

На правах рукописи

ГАММ Ирина Евгеньевна

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПОМОЩИ
ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ
(НА ПРИМЕРЕ ГЕРМАНИИ)**

14.00.14 – онкология

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Уфа – 2005

Диссертация выполнена в Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Башкирский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию и Клинике Семейной медицины (Германия, Мюнстер)».

Научный руководитель: Доктор медицинских наук, профессор
Гапцев Шамиль Ханафиевич

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор,
член-корреспондент РАМН
Важенин Андрей Владимирович
кандидат медицинских наук
Белова Ляля Хисамутдиновна

Ведущая организация: Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Уральская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

Защита состоится « ____ » _____ 2005 г. в « ____ » часов на заседании диссертационного совета К 208.006.01 в Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Башкирский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» по адресу: 450000, г.Уфа, ул. Ленина, 3.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» РОСЗДРАВА

Автореферат разослан « ____ » _____ 2005г.

Ученый секретарь
диссертационного совета

И. Р. Рахматуллина

2006-4
15137

2179563

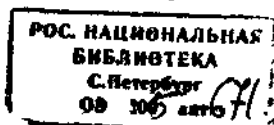
ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы. Германия относится к развитым странам мира, в которых начиная со второй половины XX века наблюдается эпидемиологический и демографический переход. Это глобальное явление характеризуется увеличением ожидаемой продолжительности жизни, демографическим старением населения, снижением доли лиц трудоспособного возраста как за счет снижения показателей рождаемости, так и увеличения средней продолжительности жизни населения, а также увеличением доли хронических неинфекционных заболеваний (Напалков Н П., 2004) Среди последних, значительное бремя на общество возлагают злокачественные новообразования.

По оценкам Института Роберта Коха в Германии каждый год диагностируются примерно 395000 новых случаев злокачественных новообразований без учета немеланомных опухолей кожи. Хотя плоскоклеточный рак кожи и базальноклеточный рак кожи относятся к самым частым злокачественным новообразованиям, их доля в структуре смертности от рака составляет только примерно 0,25%. Так как регистрация этих новообразований в Германии максимально полностью не происходит, их исключают из общего эпидемиологического списка. Отношение между количеством заболевших мужчин и женщин в Германии почти уравновешено (примерно 200000 случаев заболеваний у мужчин и примерно 194700 у женщин). Средний возраст заболевших мужчин составляет 66 лет и для женщин – 67. На первом месте в структуре онкологической заболеваемости мужского населения Германии – рак предстательной железы и новообразования трахеи, бронхов, легкого, среди женщин – рак молочной железы.

В административном округе Мюнстер показатели онкологической заболеваемости составляют 440 на 100000 мужского населения и 322 на 100000 женского населения. В настоящее время до 75 года жизни злокачественное новообразование диагностируется у каждого третьего жителя округа Мюнстер. Средний возраст заболевших приходится на конец седьмой декады жизни.

Система оказания онкологической помощи населению в Германии не является централизованной, в связи с чем возникают проблемы с координа-



цией деятельности различных медицинских учреждений. Онкологическая помощь оказывается как в амбулаторных условиях, так и стационарах онкологического и неонкологического профилей. Структура немецкой системы здравоохранения такова, что она препятствует хорошо скоординированной медицинской помощи онкологическим больным. Чтобы улучшить координацию между различными секторами здравоохранения для улучшения медицинской помощи больным в Германии разрабатываются различные программы. Необходимый компонент онкологической помощи населению – это система паллиативной помощи. Паллиативная помощь большинству онкологических больных, страдающих хроническим болевым синдромом, в Германии оказывается в амбулаторных условиях. Немаловажная роль при оказании паллиативной помощи онкологическим больным отводится семейным врачам (Klaschik E, 2002). Уровень оказания этой помощи зависит от качества ее организации. Большинству больных проводится только фармакологическая и другая коррекция хронической боли, хотя есть реальная потребность во внедрении различных мультимодальных вмешательств, которые должны привести к улучшенному качеству обслуживания и внесут свой вклад в развитие качественной системы оказания онкологической помощи (Reitenbach P E end al, 2004). В настоящее время существуют значительные структурные дефициты в амбулаторном обслуживании онкологических больных. Для улучшения ее уровня необходимо междисциплинарное сотрудничество врачей различных специальностей, которое должно быть поддержано официальной организацией медицинского самоуправления Германии.

ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Цель: обоснование комплексного подхода в лечении онкологических больных на амбулаторном этапе.

В соответствии с целью исследования решались следующие задачи:

1. Изучить показатели онкологической заболеваемости населения Германии за период 1999–2000 гг.

2. Дать характеристику уровня и структуры онкологической заболеваемости населения административного округа Мюнстер, Германия за период 1998–2002 гг.

3. Дать оценку системе оказания онкологической помощи населению в амбулаторных условиях (на примере Клиники Семейной медицины г. Мюнстер)

4. Обосновать необходимость комплексного подхода в лечении онкологических больных на амбулаторном этапе на основании исследования перво-психических изменений у больных раком молочной железы

НАУЧНАЯ НОВИЗНА

Научно обоснована необходимость междисциплинарного сотрудничества врачей различных специальностей для улучшения уровня оказания амбулаторной помощи онкологическим больным в Германии

Дан научный анализ результатов комплексного обследования больных раком молочной железы, выявлены нервно-психические нарушения с учетом типа реагирования личности на заболевание, синдромальная психопатологическая структура на различных этапах наблюдения

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ И ПРАКТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ

Полученные в результате анализа онкологической заболеваемости, смертности, структуры заболеваемости данные расширяют современные представления о уровне и тенденциях изучаемых явлений в Германии и административном округе Мюнстер. Разработанная методология научного анализа может быть использована при дальнейших научных исследованиях. Внедрение предложенной системы междисциплинарного сотрудничества семейных врачей, онкологов, психиатров, психотерапевтов, клинических психологов позволяет улучшить уровень оказания онкологической помощи населению на амбулаторном этапе

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ, ВЫНОСИМЫЕ НА ЗАЩИТУ

1. Одной из глобальных медико-социальных проблем в Германии в связи с высокими показателями распространенности являются злокачественные ново-

образования, что определяет необходимость совершенствования всех компонентов противораковой борьбы.

2 За исследованный период в административном округе Мюнстер, как в Германии в целом, выявлен рост онкологической заболеваемости и снижение показателя смертности от злокачественных новообразований

3 При оказании онкологической помощи в Германии на амбулаторном этапе не в полной мере используются возможности семейных врачей. Онкологические больные составляют 1,7% от общего количества пролеченных пациентов по данным Клиники семейной медицины. Недостаточное внимание в работе семейного врача в Германии уделяется личности пациента, его эмоциональным и психическим переживаниям в связи с онкологическим заболеванием.

4. В зависимости от этапа наблюдения у больных раком молочной железы различалась клиническая структура нервно-психических нарушений. На основании комплексного изучения пациенток с раком молочной железы выделены стенический (28%), гипостенический (8,7%), гипостенический (12,4%), астенический (18%), смешанный (32,9%) типы реагирования личности.

ВНЕДРЕНИЕ

Полученные результаты исследования внедрены в Клинику Семейной медицины (г. Мюнстер, Германия), в Республиканском клиническом онкологическом диспансере МЗ РБ, в Клинике профилактики онкологических заболеваний г. Уфы. Результаты исследования используются в лекционных курсах и практических занятиях кафедры онкологии с курсом ИПО ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» РОСЗДРАВА.

АПРОБАЦИЯ РАБОТЫ

Основные положения диссертации доложены и обсуждены на проблемной комиссии «Онкология» (Уфа, 2004), на Республиканских конференциях онкологов (в рамках VII, VIII сессий Ассоциации онкологов РБ), (Уфа, 2003, 2004), на Ученом Совете ИПО ГОУ ВПО Башкирского государственного медицинско-

го университета РОСЗДРАВА (Уфа, 2004), в законченном виде – на расширенном заседании кафедры онкологии с курсом института последипломного образования ГОУ ВПО Башкирского государственного медицинского университета РОСЗДРАВА (Уфа, 2005)

ПУБЛИКАЦИИ

По теме диссертации опубликовано в печати 4 научные работы.

ОБЪЕМ И СТРУКТУРА ДИССЕРТАЦИИ

Работа изложена на ___ страницах машинописного текста, иллюстрирована 26 рисунками и 23 таблицами, состоит из введения, 6 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы, включающего 153 источников (все зарубежные).

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования

В связи с актуальностью и высокой социальной значимостью проблемы злокачественных новообразований, как основной причины смертности населения в развитых странах, было проведено научное исследование в одном из административных округов Германии – Мюнстер.

Административный округ Мюнстер является субъектом Республики Германия. Географически Административный округ Мюнстер граничит на западе с Нидерландами, на севере с федеральной землей Нижняя Саксония и на юге и востоке с административными округами Детмольд, Арнсберг и Дюссельдорф. Административный округ Мюнстер состоит из 3 городов окружного подчинения Ботропа, Гельзенкирхен и Мюнстер и 5 районов – Боркен, Коесфелд, Реклингхаузен, Штайнфурт и Варендорф. Сельские районы Боркен, Коесфелд, Штайнфурт и Варендорф насчитывают 1,2 млн. жителей, плотность населения составляет 300 жителей на km^2 . Плотность населения самая высокая в городах окружного подчинения Гельзенкирхен с 2700 и Ботроп с

1200 жителей на km^2 Плотность населения в Мюнстере – 870 жителей на km^2 Район Реклингхаузен имеет 662000 жителей – самое большое население в округе – и состоит из городских и сельских поселений вместе. Здесь средняя плотность населения составляет также примерно 870 жителей на km^2 Население округа в количественном отношении в целом составляет 2625637 человек по имеющимся данным 2002 года

В результате проведенного исследования были получены показатели первичной онкологической заболеваемости и смертности, тенденции, закономерности уровня и динамики заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований в разные годы в зависимости от пола и возраста в Германии и административном округе Мюнстер

Исчислялись интенсивные («грубые») и стандартизованные показатели онкологической заболеваемости и смертности. Вычисление стандартизованных показателей проводилось прямым методом. Анализ интенсивности изменения показателей онкологической заболеваемости и смертности во времени осуществлялся с помощью показателей, получаемых в результате сравнения уровней, к таким показателям относятся темп роста и темп прироста.

Материалом исследования явились результаты наблюдения и лечения 679 онкологических больных в Клинике семейной медицины с 1996 по 2005 гг. Для оценки распространенности опухолевого процесса мы использовали классификацию TNM (2004г). Из числа пролеченных пациентов, 10 (1,5%) были выявлены в стадии *carcinoma in situ*, 108 (15,9%) имели I стадию опухолевого процесса, у 251 (37%) пациентов была II стадия заболевания, у 170 (25%) – III стадия, 140 больных (20,6%) имели IV стадию злокачественного новообразования. Распределение по полу онкологических больных было следующим – из 679 пролеченных больных мужчин было 356, что составило 52,4%, женщин – 323 (47,6%). Средний возраст заболевших женщин составлял $68,5 \pm 1,5$ лет, средний возраст мужчин составлял $67,4 \pm 1,1$ года.

В табл. 1 приведены данные об общем количестве пролеченных пациентов за десятилетний период деятельности клиники

Таблица 1

**Количество больных, пролеченных в Клинике семейной медицины
(г. Мюнстер) с 1996 по 2005 гг.**

Годы	1996 IV кв.	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005 I кв.
Количество больных	374	2342	2843	5387	5903	6165	5412	5804	4739	1396

Далее приводим данные, которые показывают долю онкологических больных среди общего количества пролеченных пациентов (табл. 2).

Таблица 2

**Онкологические больные, пролеченные в Клинике семейной медицины
с 1996 по 2005 гг. (абсолютные числа и процентное соотношение
к общему количеству пролеченных пациентов)**

Годы наблюдения	Общее количество пролеченных больных	Количество пролеченных онкологических больных	% соотношение онкологических больных к общему количеству пациентов
1996	374	24	6,4
1997	2342	47	2
1998	2843	63	2,2
1999	5387	122	2,3
2000	5903	93	1,6
2001	6165	84	1,4
2002	5412	68	1,3
2003	5804	59	1
2004	4739	65	1,4
2005	1396	54	3,9
Итого	40365	679	1,7

В работе были использованы клинический, экспериментально-психологический, анкетный, статистический и математико-статистический методы. При оценке интенсивности болевого синдрома перед началом противоболевой терапии нами была использована визуально-аналоговая шкала (VAS) и пронумерованная аналоговая шкала (NAS) При субъективной оцен-

ке силы болевых ощущений пациенты отмечали интенсивность ощущаемой ими боли до обезболивания в покое, при нагрузке и после обезболивания. Лечение болевого синдрома у онкологических больных мы проводили, руководствуясь основными принципами терапии болей (Klaschik E, 2002). На данном этапе исследования учетными документами являлись паспорт больного, куда графически вносились данные о локализации боли и анкета боли, которая заполнялась каждым пациентом. При изучении нервно-психических изменений группу наблюдения составили 161 женщина с диагнозом рак молочной железы, пролеченные в Клинике семейной медицины г Мюнстер с 1996 по 2005гг. По стадиям пациентки распределились следующим образом: в I стадии было выявлено 33,5% больных, во II – 27,3%, в III – 14,4%, 24,8% имели IV стадию новообразования. Средний возраст пациенток составлял $60,4 \pm 0,09$ лет. Контрольная группа состояла из 100 женщин аналогичного возраста, не имеющих онкологических, хронических соматических и психических заболеваний. Статистически значимых различий в возрасте, семейном положении, образовании, взаимоотношениях в семье, в группе больных и в контрольной группе не выявлено. На первом этапе лечения пациентки получали специальное лечение в стационарных или амбулаторных условиях в специализированных клиниках, на втором этапе подлежали мониторингу и /или лечению в условиях Клиники семейной медицины. Из пациенток основной группы в послеоперационном периоде наблюдались 102 (63,4%), в отдаленном периоде после проведенного лечения – 59 (36,6%). Применялись следующие экспериментально-психологические методики: опросник ММРІ, шкала для оценки депрессии Зунга, шкала для оценки реактивной и личностной тревоги Спилбергера. Результаты исследований вносились в карты динамического наблюдения, на основании которых составлялась база данных.

Обработка данных осуществлялась на основе метода математической статистики. Для каждого ряда данных определялось выборочное среднее, доверительный интервал оценивался на основе критериев Спирмена, Стьюдента, Йетса при уровне значимости $p < 0,05$.

ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Нами был проведен анализ первичной онкологической заболеваемости населения Республики Германия с 1990 по 2000 год. К сожалению, система регистрации раков в Германии такова, что на момент выполнения нашего исследования имелись данные о распространенности злокачественных новообразований в Германии только за 2000 год. При сравнении стандартизованных показателей онкологической заболеваемости мужского населения, наиболее высокими за исследованный период они были в регионах Баден-Вюрттенберг (488,9 на 100000 населения), Мекленбург (480,8 на 100000 населения), Саарланд (468,4 на 100000 населения). В регионе Мюнстер усредненный интенсивный показатель онкологической заболеваемости мужского населения составлял 439,0 на 100000 населения, стандартизованный – 408,7. Наиболее высокие стандартизованные показатели онкологической заболеваемости женского населения были отмечены в регионах Баден-Вюрттенберг (357,9), Саарланд (332,1), Мекленбург (318,6). Также высокими показатели онкологической заболеваемости женского населения, интенсивные и стандартизованные, были в регионе Мюнстер, составляя 414,2 и 300,4, соответственно. Самые низкие стандартизованные показатели онкологической заболеваемости как мужского, так и женского населения были в регионе Бавария, составляя 272,5 и 195,9, соответственно.

В результате проведенного анализа установлено, что в Германии наблюдаются высокие показатели распространенности злокачественных новообразований. Усредненный стандартизованный показатель заболеваемости мужского населения за исследованный период составил 437,1 на 100000 населения, аналогичный показатель у женщин составил 324,1. В 2000 г. в Германии было выявлено 394680 случаев злокачественных новообразований без учета немеланомных новообразований кожи. Среди мужчин в 25,3% случаев злокачественное новообразование было выявлено в возрасте до 60 лет, среди женщин – в 29,1% случаев.

Из имеющихся статистических данных на 2000 г. в Германии в структуре онкологической заболеваемости мужского населения приоритетные ранговые позиции занимали следующие локализации – рак простаты (20,3%), рак толстой кишки (16,3%), рак легкого (15,9%), рак мочевого пузыря (8,9%), рак желудка (5,6%), рак

почки (4,4%), рак полости рта и глотки (3,8%), неходжкинские лимфомы (3%), рак поджелудочной железы (2,9%), лейкемии (2,8%), меланома кожи (2,7%) Структура онкологической заболеваемости мужского населения Германии соответствует структуре онкологической заболеваемости мужчин в промышленно развитых странах с высоким и средним уровнем доходов, что согласуется с наблюдаемым в этих странах увеличением индекса ожидаемой продолжительности жизни людей и процессом демографического старения Большое влияние на динамику заболеваемости раком простаты оказало широкое распространение новых методов диагностики этого заболевания и их широкое применение при профилактическом обследовании лиц без выраженной клинической симптоматики В структуре онкологической заболеваемости женского населения Германии на первом месте был рак молочной железы (24,4%), на втором – рак толстой кишки (17,6%), на третьем – рак легкого (5,4%) Результатом улучшения диагностики и лечения злокачественных новообразований в Германии стало снижение показателей смертности от онкологических заболеваний, как среди мужского, так и среди женского населения В 2000 г в Германии от злокачественных новообразований без учета немеланомных новообразований кожи умерло 209184 человек Основная часть умерших от злокачественных новообразований приходилась на лиц в возрасте старше 60 лет (среди мужчин в 81,1% случаев, среди женщин – в 83,8%) Наибольшее число умерших от злокачественных новообразований среди мужчин приходилось на рак, рак толстой кишки, простаты, а среди женщин – на рак молочной железы, колоректальный рак, рак легкого

Таким образом, злокачественные новообразования в Германии являются одной из глобальных медико-социальных проблем В связи с увеличением ожидаемой продолжительности жизни в развитых странах, с увеличением доли пожилых людей, увеличением доли хронических заболеваний, в том числе онкологических, ростом показателей онкологической заболеваемости, снижением показателей онкологической смертности, в связи с этим, ростом числа контингентов больных злокачественными новообразованиями, на современное общество возлагается весьма широкий круг проблем, связанных с необходимостью совершенствования всех компонентов противораковой борьбы (cancer control) Немаловажное значение в улучше-

нии диагностики и лечения злокачественных новообразований имеет правильная организация и взаимодействие всех служб, задействованных в оказании онкологической помощи населению Германии, в том числе и семейных врачей

На основании данных популяционного ракового регистра региона Мюнстер Германии был проведен анализ онкологической заболеваемости за период с 1998 по 2002 гг. Население региона Мюнстер в 2002 г. составляло 2625637 человек, из них мужчин – 1280622, женщин – 1345015. В среднем за исследуемые годы среди мужского населения число новых случаев злокачественных новообразований составляло 6224,4, а среди женщин – 5974,2.

В административном округе Мюнстер, как в Германии в целом, за исследованный период выявлен рост онкологической заболеваемости и снижение показателя смертности от злокачественных новообразований. Усредненный интенсивный показатель онкологической заболеваемости мужского населения Мюнстера за исследованный период составил 488,4 на 100000 населения. Наиболее высокие показатели заболеваемости отмечались при раке простаты, составляя 96,1 и при раке трахеи, бронхов, легкого, составляя 93,3. Среднегодовой темп прироста онкологической заболеваемости мужского населения округа Мюнстер за исследованный период составил 5,5% в год. Самый высокий темп прироста показателя отмечен при раке простаты (15,7%), высоким он также был при раке ободочной и прямой кишки (9,5%). Прирост показателей заболеваемости раком легкого и желудка у мужчин был менее единицы. Усредненный интенсивный показатель онкологической заболеваемости женского населения Мюнстера за исследованный период составил 446,0 на 100000 населения. Наиболее высокими показателями заболеваемости были при раке молочной железы (128,1 на 100000 населения) и при раке ободочной и прямой кишки (66,8). Среднегодовой темп прироста онкологической заболеваемости у женщин в Мюнстере ниже, чем у мужчин, составляя 2,5% в год. Отмечена убыль показателя при раке желудка, равная 0,8% в год. При остальных локализациях рака отмечен положительный темп прироста – 6,2% при раке легкого, 5,5% при раке молочной железы, 3,4% при раке ободочной и прямой кишки, 2,2% при раке тела матки, 1,7% при раке яичников. Среди мужского населения наибольший про-

цент в структуре злокачественных новообразований занимали опухоли простаты (19,7%), на втором месте – новообразования трахеи, бронхов, легкого (19,1%), на третьем месте – опухоли толстой кишки (15,1%) В структуре онкологической заболеваемости женского населения региона Мюнстер за исследованный период наибольшую долю составляли опухоли молочной железы (28,7%), на втором месте – новообразования ободочной и прямой кишки (16,3%), на третьем месте – опухоли трахеи, бронхов, легкого – 6,1% Анализ сведений, которыми располагает популяционный раковый регистр региона Мюнстер, подтвердил мнение о том, что рак по-прежнему в подавляющем большинстве случаев остается уделом пожилых людей Наибольшее число случаев злокачественных новообразований среди мужчин выявлялось в возрастных группах 70–74, 65–69, 60–64 лет, а среди женщин – в 75–79, 70–74, 85 и более лет Показатели онкологической заболеваемости как мужского, так и женского населения увеличивались прямо пропорционально возрасту Наибольшими интенсивные показатели как среди мужчин, так и среди женщин были в возрастной группе 85 лет и старше, составляя 3626,1 и 2093,1, соответственно Соотношение показателей онкологической заболеваемости мужского и женского населения за исследованный период составило 1,1

Нами также были проанализированы интенсивные и абсолютные показатели смертности мужского и женского населения от злокачественных новообразований в административном округе Мюнстер За исследованные годы в Мюнстере, как в целом в Германии, происходит снижение показателей онкологической смертности, как среди мужского, так и среди женского населения Усредненный показатель смертности от злокачественных новообразований мужского населения составил 277,8 на 100000 населения, убыль показателя происходила в среднем на 0,3% в год Убыль показателя смертности от ЗНО у мужчин выявлена при раке желудка на 0,9% в год и при раке трахеи, бронхов, легкого на 1% в год Но при раке простаты, как и при раке ободочной и прямой кишки установлен положительный темп прироста на 2,6% и 1,5% в год, соответственно Усредненный показатель онкологической смертности женского населения Мюнстера составил 252,6 на 100000 населения, убыль показателя отмечена на 1,3% в год Отрицательный

среднегодовой темп прироста у женщин был при раке желудка (-7,2%), при раке ободочной и прямой кишки (-1,6%), при раке тела матки (-0,6%) При раке легкого показатель смертности нарастал со средней скоростью 4,8% в год, при раке молочной железы - 0,8%, при раке яичника - 3,2% ежегодно

Таким образом, высокие показатели распространенности злокачественных новообразований в административном округе Мюнстер Германии позволяют говорить о глобальности проблемы злокачественных новообразований и диктуют необходимость совершенствования всех компонентов противораковой борьбы

В нашем исследовании проанализированы особенности амбулаторного этапа оказания онкологической помощи населению на примере Клиники семейной медицины (г. Мюнстер, Германия) в 1996-2005 гг. Мы имеем опыт наблюдения и лечения 679 онкологических больных в Клинике семейной медицины с 1996 по 2005 гг. Характеризуя пролеченных больных по локализациям опухолевого процесса в целом, мы получили следующие данные - на первом месте в структуре онкологических форм за весь исследованный период был рак молочной железы (23,7%), далее в порядке убывания следовали новообразования желудка (11,3%), трахеи, бронхов, легкого (10,6%), колоректальный рак (9,9%), рак тела матки (6,6%), рак мочевого пузыря (5,7%), рак простаты (5,4%), рак почки (5,3%), рак яичников (3,7%), рак печени (3,5%), рак шейки матки (3,4%) (рис.)

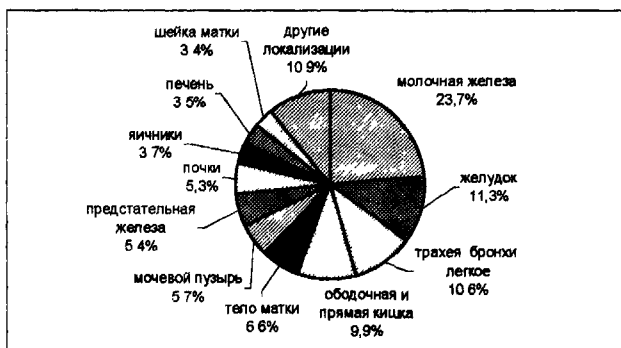


Рис. Структура злокачественных новообразований у онкологических больных, пролеченных в Клинике семейной медицины г. Мюнстер с 1996 по 2005 гг.

На амбулаторном этапе оказания онкологической помощи задачи семейного врача сводятся к мониторингу за пролеченными онкологическими больными, и контролю симптомов у больных, которым радикальное лечение не проходило.

Мониторинг за пролеченными больными включает в себя ежеквартальное клиническое наблюдение и назначение диагностических и лечебных мероприятий в установленные сроки. При необходимости пациенты получают направление в профильные лечебные учреждения и продолжают свое лечение.

В каждодневной практике семейного врача немаловажную роль имеет паллиативное лечение онкологических больных. Потребность в паллиативном лечении в Германии, в том числе и в административном округе Мюнстер достаточно высока. Согласно имеющимся на сегодняшний день статистическим данным, из 82 млн. жителей, проживавших в Германии в 1997 году, 860000 умерли, в том числе от причин, связанных со злокачественными новообразованиями, 212000, т.е. 25%. Из числа умерших в последний год своего заболевания 18% в среднем 1 раз находились на стационарном лечении. В стационаре в Северной Вестфалии средний койко-день составляет 13,4 дня. Путем несложных расчетов можно получить, что потребность в стационарном лечении этих пациентов составляет 1400 коек в год. Также можно, располагая данными, что 10% онкологических больных в последний год своего заболевания нуждались в паллиативном уходе в условиях стационара (21200 пациентов), рассчитать необходимую потребность в паллиативных койках. Исходя из данных, что средняя длительность пребывания больного в паллиативном стационаре составляет 13,4 дня, необходимо 778 паллиативных коек. При дальнейших расчетах, мы получаем, что в год необходимо 33 паллиативные койки на 1 миллион жителей в Германии.

Мы имеем опыт наблюдения и лечения 679 онкологических больных в Клинике семейной медицины с 1996 по 2005 гг. Из числа этих пациентов, 140 больных (20,6%) имели IV стадию злокачественных новообразований. Среди них женщин было 58 (41,4%), мужчин – 82 (58,6%). Из числа пролеченных пациентов, 140 больных (20,6%) имели IV стадию злокачественных новообразований. В Германии большое значение придается адекватной коррекции сим-

птомов у онкологических больных. При этом главная роль отводится адекватной коррекции болевого синдрома. В связи с этим в работе семейного врача основной упор делается на лечение боли. При оценке интенсивности болевого синдрома перед началом противоболевой терапии нами была использована визуально-аналоговая шкала (VAS) и пронумерованная аналоговая шкала (NAS). При субъективной оценке силы болевых ощущений пациенты отмечали интенсивность опущаемой ими боли до обезболивания в покое, при нагрузке и после обезболивания. Лечение болевого синдрома у онкологических больных мы проводили, руководствуясь основными принципами терапии боли. Из 84 пациентов, предъявлявших жалобы на боли, тип боли был соматическим у 29, у 36 – висцеральным, у 10 – нейропатическим и у 9 больных – смешанным. При оценке интенсивности болевого синдрома до начала терапии средняя интенсивность болевого синдрома у обследованных больных по визуально-аналоговой шкале составляла $6,4 \pm 0,2$. Такая интенсивность болевого синдрома служила основанием для разработки индивидуального плана лечения боли у пациентов с назначением средних и сильных опиоидов в сочетании с неопиоидными анальгетиками и адъювантными средствами. Мы имеем успешный опыт применения орального морфина и гидроморфона в терапии болевого синдрома у онкологических больных с различной локализацией опухолевого процесса. Средняя длительность времени, необходимого для полного обезболивания, контролируемого анальгезией с использованием визуально-аналоговой шкалы, в нашем наблюдении составляла $13,4 \pm 0,6$ дней. В дальнейшем продолжительность лечения была индивидуальной для каждого пациента.

Таким образом, по результатам нашего исследования, в амбулаторно-поликлинических условиях при оказании онкологической помощи в Германии не в полной мере используются возможности семейных врачей. Из 679 онкологических больных наблюдавшихся и лечившихся в Клинике семейной медицины с 1996 по 2005 гг., 140 больных (20,6%) имели IV стадию злокачественного новообразования. Главная роль в работе семейного врача отводится адекватному лечению болевого синдрома и коррекции симптомов, обусловленных прие-

мом опиоидных анальгетиков Проведенный нами анализ вскрывает определенный круг проблем, в частности, это недостаточное внимание, уделяемое личности пациента, его эмоциональным и психическим переживаниям в связи с онкологическим заболеванием В связи с этим нами было предпринято научное исследование по изучению нервно-психического, эмоционального статуса и обоснованию методов коррекции расстройств, возникающих у пациентов при установлении диагноза злокачественного новообразования, проведении диагностических и лечебных мероприятий на амбулаторном этапе. На наш взгляд, комплексный подход к лечению, учитывающий все аспекты состояния онкологического пациента, будет являться более успешным, позволит снизить субъективные переживания, усугубляющие тяжесть состояния больных

Группу наблюдения составили 161 женщина с диагнозом рак молочной железы, пролеченные в Клинике семейной медицины г Мюнстер с 1996 по 2005 гг По стадиям пациентки распределились следующим образом: в I стадии было выявлено 33,5% больных, во II – 27,3%, в III – 14,4%, 24,8% имели IV стадию новообразования. Средний возраст пациенток составлял $60,4 \pm 0,09$ лет Контрольная группа состояла из 100 женщин аналогичного возраста, не имеющих онкологических, хронических соматических и психических заболеваний. Статистически значимых различий в возрасте, семейном положении, образовании, взаимоотношениях в семье, в группе больных и в контрольной группе не выявлено.

На первом этапе лечения пациентки получали специальное лечение в стационарных или амбулаторных условиях в специализированных клиниках, на втором этапе подлежали мониторингу и/или лечению в условиях Клиники семейной медицины Из пациенток основной группы в послеоперационном периоде наблюдались 102 (63,4%), в отдаленном периоде после проведенного лечения – 59 (36,6%).

Для больных послеоперационного периода (102 женщины) первостепенное значение приобретали последствия операции, особенно косметические Происходило осознание тяжело переживаемого несоответствия ожидаемого и реально физического дефекта. Первостепенное значение, наряду с невротической де-

прессией у 63 пациенток (61,7%), приобретал астенический синдром. У больных наблюдалась слабость, раздражительность, эмоциональная лабильность с преобладанием пониженного аффекта. В рамках этого синдрома у 28 пациенток преобладали навязчивые расстройства, у 11 – фобические, у 24 – ипохондрические. В связи с этим можно предположить соматогенно обусловленный характер депрессии. На катамнестическом этапе (59 женщин) (от 3 до 12 месяцев после операции) только у 12 отмечалось улучшение настроения, нормальный сон и аппетит. Таким образом, клиническая структура нервно-психических нарушений у больных РМЖ различалась в зависимости от этапа наблюдения. На послеоперационном этапе преобладали – астено-депрессивный синдром (61,7%), на катамнестическом этапе – депрессивно-ипохондрический синдром (45,8%). На основании комплексного изучения пациенток с раком молочной железы выделены стенический, гиперстенический, гипостенический, астенический, смешанный типы реагирования личности. В большинстве наблюдений (32,9%) у больных РМЖ выявлен смешанный тип реагирования личности, который определяет психосоматический вариант дезадаптации. У больных со стеническим типом реагирования (28%) профиль носит пограничный характер между нормой и патологией, и при включении защитных механизмов адаптивные возможности сохраняются. Астенический тип реагирования у больных определяет депрессивный вариант дезадаптации личности (18%). Гипостенический тип реагирования определяет невротический уровень дезадаптации личности (12,4%). Гиперстенический тип реагирования личности у пациенток выражается в поведенческих реакциях асоциальной или антисоциальной направленности (8,7%).

На основании проведенного нами исследования для профилактики нервно-психических нарушений и их коррекции у больных РМЖ необходимо сотрудничество психиатров, психотерапевтов, клинических психологов.

Большинству больных в амбулаторных условиях в Германии проводится только фармакологическая и другая коррекция хронической боли, хотя нами определена реальная потребность во внедрении различных мультимодальных вмешательств, которые должны привести к улучшенному качеству обслужива-

ния и внесут свой вклад в развитие качественной системы оказания онкологической помощи. В результате проведенного нами исследования выявлены значительные структурные дефициты в амбулаторном обслуживании онкологических больных. Для улучшения ее уровня необходимо междисциплинарное сотрудничество врачей различных специальностей, которое должно быть поддержано официальной организацией медицинского самоуправления Германии.

ВЫВОДЫ

1. Злокачественные новообразования в Германии в связи с высокими показателями распространенности являются одной из глобальных медико-социальных проблем, что определяет необходимость совершенствования всех компонентов противораковой борьбы. Усредненный стандартизованный показатель заболеваемости мужского населения за исследованный период составил 437,1 на 100000 населения, аналогичный показатель у женщин – 324,1.

2. В административном округе Мюнстер, как в Германии в целом, за исследованный период выявлен рост онкологической заболеваемости и снижение показателя смертности от злокачественных новообразований. Усредненный интенсивный показатель онкологической заболеваемости мужского населения Мюнстера за исследованный период составил 488,4 на 100000 населения, женского населения – 446,0, среднегодовой темп прироста – 5,5% и 2,5%, соответственно. Усредненный показатель смертности от злокачественных новообразований мужского населения Мюнстера составил 277,8 на 100000 населения, женского населения – 252,6, убыль происходила в среднем на 0,3% и 1,3% в год, соответственно.

3. В амбулаторно-поликлинических условиях при оказании онкологической помощи в Германии не в полной мере используются возможности семейных врачей. В среднем за период с 1996 по 2005 гг. от общего количества пролеченных пациентов в Клинике семейной медицины онкологические больные составляли 1,7%. Главная роль в работе семейного врача в Германии отводится адекватному лечению болевого синдрома и коррекции симптомов, обусловленных приемом опиоидных анальгетиков. Недостаточное внимание уделяется

личности пациента, его эмоциональным и психическим переживаниям в связи с онкологическим заболеванием.

4 Клиническая структура нервно-психических нарушений у больных раком молочной железы различалась в зависимости от этапа наблюдения – на послеоперационном этапе преобладали – астено-депрессивный синдром (61,7%), на катамнестическом – депрессивно-ипохондрический (45,8%) На основании комплексного изучения пациенток с раком молочной железы выделены стенический (28%), гиперстенический (8,7%), гипостенический (12,4%), астенический (18%), смешанный (32,9%) типы реагирования личности. Смешанный тип реагирования определяет психосоматический вариант дезадаптации. У больных со стеническим типом реагирования профиль носит пограничный характер между нормой и патологией. Астенический тип реагирования у больных определяет депрессивный вариант дезадаптации личности. Гипостенический – невротический уровень дезадаптации. Гиперстенический тип реагирования выражается в поведенческих реакциях асоциальной направленности.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1 Для улучшения уровня амбулаторного обслуживания онкологических больных в Германии необходимо междисциплинарное сотрудничество врачей различных специальностей, которое должно быть поддержано официальной организацией медицинского самоуправления Германии.

2 Обоснована необходимость комплексного подхода в лечении онкологических больных на амбулаторном этапе на основании исследования нервно-психических изменений у пациенток раком молочной железы. Для профилактики нервно-психических нарушений и их коррекции у необходимо междисциплинарное сотрудничество семейных врачей, онкологов, психиатров, психотерапевтов, клинических психологов.

3 Выявление личностного профиля пациенток раком молочной железы позволяет прогнозировать возможный вариант дезадаптации личности и построить адекватную индивидуальную программу лечения и реабилитации этого

контингента. Выбор психокоррекционных мероприятий должен определяться после комплексного исследования нервно-психического состояния и обуславливаться структурой ведущего синдрома, степенью осознания тяжести своего заболевания и типом реагирования личности

4. Определена реальная потребность во внедрении различных мультимодальных вмешательств, для ликвидации структурных дефицитов в системе оказания амбулаторной помощи онкологическим больным, которые должны привести к улучшенному качеству обслуживания и внесут свой вклад в развитие качественной системы оказания онкологической помощи в Германии

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Ганцев Ш. Х. Нервно-психические расстройства и принципы их коррекции у онкологических больных / Ш. Х. Ганцев, И. Е. Гамм, И. Р. Рахматуллина // Тюменский медицинский журнал. – 2005. – № 1 – С. 15–17.

2. Ганцев Ш. Х. Подходы к коррекции нервно-психических нарушений у больных раком молочной железы в комплексной системе оказания медицинской помощи / Ш. Х. Ганцев, И. Е. Гамм, И. Р. Рахматуллина // Материалы Межрегиональной научно-практической конференции «Лечение рака и предраковых заболеваний молочной железы» – Казань, 2005 – С. 72–75

3. Рахматуллина И. Р. Характеристика показателей онкологической заболеваемости населения административного округа Мюнстер (Германия) / И. Р. Рахматуллина, И. Е. Гамм, // Материалы IX научной сессии Ассоциации онкологов Башкортостана. – Уфа, 2005 – С. 34–36.

4. Ганцев Ш. Х. Амбулаторная онкология / Ш. Х. Ганцев, И. Р. Рахматуллина, Р. Г. Ахметова, Л. Н. Кудряпова, И. Е. Гамм // Монография. – Уфа, 2005

ГАММ Ирина Евгеньевна

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПОМОЩИ
ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ
(НА ПРИМЕРЕ ГЕРМАНИИ)**

АВТОРЕФЕРАТ

**диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

Издательская лицензия № 06788 от 01.11.2001 г.
ООО «Издательство «Здравоохранение Башкортостана»
450077, РБ, г. Уфа, ул. Ленина, 3, тел/факс (3472) 22-73-50.

Подписано в печать 12.09 2005 г
Формат 60×84/16. Гарнитура Times New Roman.
Бумага офсетная Отпечатано на ризографе.
Усл печ. л. 1,4. Уч.-изд. л. 1,5.
Тираж 100. Заказ № 213

№ 16751

РНБ Русский фонд

2006-4

15137