

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2017

УДК 616-006.04-084:614.2

Пикалова Л.В.¹, Ананина О.А.², Лазарев А.Ф.⁴, Одинцова И.Н.^{2,3}, Жуйкова Л.Д.², Кудяков Л.А.¹

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОТИВОРАКОВЫХ МЕРОПРИЯТИЙ НА ТЕРРИТОРИЯХ С НИЗКОЙ ПЛОТНОСТЬЮ НАСЕЛЕНИЯ НА ПРИМЕРЕ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ

¹ОГАУЗ «Томский областной онкологический диспансер», 634050, г. Томск, Россия;

²ФГБНУ «Томский научно-исследовательский институт онкологии», 634009, г. Томск, Россия;

³ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, 634050, г. Томск, Россия;

⁴Алтайский филиал ФГБУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, 656049, г. Барнаул, Россия

Неудовлетворительные показатели состояния здоровья сельского населения в удаленных от центра территориях Томской области определили необходимость оптимизации противораковых мероприятий. За 2013–2015 гг. в онкологической службе области произошли структурные и качественные изменения: сформирована трехуровневая система оказания специализированной помощи. Для сотрудников 1-го уровня системы – фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП) – утверждены методические подходы к организации и проведению скрининга злокачественных новообразований наружных локализаций, формированию групп онкологического риска, маршрутизации и наблюдению лиц, имеющих факторы риска, предраковые и фоновые процессы; документированию проведения осмотра на онкопатологию; маршрутизации и тактике наблюдения больных онкологического профиля. Внедряют мотивационные мероприятия для повышения качества работы медицинских сотрудников. Активно практикуют выездные формы работы, учитывая сезонность, состояние транспортной доступности (использование подвижных маммографов на базе шасси КАМАЗ, региональный проект «Плавающая поликлиника», курация районов врачами-онкологами). Внедрен механизм индивидуальной маршрутной карты, включающий телемедицинские технологии для заочного изучения документов пациента (число ненужных выездов сельских жителей снизилось на 30%).

Открыты первичные онкологические отделения (ПОО), их база усилена диагностическим оборудованием, что снизило число недообследованных пациентов на 47,5%. Создана сеть первичных цитологических лабораторий, оснащенных микроскопами с цифровой обработкой и передачи изображения по сети интернет, проведено более 20 000 телемедицинских консультаций, в результате чего диагностированы 70 случаев ЗНО шейки матки за 2 года. Проведение на базе ПОО курсов лекарственной противоопухолевой терапии в 2,2 раза увеличило число пациентов, получивших лечение на месте. Организовано льготное лекарственное обеспечение, включающее препараты для терапии хронического болевого синдрома.

Благодаря работе ФАП в новом статусе увеличился охват населения профилактическими осмотрами и показатели выявляемости предраковых и хронических заболеваний наружных локализаций как у мужчин, так и у женщин.

Ключевые слова: противораковые мероприятия; Томская область; фельдшерско-акушерский пункт; сельское население.

Для цитирования: Пикалова Л.В., Ананина О.А., Лазарев А.Ф., Одинцова И.Н., Жуйкова Л.Д., Кудяков Л.А. Особенности организации противораковых мероприятий на территориях с низкой плотностью населения на примере Томской области. *Российский онкологический журнал*. 2017; 22(1): 44–50. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1028-9984-2017-22-1-44-50>

Для корреспонденции: Пикалова Лидия Валентиновна, заместитель главного врача по организационно-методической работе; 634050, г. Томск, проспект Ленина, д. 115, E-mail: l.v.pikalova@tomonco.ru

Pikalova L.V.¹, Ananina O.A.², Lazarev A.F.⁴, Odintsova I.N.^{2,3}, Zhuikova L.D.², Kudyaikov L.A.¹

FEATURES OF THE ORGANIZATION OF ANTICANCER MEASURES IN TERRITORIES WITH LOW POPULATION DENSITY ON THE EXAMPLE OF THE TOMSK REGION

¹Tomsk Regional Oncology Center, Tomsk, 634050, Russian Federation;

²Tomsk Cancer Research Institute, Tomsk, 634009, Russian Federation;

³Siberian State Medical University, Tomsk, 634050, Russian Federation;

⁴Altai Branch of the N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center, Barnaul, 656049, Russian Federation

The poor performance of rural health in remote from the center territories of the Tomsk region, determined the need for the optimization of cancer control measures. In 2013–2015 in the oncology service of the Tomsk region there were occurred structural and qualitative changes: there was formed a three-level system of the provision of specialized health care. For workers of the first level of health care system – feldsher obstetric units (FOUs) there were approved methodical approaches to the organization and implementation of screening for external location cancer; the formation of cancer risk groups for further examination; routing and observation of cases with risk factors, precancerous and background processes; documenting of the execution of the examination for cancer; routing and tactics for the observation of cancer patients. There are introduced motivational measures for the improvement of the quality of the work of medical staff. There are actively practiced mobile forms of the activity, with taking into account seasonality, the state of the transport accessibility (the use of mobile mammographs based on KAMAZ chassis, the regional project «The floating clinic», curation of districts by oncologists). There was introduced the mechanism of «individual

road map», including telemedical technologies for distance observation of patient documents (the number of unnecessary visits of rural residents decreased by 30%). There were founded primary oncological units (POU), their base is enhanced by the diagnostic equipment, which reduced the number of underexamined patients by 47.5%. There was created the network of primary cytological laboratories completed with microscopes with digital processing and transmission of images over the Internet, there were performed more than 20,000 telemedical consultations, resulting in 70 diagnosed cases of cervical cancer for 2 years. The execution of POU-based courses of drug antitumor therapy increased the number of patients received the treatment at site of residing by 2.2 times. There was organized beneficiary drug coverage, including drugs for the treatment of chronic pain. Thanks to the work of POU in the new status there were increased both the coverage of the population by cancer preventive examinations and indices of detection rates of precancerous diseases and chronic external localization diseases as in men as well in women.

Key words: anticancer measures; Tomsk region; feldsher obstetric unit; rural population

For citation: Pikalova L.V., Ananina O.A., Lazarev A.F., Odintsova I.N., Zhuikova L.D., Kudyakov L.A. Features of the organization of anticancer measures in territories with low population density on the example of the Tomsk region. *Rossiiskii onkologicheskii zhurnal. (Russian Journal of Oncology)*. 2017; 22(1): 44–50. (In Russ). DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1028-9984-2017-22-1-44-50>

For correspondence: Lidia V. Pikalova, MD, Deputy Chief Medical Officer for the Organizational and Methodical Work; Tomsk, 634050, Russian Federation. E- mail: l.v.pikalova@tomonco.ru.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Acknowledgment. The study had no sponsorship.

Received 21 October 2016

Accepted 24 November 2016

Распределение народонаселения на земном шаре неравномерно. Это обусловлено природными факторами, историческими и социально-экономическими условиями. Средний показатель плотности населения России составляет 8,57 человека/км². При этом 68,25% россиян проживают в европейской части страны (20,85% территории), где плотность населения составляет 27 человек/км². Наиболее заселены и урбанизированы юг и средняя полоса европейской России. В азиатской части (79,15% российской территории) плотность населения меньше – 3 человека/км². В Сибири и на Дальнем Востоке, площадь которых составляет почти 3/4 территории России, проживают менее 20% населения, в основном сосредоточенные вдоль трассы Транссибирской железной дороги, на которой расположены крупные города, а также на территории Кузнецкого угольного бассейна [http://www.gks.ru/free_doc]. Большая часть территорий региона, где преимущественно проживает сельское население, характеризуется сложной транспортной доступностью и значительной удаленностью от крупных административных центров [1]. Сложности оказания медицинской помощи населению обусловлены: 1) плохим состоянием и низкой развитостью транспортной инфраструктуры [1]; 2) недостаточным развитием современных средств связи (интернет, мобильные сети коммуникации); 3) сложными социально-экономическими условиями; 4) низкой доступностью ресурсов здравоохранения.

Социально-экономические преобразования в 90-х годах прошлого и начале нынешнего столетия снизили доступность медицинской помощи для сельского населения, что негативно повлияло на ее качество и уровень организации [2, 3]. В период с 2005 по 2014 г. общее число медицинских организаций сельских муниципальных образований уменьшилось на 75,5%, в большей степени за счет участковых больниц, сокращение сети которых составило 96,3%. Мощность коечного фонда в них уменьшилась на 35,7%. Число фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП) снизилось на 17,3% [3, 4].

Процесс оптимизации проходил по пути укрупнения и централизации сельского здравоохранения на уровне районных центров, что способствовало оттоку медицинских кадров. Особенно это сказалось на укомплектованности средним медицинским персоналом ФАП. Число физических лиц среднего медицинского персонала на ФАП уменьшилось на 31,3%, в том числе фельдшеров – на 20,8% [4].

Проблемы организации медицинской помощи жителям села в совокупности с особенностями их расселения

в азиатской части страны не могли не отразиться на состоянии здоровья населения. У сельчан регистрируют более высокие по сравнению с горожанами показатели онкологической смертности, что более чем в половине случаев обусловлено неудовлетворительной организацией противораковых мероприятий [1, 5]. Отмечают низкий уровень доступности и качества специализированных скрининговых осмотров по выявлению предраковых заболеваний и злокачественных новообразований визуальных локализаций, применение неотреботанных схем маршрутизации лиц с подозрением на онкологический процесс, игнорирование и занижение значимости санитарно-просветительных мероприятий для населения.

В условиях продолжающейся реструктуризации сельского здравоохранения и недостаточной кадровой обеспеченности на территориях с низкой плотностью населения отдаленных и труднодоступных территорий роль ФАП, а также специалистов первичных онкологических кабинетов и отделений районных больниц становится более значимой с точки зрения организации профилактических мероприятий, направленных на своевременное выявление лиц с онкопатологией визуальных локализаций [6].

Цель исследования – изучить региональные особенности оказания онкологической медицинской помощи на удаленных территориях, дать оценку эффективности проводимых профилактических мероприятий в ФАП в сравнении со смотровыми кабинетами районных больниц/городских поликлиник и наметить пути дальнейшего развития.

Материал и методы

В основу исследования положены данные популяционного ракового регистра Томской области (ПРР ТО) и Федеральной службы государственной статистики России и Томской области о численности и половозрастном составе населения за период с 2004 по 2014 г. [<http://www.fedstat.ru>]. Проведен анализ основных онкоэпидемиологических показателей (заболеваемость, смертность, запущенность, ежегодная летальность, темп их прироста), характеризующих состояние специализированной помощи населению как в целом по Томской области, так и на сельских территориях [5, 7]. В анализ включены показатели деятельности 260 ФАП и 71 смотрового кабинета амбулаторно-поликлинических учреждений Томской области. Для сравнения показателей использовали критерий χ^2 . Сбор данных о состоянии организации выявления предраковых состояний и ЗНО визуальных локализаций у населения сельских

территорий проведен согласно разработанным отчетным формам: «Сведения о деятельности женских смотровых кабинетов», «Сведения о деятельности мужских смотровых кабинетов», «Сведения о деятельности фельдшерско-акушерских пунктов», утвержденных нормативными актами регионального уровня. Получены сведения за 2014 и 2015 гг. о численности и половозрастном составе прикрепленного населения, состоянии транспортной доступности и удаленности ФАП от районной больницы, кадровой укомплектованности, наличии специальной подготовки по раннему выявлению ЗНО, в том числе визуальных локализаций, оснащенности, количестве случаев выявленной патологии при проведении профилактических осмотров. Статистическую обработку материала проводили с применением прикладных компьютерных программ.

Результаты

Томская область представляет собой пример территории с низкой плотностью населения (3,4 человека/1 км²), занимает 6-е место среди всех субъектов, входящих в состав Сибирского федерального округа. Для области характерно старение населения, увеличение среднепопуляционного возраста, ожидаемой продолжительности жизни [8, 9], что в условиях возрастающей канцерогенной нагрузки обуславливает рост онкологической заболеваемости [10] (табл. 1).

Большая часть территории не пригодна для проживания и труднодоступна, 80% населения области сосредоточено на 15% площади. На начало 2015 г. в области проживали 1074,5 тыс. человек, из них 71,9% – горожане, 28,1% – сельские жители. С 01.01.2004 по 01.01.2015 г. в городских поселениях наблюдали прирост, в сельской местности – устойчивую убыль населения, составившую 39,1%. При этом 89% сельского населения сосредоточено в районных центрах и лишь 11% – в селах и деревнях. Подобный характер расселения имеет большое значение для областного здравоохранения и организации противораковой борьбы, так как преобладающая часть его ресурсов сосредоточена на уровне областного и районных центров. Этим объясняется неравнодоступное проведение скринингов, профилактических осмотров и специализированной помощи для жителей города и села. У горожан и сельского населения крупных районных центров доступность медицинских ресурсов выше [10]: имеется реально осуществимая возможность выбора лечебного учреждения и врача, а при жела-

нии – и получения широкого спектра медицинских услуг на платной основе. У сельчан, особенно проживающих за пределами районного центра, в значительной степени ограничены возможности своевременного получения этих ресурсов по объективным причинам.

Во-первых, плохо развита транспортная инфраструктура и доступность. Более 37% населенных пунктов, в которых проживает более 60 тыс. человек, не обеспечены круглогодичной связью с дорожной сетью общего пользования, которая на протяжении 3–4 мес в году находится в неудовлетворительном техническом состоянии, еще 35,7% сел вообще не имеют регулярного транспортного сообщения. Кроме того, ФАП недостаточно оснащены санитарным автотранспортом, что усугубляется значительной удаленностью сел и деревень друг от друга, районных и областного центров. 93% ФАП удалены от районных центров на расстоянии 45–120 км, 7% – более чем на 100 км.

Во-вторых, неудовлетворительно обеспечены современными средствами связи. Фактически до 75% территории не имеет сотовой связи, в большинстве сел и деревень отсутствует интернет, что затрудняет осуществление оперативного контроля и оказания методической помощи сотрудникам ФАП со стороны врачей-онкологов, врачей-методистов как районной больницы, так и онкологического диспансера. Обозначенные проблемы не позволяют жителям, нуждающимся в медицинской помощи, оперативно связаться с медицинским персоналом ФАП.

В-третьих, дают о себе знать сложные социально-экономические факторы, которые характеризуются зачастую неблагоприятными условиями труда, быта, бедностью и безработицей. Среди сельских жителей весьма распространены вредные привычки, слабо выражена ориентация на здоровый образ жизни [11, 12]. Недоверие к традиционной медицине, широкое распространение и популяризация самолечения, народной медицины объясняются наличием на территории старообрядческих поселений, проживанием малых коренных народностей: селькупы, остяки, ханты, манси.

В-четвертых, недостаточное ресурсообеспечение сельского сегмента здравоохранения, по-прежнему актуален вопрос продолжающегося сокращения сети лечебных учреждений, оказывающих амбулаторную первичную медико-санитарную помощь. Это касается ФАП, участковых больниц, врачебных амбулаторий, число которых с 90-х годов сократилось в 1,2 раза за счет закрытия и перепрофилирования части из них, в том числе в общеврачебные практики. На сегодняшний день для удовлетворения потребности селян в первичной медико-санитарной помощи в области функционируют 260 ФАП (при расчетном нормативе – 457). Число населенных пунктов практически в два раза превышает число ФАП, которые порой значительно удалены от районной больницы, в среднем на один ФАП приходится два населенных пункта. С учетом трудной доступности и удаленности это не способствует проведению профилактических мероприятий на селе. Данное обстоятельство усугубляется отсутствием кадрового резерва, средний возраст сотрудников, работающих в ФАП, составляет 48 лет. Лишь в 12% ФАП работают два сотрудника, в остальных же – по одному медицинскому работнику, которые трудятся в условиях профессионального выгорания, так как «не имеют морального права» на отпуск, декрет, пенсию, больничный лист. Зачастую в связи с увольнением сотрудника закрывают ФАП, и население остается без медицинской помощи.

ФАП не в полной мере обеспечены медицинским инвентарем (например, гинекологическими креслами), санитарным транспортом и информационным сопровождением (единицы из них на сегодня компьютеризированы).

Таблица 1

Демографические показатели Томской области

Показатель	2005	2015	Прирост, %
Общая численность населения, тыс. человек			
Мужчины	486,5	504,8	+3,8
Женщины	549,6	569,7	+3,7
Доля лиц старше трудоспособного возраста, %			
Мужчины	52,2	68,1	+30,5
Женщины	126,1	162,6	+28,9
Средний популяционный возраст, лет			
Оба пола	36	38	+5,3
Ожидаемая продолжительность предстоящей жизни при рождении, лет			
Мужчины	59,2	66,3	+11,9
Женщины	71,5	77,5	+8,4

Таким образом, состояние сельского здравоохранения Томской области представляется типичным и для многих регионов России и усложняется низкой плотностью населения, особенно на севере области. Совокупность перечисленных причин и факторов обусловила неудовлетворительные показатели состояния онкологической помощи населению, проживающему на данных территориях [13]. На протяжении более чем 10 лет показатели, характеризующие состояние раннего выявления злокачественных новообразований, в районах области были хуже, чем в городах. Так, показатели запущенности ($p = 0,004$) и одногодичной летальности ($p = 0,0003$), в том числе визуальных локализаций, у сельского населения выше, чем у городского. Активная выявляемость ЗНО визуальных локализаций в ФАП составляла в разные годы не более 0,4–0,9% общего числа онкологических больных, встающих на учет. Отсутствие выявления ЗНО не отражало объективный рост онкологической заболеваемости, интенсивный показатель которой в период с 2007 по 2014 г. у сельского населения ниже, чем городского ($p = 0,047$) (табл. 2).

Ухудшающиеся показатели здоровья сельского населения послужили толчком к оптимизации подходов противораковой борьбы среди жителей труднодоступных и удаленных территорий Томской области. За последние 3 года в онкологической службе Томской области произошли структурные и качественные изменения: сформирована трехуровневая система оказания онкологической помощи, 1-м уровнем которой служат медицинские работники первого контакта, призванные решать наиболее важную задачу – выявление предраковых процессов и ЗНО у обслуживаемого населения. Среди медицинских работников первого контакта особая роль отведена ФАП в поддержании здоровья сельских жителей и особенно в проведении профилактических мер. Впервые уделено пристальное внимание организации ФАП в вопросах противораковой борьбы: проанализированы оснащенность, укомплектованность и подготовка кадров по вопросам онкологической настороженности, отслежено текущее состояние выявления предраковых процессов и онкологических заболеваний, а также готовность к совершенствованию противораковых мероприятий среди приписного населения. Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации ока-

зания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»¹, определившим функции и задачи ФАП, заложен высокий потенциал данных структурных подразделений в работе по снижению онкологической смертности среди сельского населения. Территориальная приближенность пунктов, знание медицинским персоналом особенностей работы и быта селян, сопряженное с авторитетом у прикрепленного населения, имеют большое значение для формирования положительных установок по здоровому образу жизни и профилактике ЗНО. Достаточно часто ФАП остается единственной возможностью у селян получить квалифицированную доврачебную медико-санитарную помощь.

Еще три года назад в Томской области противораковую работу на ФАП либо не проводили вообще, либо она носила весьма ограниченный характер по причине низкой осведомленности персонала ФАП в вопросах раннего выявления ЗНО. При этом специальную подготовку по онкологии имели не более 12% специалистов. Отсутствие онкологической настороженности в виде специальных знаний и навыков по вопросам проведения специализированного профилактического осмотра было серьезным сдерживающим фактором в своевременном выявлении ЗНО. Поэтому в рамках разработанного цикла ТУ «Актуальные вопросы ранней диагностики ЗНО» все 283 медицинских работника ФАП прошли специальную подготовку с использованием дистанционных и симуляционных технологий, позволившую получить допуск к проведению специализированного осмотра на онкопатологию ЗНО наружных локализаций. Впервые в рамках данного цикла освещали вопросы организации и документального обеспечения деятельности ФАП в разрезе онкологического компонента работы, так как факт проведения профилактического осмотра в обязательном порядке должен быть задокументирован и в дальнейшем доступен контролю [14]. Обучающие мероприятия позволили организовать работу всех ФАП Томской области в режиме смотрового кабинета, открыв дополнительный ресурс для раннего выявления ЗНО в регионе. Считают, что целенаправленная профилактическая работа в группах высокого риска способствует выявлению ЗНО на докли-

¹ Приказ МЗиСР РФ от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению». Доступен по: [http://baseconsultant/cons/cqi/online.cqi](http://baseconsultant.cons/cqi/online.cqi). (28.07.2016).

Таблица 2

Динамика онкоэпидемиологических показателей в Томской области

Год	Заболеваемость, на 100 тыс. населения		Смертность, на 100 тыс. населения		Запущенность (III стадия визуальной локализации ЗНО + IV стадия), %		Одногодичная летальность, %	
	сельское население	городское население	сельское население	городское население	сельское население	городское население	сельское население	городское население
2004	366,8	384,2	–	–	31	–	–	–
2005	366,5	362,1	207,0	201,5	30,7	–	–	–
2006	199,7	756,7	221,0	212,2	35,9	33,1	–	–
2007	363,7	394,9	212,0	217,8	35,5	32,2	43,0	31,6
2008	353,5	364,2	217,6	221,8	37,8	29,8	36,3	28,9
2009	357,1	377,5	209,1	222,4	31,7	27,3	40,9	28,2
2010	368,3	406,7	226,2	209,3	31,5	27,0	38,1	29,0
2011	373,1	389,1	234,0	214,0	32,1	27,3	38,8	29,8
2012	403,8	448,9	214,7	211,5	31,9	26,0	36,2	26,3
2013	381,6	388,9	227,2	197,1	33,4	25,9	31,0	26,9
2014	499,4	398,0	238,3	192,0	32,2	25,2	33,4	25,8
прирост (убыль) с 2004 по 2014 г., %	36,1	3,6	15,1	–4,7	1,2	–7,9	9,6	–5,8

нической стадии [15], поэтому помимо проведения специализированного осмотра на онкопатологию специалисты ФАП формируют группы высокого онкологического риска посредством анкетирования прикрепленного населения. Кроме того, ФАП осуществляют координационно-регулирующую функцию, обеспечивая формирование потока пациентов на скрининги, профилактические осмотры, проводимые в рамках выездов специалистов-медиков из областного и районного центров; контроль за лечением при выявлении патологии и дальнейшее динамическое наблюдение, проводят мероприятия среди населения на повышение информированности о факторах риска, предраковых состояниях, ранних симптомах раковых заболеваний, о целесообразности участия в скринингах.

Кроме того, медицинские работники ФАП проводят диспансеризацию онкологических больных, диагностику и лечение болевого синдрома, принимают участие в обеспечении лекарственными препаратами льготной категории граждан. Комплекс мероприятий в условиях сложной транспортной схемы в сельской местности определил изменение статуса ФАП, которые в настоящее время служат специализированными центрами противораковой борьбы.

В рамках методической поддержки организационно-методическим отделом Томского областного онкологического диспансера с 2015 г. на уровне районных больниц внедряют обязательные мероприятия, которые призваны упорядочить деятельность ФАП по профилю «онкология» в разрезе первичной, вторичной и третичной профилактики рака. Суть их в следующем.

Утверждены единые методические подходы по вопросам организации онкологического компонента специализированных профилактических осмотров, предусматривающих проведение 4 видов скрининга на ЗНО наружных локализаций, в том числе на рак шейки матки, молочной железы и онкостоматологический, а также формирование групп онкологического риска для целенаправленного обследования на уровне районной больницы; маршрутизации и планам наблюдения лиц, имеющих факторы риска, предраковые и фоновые патологические процессы; документирования проведения специализированного осмотра на онкопатологию; маршрутизации и тактике наблюдения больных онкологического профиля, в разрезе клинических групп с учетом рекомендаций врачей-онкологов.

Внедряют мотивационные мероприятия, стимулирующие к более качественному труду: начисление стимулирующих выплат медицинским работникам ФАП в зависимости от доли охваченного населения профилактическим осмотром на онкопатологию, так как данный параметр отнесен к критериям эффективной работы медицинского работника ФАП; формирование трехуровневой системы наставничества, в которую входит акушерка смотрового кабинета РБ, врач-онколог ПОК, врачи-онкологи (кураторы) Томского онкологического диспансера; участие специалистов ФАП в мероприятиях регионального значения: ежегодный Съезд медицинских работников онкологической службы, научно-практические конференции и семинары по наиболее актуальным вопросам онкологии.

Помимо усиления работы на уровне ФАП, учитывая удаленность и сложность транспортных схем, в большинстве сельских территорий на сегодняшний день продолжают внедрять новые и совершенствовать прежние подходы в реализации противораковых мероприятий, при организации которых ключевую роль отводят активной позиции медицинского работника ФАП.

В Томской области активно практикуют выездные формы работы, носящие для ряда территорий индивиду-

альный характер и учитывающие сезонность, состояние транспортной доступности в разные периоды времени года. Например, в зимнее время, когда состояние дорог естественным образом существенно улучшается, в целях раннего выявления патологии молочных желез при помощи двух подвижных маммографов на базе шасси КАМАЗ удается обеспечить охват маммографическим скринингом женского населения, проживающего в наиболее удаленных от районных больниц населенных пунктах. Другим видом выездной работы стал региональный проект «Плавучая поликлиника», охватывающий жителей сел и деревень с наиболее сложной транспортной доступностью. В рамках работы данного проекта сельские жители имеют возможность получить консультацию высококвалифицированного врача-онколога, пройти скрининговый осмотр, направленный на выявление ЗНО наружных локализаций, а онкологические больные – пройти контрольный диспансерный осмотр, не выезжая в областной центр.

Кроме того, в рамках курации отдаленных территорий врачи-онкологи областного онкологического диспансера проводят консультативную работу с больными, образовательную и методическую работу с медицинским персоналом РБ и ФАП в виде наставничества, совместного приема пациентов, проведения тематических семинаров.

В результате активного применения выездных форм работы за 3 года удалось в 15 раз увеличить число женщин, охваченных маммографическим скринингом. В рамках проекта «Плавучая поликлиника» с профилактической целью осмотры 3674 человека, из них 39,5% составили пациенты онкологического профиля, которые получили квалифицированную консультацию врачей-онкологов областного онкологического диспансера; и еще 60,5% составили женщины, охваченные цитологическим скринингом на рак шейки матки.

Для наиболее труднодоступных и удаленных административных районов в Томской области внедрен механизм индивидуальной маршрутной карты, предусматривающий использование телемедицинских технологий для заочного изучения документов пациента. В рамках этой программы проводят консультации специалистов областного онкологического диспансера, результатом которых становится оптимальная с точки зрения сроков маршрутизация пациента на необходимые обследования, онкологический консилум и в ряде случаев – госпитализацию в онкологический стационар. Применение индивидуальной маршрутной карты позволило в наиболее удаленных районах снизить количество нецелесообразных выездов сельских жителей в областной онкологический диспансер более чем на 30%, в связи с чем развитие данного механизма видится перспективным и требует дальнейшей практической отработки.

В целях развития противораковых мероприятий на территории Томской области реализована организационная модель сельского сегмента онкологической службы, построенная по кустовому принципу. На базе 7 многопрофильных межмуниципальных центров (ММЦ) открыты первичные онкологические отделения (ПОО), за каждым из которых закреплены близлежащие административные районы, объединенные удобной и оптимальной транспортной схемой. За счет средств областного бюджета материально-техническая база этих ПОО усилена таким диагностическим оборудованием, как маммографы, эндоскопы, ИФА-анализаторы. Это позволило снизить число недообследованных пациентов, приезжающих на консультацию в областной онкологический диспансер, на 27%. А создание сети первичных цитологических лабораторий, оснащенных микроскопами с возможностью цифровой обработки и передачи изображения по сети интернет, позволило провести

Показатели работы городских смотровых кабинетов и ФАП Томской области

Показатели		Мужчины				Женщины			
		2014	2015	темп прироста (убыли), %	<i>p</i>	2014	2015	темп прироста (убыли), %	<i>p</i>
Охват осмотрами	СК городские	10 725	13 557	26,4	0	45 695	54 257	18,7	0
	ФАП	3478	8947	157,2		5480	17 813	225,1	
Выявляемость заболеваний	СК городские	4787	3403	-28,9	0	14 677	13 020	-11,3	0
	ФАП	112	423	277,7		455	1419	211,9	
Выявляемость ЗНО	СК городские	73	38	-47,9	0,031	139	94	-32,4	0
	ФАП	23	3	-87,0		121	19	-84,3	
Выявляемость предраковых состояний	СК городские	1335	492	-63,1	0	4093	3615	-11,7	0
	ФАП	20	33	65,0		117	228	94,9	
Выявляемость хронических заболеваний	СК городские	3379	2873	-15,0	0	10445	9311	-10,9	0
	ФАП	69	387	460,9		328	1172	257,3	

Примечание. ХЗ – хронические заболевания; *p* – уровень статистической значимости.

более 20 000 телемедицинских консультаций, результатом которых стала диагностика 70 случаев ЗНО шейки матки за 2 года работы системы. Возможность проведения на базе ПОО курсов лекарственной противоопухолевой терапии более чем в 2,2 раза увеличила число пациентов, которые своевременно получили специализированное лечение, не выезжая в областной центр. К особенностям работы с удаленными территориями относится и организация льготного лекарственного обеспечения, в том числе препаратами для терапии хронического болевого синдрома, что позволило улучшить доступность специального лечения для жителей наиболее проблемных с точки зрения транспортной схемы административных районов.

С целью улучшения управляемости противораковыми мероприятиями на местах с периодичностью 1 раз в 2 нед силами организационно-методического отдела областного онкологического диспансера проводят видеоселекторные совещания с онкологическими службами сельских административных районов – с обязательным участием работников ФАП, врачей-онкологов ПОК, смотровых кабинетов, заместителей главных врачей РБ, контролирующих вопросы оказания онкологической помощи в своем районе.

Проведенный комплекс организационных мер способствовал повышению доступности профилактических мероприятий жителям наиболее удаленных территорий, а сравнительный анализ работы ФАП и смотровых кабинетов, расположенных в городах и крупных районных центрах, показал высокую эффективность внедряемых форм работы с населением, где главенствующая роль отведена именно ФАП.

Начало работы ФАП в новом статусе при изменившихся подходах в их деятельности позволило получить в 2015 г. относительно 2014 г. прирост охвата профилактическими осмотрами на онкопатологию как у мужского, так и у женского населения, при этом наблюдают уровень статистической значимости $p < 0,05$ между городскими смотровыми кабинетами (далее СК) и ФАП. Также на ФАП наблюдают прирост показателей выявляемости предраковых и хронических заболеваний наружных локализаций как у мужчин, так и у женщин, при этом различия между городскими СК и ФАП статистически значимы (табл. 3). Вместе с тем анализ показал убыль показателя выявляемости ЗНО у мужчин и женщин как на уровне городских СК, так и ФАП, что объясняется улучшением качества сверочных мероприятий

между смотровыми кабинетами, ФАП и первичными онкологическими кабинетами, цель которых – подтвердить или снять подозрение на ЗНО, выявленное на уровне среднего медицинского персонала.

Оперативность и системность проведенных мероприятий по борьбе с раковыми заболеваниями у сельских жителей наиболее удаленных сел и деревень наша работа отражение в наметившихся позитивных изменениях ряда показателей, особенно характеризующих состояние развитости противоракового компонента на ФАП и зависящих от целенаправленного и активного участия в проводимых организационных мероприятиях работающего в них медицинского персонала. Поэтому в анализе отражено снижение показателей запущенности, одногодичной летальности от ЗНО, в том числе видимых локализаций, что способствовало снижению общей смертности от ЗНО по итогам 2015 г. При этом роста онкологической заболеваемости не отмечено, что, возможно, обусловлено не в полной мере реализованным потенциалом профилактических мер, направленных на раннее выявление (табл. 4).

Заключение

Знания об онкоэпидемиологической ситуации, половозрастном составе, социально-экономическом положении населения, транспортной инфраструктуре и территориальной доступности, а также реального положения дел в состоянии системы здравоохранения в разрезе каждого муниципального образования способствуют поиску путей повышения эффективности мероприятий по ранней диагностике злокачественных новообразований на территориях с низкой плотностью населения. Их реализация находит объективное отражение в показателях, характеризующих состояние онкологической помощи.

Проведенное исследование продемонстрировало возможности индивидуальных организационных подходов в минимизировании издержек оказания медицинской помощи, обусловленных низкой плотностью населения. Это улучшит доступность онкологической помощи жителям удаленных и труднодоступных территорий Томской области.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Таблица 4

Показатели, характеризующие состояние онкологической помощи населению Томской области

	Результативность	Смотровые кабинеты городские	ФАП	Смотровые кабинеты районных центров
Запущенность ЗНО	2014	28,3	34,5	30,4
	2015	25,7	29,3	27,1
общая, %	темп прироста (убыли), %	-9,2	-15,1	-10,9
	2014	30,7	30,7	29,0
Запущенность ЗНО	2015	45,4	27,8	23,1
	темп прироста (убыли), %	47,9	-9,4	-20,3
наружных локализаций, %	2014	27,8	36,5	27,9
	2015	28,5	34,2	40,9
Одного-дичная летальность общая, %	темп прироста (убыли), %	2,5	-6,3	46,6
	2014	10,5	15,5	10,2
Одного-дичная летальность ЗНО	2015	9,9	13,6	15,7
	темп прироста (убыли), %	-5,7	-12,3	53,9
наружных локализаций, %	2014	233,5	610,5	88,8
	2015	230,3	491,6	118,7
Смертность, показатель на 100 тыс. населения	темп прироста (убыли), %	-1,4	-19,5	33,7
	2014	420,6	1154,6	184,7
Заболеемость, показатель на 100 тыс. населения	2015	481,5	1142,2	262,4
	темп прироста (убыли), %	14,5	-1,1	42,1

ЛИТЕРАТУРА

1. Писарева Л.Ф., Ананина О.А., Одинцова И.Н., Перинов Д.А., Хряпенок А.В. Заболеваемость злокачественными новообразованиями населения административных центров Сибири и Дальнего Востока (1998–2012). *Сибирский онкологический журнал*. 2014; (4): 5–10.
2. Нонукова И.В., Чернышев В.М., Стрельченко О.В. *Организация медицинской помощи в условиях труднодоступности мест проживания и низкой плотности населения (на примере Республики Алтай)*. Новосибирск: ООО «Альфа-Ресурс»; 2012.
3. Щепин О.П. Региональные аспекты развития здравоохранения. *Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории мед.* 2014; 5: 1–7.
4. Сельское здравоохранение России в 2011 году (статистические материалы) <https://www.rosminzdrav.ru/documents/6686-statisticheskaya-informatsiya> (дата доступа: 28.07.2016).
5. Лазарев А.Ф. Оценка уровня онкологической помощи по совокупности показателей позитивного и негативного ряда в Алтайском крае, Российской Федерации и Федеральных округах. В кн.: *Новые методы в онкологической практике: Материалы Российской научно-практической конференции с международным участием, г. Барнаул 25–26 июня, 2013 г.* Барнаул: АЗБУКА; 2013: 4.
6. Антонова Н.И., Гвозденко А.П., Стаценко А.Э. Состояние и основные направления развития здравоохранения в сельской местности Ростовской области. *Никоновские чтения*. 2010; (15): 280–1.
7. Петрова Г.В., Грецова О.П., Каприн А.Д., Старинский В.В. (ред.). *Характеристика и методы расчета медико-статистических показателей, применяемых в онкологии*. М.: ФГБУ МНИОИ им. П.А. Герцена Минздрава РФ; 2014.
8. Касинский С.В., Ласкеева Н.И., Рубанова О.В. (ред.). *Численность и*

половозрастной состав населения в Томской области: Статистический сборник. Томск: Томскстат; 2015.

9. <http://www.fedstat.ru>
10. Лазарев С.А. Качество и эффективность специализированной помощи онкологическим больным в Алтайском крае и РФ. В кн.: *Таргетная терапия в онкологии: материалы Российской научно-практической конференции с международным участием, 19–20 июня, Барнаул, 2014 г.* Барнаул: АЗБУКА; 2014: 4.
11. Юрова И.Ю. Сельское здравоохранение как международная проблема. *Международный научно-исследовательский журнал*. 2013; 11-3(18): 88–9.
12. Шаманова Л.В., Маслаускене Т.П. Проблемы медицинской помощи сельскому населению. *Сибирский медицинский журнал*. 2010; 6(97): 19–24.
13. Чойнзонзов Е.Л., Писарева Л.Ф., Жуйкова Л.Д., Одинцова И.Н., Ананина О.А., Пикалова Л.В., Батищева М.С. Качество диагностики и учета онкологических больных в Томской области в 2004–2014 гг. *Здравоохран. Рос. Федерации*. 2015; 59(6): 14–8.
14. Хасанов Р.Ш., Шакиров К.Т., Гилязутдинов И.А., Карпенко Л.Г. Формирование системы управления качеством онкологической помощи населению на территориальном уровне. *Практическая медицина*. 2006; (3): 3–5.
15. Синкина Т.В., Димитриади Ю.Н., Петрова В.Д. Анализ диспансерного наблюдения лиц Алтайского края, пострадавших вследствие аварии на Чернобыльской атомной электростанции (ЧАЭС). В кн.: *VII Съезд онкологов и радиологов стран СНГ, г. Астана, Республика Казахстан, 5–7 сентября 2012 г.* 21.

REFERENCES

1. Pisareva L.F., Ananina O.A., Odintsova I.N., Perinov D.A., Khryapenkov A.V. Cancer incidence in administrative centers of Siberia and the Russian far east (1998–2012). *Sibirskiy onkologicheskij zhurnal*. 2014; (4): 5–10. (in Russian)
2. Nonukova I.V., Chernyshev V.M., Strel'chenko O.V. *Organization of Medical Care in Remote Places of Residence, and Low Population Density (in the Example of the Altai Republic)*. Novosibirsk: ООО «Al'fa-Resurs»; 2012. (in Russian)
3. Shchepin O.P. Regional aspects of health development. *Probl. sots. gig., zdravookhr. i istorii med.* 2014; 5: 1–7. (in Russian)
4. Rural pealth Russia in 2011 (statistical material). Available at: <https://www.rosminzdrav.ru/documents/6686-statisticheskaya-informatsiya> (access date: 28/07/2016) (in Russian)
5. Lazarev A.F. Assessment of cancer care level for aggregate indicators of positive and negative number in the Altai Kray, the Russian Federation and the Federal District. In: *New Methods in Oncology Practice: The Materials of the Russian Scientific-practical Conference with International Participation, Barnaul on June 25–26, 2013*. Barnaul: AZBUKA, 2013: 4. (in Russian)
6. Antonova N.I., Gvozdenko A.P., Statsenko A.E. Condition and the basic development directions of health care in rural areas of the Rostov Oblast. *Nikonovskie chteniya*. 2010; (15): 280–1. (in Russian)
7. Petrova G.V., Gretsova O.P., Kaprin A.D., Starinskiy V.V. (Eds.). *Characteristics and Methods of Calculating Medical and Statistical Indicators Used in Oncology*. Moscow: FGBU MNIОI im. P.A. Gertsena Minzdrava RF, 2014. (in Russian)
8. Kasinskiy S.V., Laskeeva N.I., Rubanova O.V. (Eds.). *The number demographic and Composition of the Population in the Tomsk Region: Statistical sb.* Tomsk: Tomskstat; 2015. (in Russian)
9. Available at: <http://www.fedstat.ru> (in Russian)
10. Lazarev S.A. The quality and effectiveness of specialized care to cancer patients in the Altai Kray and the Russian Federation. In: *Targeted Therapy in Oncology: The Materials of the Russian Scientific-practical Conference with International Participation, June 19–20, 2014*. Barnaul: AZBUKA, 2014: 4. (in Russian)
11. Yurova I.Yu. Rural health as an international issue. *Mezhdunarodnyy nauchno-issledovatel'skiy zhurnal*. 2013, 11-3(18): 88–9. (in Russian)
12. Shamanova L.V., Maslauskene T.P. Health care problems of the rural population. *Sibirskiy meditsinskiy zhurnal*. 2010; 6(97): 19–24. (in Russian)
13. Choyznovon E.L., Pisareva L.F., Zhuykova L.D., Odintsova I.N., Ananina O.A., Pikalova L.V., Batisheva M.S. The quality of diagnosis and registration of cancer patients in the Tomsk Oblast in 2004–2014. *Zdravookhr. Ros. Federatsii*. 2015; 59(6): 14–8. (in Russian)
14. Khasanov R.Sh., Shakirov K.T., Gilyazutdinov I.A., Karpenko L.G. Formation of the quality management system of cancer care at the territorial level population. *Practicheskaya meditsina*. 2006; (3): 3–5. (in Russian)
15. Sinkina T.V., Dimitriadi Yu.N., Petrova V.D. Analysis of follow-up of persons of the Altai Territory affected by the accident at the Chernobyl Nuclear Power Plant (CNPP). In: *VII Congress of Oncologists and Radiologists CIS, Astana, Republic of Kazakhstan, 5–7 September 2012*: 21. (in Russian)

Поступила 21.10.16

Принята к печати 24.11.16