организации может стать более привлекательным в отношении ожиданий реальных и потенциальных потребностей населения. Во многом данный результат достигается за счет базовых ценностных установок, которые, как правило, воплощает руководство организацией [1].

Развитие центра «Бонум» и становление его как современного медицинского учреждения, в деятельности которого в настоящее время преобладают высокие реабилитационные технологии, следует рассматривать как результат управления на основе ценностей профессионализма, высокой социальной ответственности, инновационных подходов, которые внедряются и поддерживаются в центре. Данный аспект его развития представляет интерес не только с практической точки зрения, но вызывает необходимость и научного осмысления. Успешные результаты управлением центра были связаны с привлечением профессионалов, налаживанием сотрудничества с крупнейшими научными и образовательными центрами Свердловской области, развитием научных исследований, внедрением современных медицинских технологий [2, 3]. Руководителям центра «Бонум» удалось создать социально и профессионально значимый контекст деятельности, привлекающий профессионалов и исследователей, что является основой для формирования в организации системы лидерства.

В нашем исследовании ставилась цель охарактеризовать деятельность организации с точки зрения скрытых или нематериальных факторов как факторов, определяющих совершенствование ее деятельность [4]. Выявлялись условия, делающие медицинский центр привлекательным местом работы и пространством саморазвития для профессионалов высокого уровня [5]. Анализируются условия деятельности специалистов и руководителей, которые позволяют центру эффективно удовлетворять потребности населения. Результаты исследования будут способствовать научной рефлексии о вкладе деятельности центра в решение стратегических, социально значимых вопросов, связанных с качеством населения, развитием его социального потенциала [6, 7, 8].