

ИТОГИ ПЕРВОГО ЭТАПА МОНИТОРИНГА ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В ОКТЯБРЬСКОМ РАЙОНЕ Г. ЕКАТЕРИНБУРГА

Громыко Е.Р., Шахова Н.И., Старцева Т.И.

Октябрьский центр Госсанэпиднадзора,
Центральная городская клиническая больница № 1

Работа по мониторингу за злокачественными новообразованиями проводится в районе с 1994 г. Основными документами, на основании которых осуществляется работа, являются приказ главного управления здравоохранения и областного центра санэпиднадзора № 01/1-140/116-п от 04.05.1994г. "О проведении эпидемиологических исследований злокачественных новообразований" и приказ городского управления здравоохранения и городского межрайонного центра санэпиднадзора № 374/85-п от 12.08.94 "О проведении эпидмониторинга за злокачественными новообразованиями".

Мониторингом предусмотрено проведение эпидемиологических исследований по выявлению факторов риска возникновения злокачественных новообразований с организацией клинического и онко-эпидемиологического регистра. Обосновать канцерогенный риск в условиях производства и определить значимость совместного влияния неблагоприятных факторов производственной, окружающей среды и индивидуальных особенностей возможно в процессе проведения онко-эпидемиологических исследований.

В осуществлении мониторинга за онкологической заболеваемостью участвуют онко-проктологическое отделение и женская консультация ЦГКБ №1, центр санэпиднадзора, ЗАГС. Работа всех звеньев, участвующих в мониторинге ведется согласованно, идет обмен информацией. Эти учреждения имеют все необходимые документы, назначены ответственные лица за ведением эпидмониторинга.

В процессе мониторинга ведется учет всех случаев впервые выявленных онкологических заболеваний, обнаруженных врачами онко-проктологического отделения и женской консультации ЦГКБ № 1. Ежемесячно по данным районного отделения ЗАГС отслеживаются все смертельные случаи от онкологических заболеваний. На все случаи первичной заболеваемости, кроме тех случаев, которые были выявлены по смертно, заполняются карты расследования. Если в первые годы ведения мониторинга эта работа по заполнению карт расследования велась недостаточно эффективно, учитывалось менее половины всех первичных больных (по заполнен-

ным картам), то в настоящее время полное расследование первичной заболеваемости отмечается в 80-85% случаев, что способствовало созданию достаточно качественной базы онкобольных.

Однако проведение мониторинга за злокачественными новообразованиями до сих пор встречает массу трудностей. Несмотря на то, что в районе практически решен вопрос с расследованием вновь выявленных случаев злокачественных новообразований онкологами ЦГКБ № 1, тем не менее, полного учета больных достичь пока не удастся.

Связано это, прежде всего с тем, что онкологи района по независящим от них причинам не могут обеспечить расследование довольно большого числа случаев первичных злокачественных новообразований. Такая ситуация складывается с теми больными, которые поступают в областной онкодиспансер без направления из района. И если на больных, поступающих в стационар, после проведенного обследования и лечения заполняются выписки, заменяющие экстренные извещения, то на больных с амбулаторного приема онкоцентра при первичном выявлении злокачественного новообразования по-прежнему не заполняются даже экстренные извещения и онколог району о них неизвестно, следовательно, такой случай остается не расследованным. Карты расследования онкодиспансером не заполняются вообще. Частично эти карты заполняются потом на приеме у районного онколога, при посещении его больным.

Такое же положение характерно и для больных, поступающих в ГБ № 40.

Кроме того, значительную группу составляют смертельные случаи, взятые по данным судмедморг из свидетельств о смерти в ЗАГСе. Такие случаи практически не расследуются, карты на таких больных тоже не заполняются.

Недостатком ведения мониторинга является также отсутствие программного средства, что не позволяет вести электронную базу данных. Существовавшая ранее программа "Онкология" после 2000 г. стала не работоспособной, но и она была предназначена только для формирования базы онкологических больных, в программе отсутствовал аналитический блок.

Но даже и в такой ситуации кое-какие выводы можно было уже сделать даже на имеющемся материале. Так, за время проведения мониторинга выявлены и продолжают сохраняться негативные тенденции, имеющиеся на территории района.

По результатам мониторинга установлено, что в Октябрьском районе за последние 10 лет показатель первичной онкологической заболеваемости остается стабильно высоким, превышает среднерайонные показатели и является самым высоким среди всех районов города. За 2002 г. показатель впервые выявленных онкологических заболеваний по району составил 422,3 на 100000 населения, при городском показателе – 325,8. В районе самый высокий и среднемноголетний показатель первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями, который превышает СМУ по городу и является самым высоким среди всех районов города, составляя 374,8 на 100 тыс. населения.

В последние годы в районе наметилась тенденция озлокачествления новообразований, когда при снижении общего числа новообразований произошло увеличение количества злокачественных больных, состоящих на диспансерном учете. Сохраняется рост смертности от "ЗН", растет ежегодничная смертность от "ЗН", в районе самый высокий показатель первичной инвазивности от злокачественных новообразований. На протяжении нескольких лет в районе показатели заболеваемости "ЗН" ободочной кишки, меланомы кожи, других новообразований кожи, "ЗН" шейки матки, тела матки, яичников, предстательной железы, мочевого пузыря и лейкомии выше городских.

Районная структура первичной заболеваемости несколько отличается от городской. Первые места в структуре, как и в предыдущие годы стабильно занимают "ЗН" других новообразований кожи, "ЗН" молочной железы (18,8 и 10,4% соответственно). Последующие места принадлежат "ЗН" желудка, "ЗН" органов дыхания. Октябрьский район единственный, где на первом месте стоят другие новообразования кожи, что тоже определяется высокой выявляемостью при профосмотрах.

Заболеваемость злокачественными новообразованиями среди мужчин обусловлена высокой пораженностью органов дыхания ("ЗН" трахеи, бронхов, легкого составляет 15,5%), заболеваемостью других новообразований кожи – 13,8%, среди женщин – заболеваемостью молочной железы – 18,1% и новообразованиями кожи – 17,2%.

На долю лиц трудоспособного возраста в районе приходится до 1/3 первичных больных

злокачественными новообразованиями, причем ежегодно эта доля среди мужчин выше, чем у женщин. Группу риска по заболеваемости "ЗН" составляет взрослое население преимущественно 60-79 лет.

Не внушает оптимизма и прогнозируемый уровень заболеваемости на 2003-2007 г.г., который свидетельствует о дальнейшем росте злокачественных новообразований.

Высокий уровень онкологической заболеваемости связан, прежде всего, с наличием в районе онкопроктологического отделения амбулаторного профиля на базе 1-ой поликлиники ЦГКБ №1, врачи которого качественно и заинтересованно выполняют работу по профилактике, выявлению и лечению больных. Это подтверждается и теми показателями в работе, которые характеризуют онкологическую заболеваемость района.

При высоком уровне злокачественных новообразований в районе отмечается самый высокий показатель выявления больных при профосмотрах и диспансеризации (18,2%), самая большая выявляемость больных с I-II стадиями заболевания (41,5%), в том числе с опухолями визуальных локализаций, низкий показатель "загущенности" (22,1%), стабилизация показателя пятилетней выживаемости (43,3%). В районе самый низкий показатель неучтенной смертности от злокачественных новообразований (количество больных, не состоящих на учете) – 3,7%, при городском показателе 25%, что подтверждает высокий уровень медицинской помощи врачами онко-проктологического отделения.

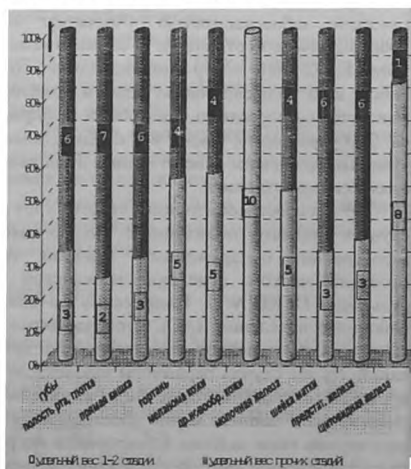


Рис. Выявление больных в I-II стадиях визуальных локализаций в 2002г.

В рамках проводимого мониторинга за онкологической заболеваемостью проводится анализ первичной онкологической заболеваемости как по району, так и по отдельным микроучасткам с выявлением приоритетных загрязнителей и их влиянием на возникновение заболеваемости.

Накопленная база позволяет провести анализ заболеваемости по микроучасткам. При ранжировании микроучастков по заболеваемости самая высокая заболеваемость по среднемуголетнему уровню регистрируется на микроучастках № 5 - парковом, № 6 - УКЗ и № 11 - "Кольцово". Эти же микроучастки определяют онкопатогенные зоны по онкологической заболеваемости. За последние 2 года произошел значительный рост заболеваемости по микроучастку "Кольцово", что может частично объясняться проведением профилактических осмотров жителей этого района врачами онкодиспансера.

При анализе отслеживается не только онкологическая заболеваемость на микроучастках, но и состояние окружающей среды, поскольку известно по проведенным исследованиям, что вклад экологической компоненты в формирование онкологической заболеваемости в Екатеринбурге составляет до 17%.

Более глубокий анализ онкологической заболеваемости проводится по выделенным онко-

патогенным зонам в объеме научно-практической работы по микроучастку УКЗ.

Результаты мониторинга, причины высокой онкологической заболеваемости в районе ежегодно заслушиваются на медсоветах в ЦГКБ № 1. Аналитические материалы по первичной онкологической заболеваемости населения района включаются в ежегодный Доклад "О санитарно-гигиенической обстановке в Октябрьском районе" и информационными письмами доводятся до сведения администрации района, ЦГКБ №1.

По материалам мониторинга на совещаниях с онкологами разбираются причины роста онкологической заболеваемости, в том числе на отдельных микроучастках (№ 11 - "Кольцово"), обобщается информация по онкопатогенным зонам.

Таким образом, проблемы профилактики и снижения уровня онкологической заболеваемости не теряют своей остроты и актуальности. Неблагополучная ситуация по онкологической заболеваемости в районе привела к необходимости разработки комплексной программы профилактики. В настоящее время идет согласование мероприятий этой программы.

КОЛЛЕКТИВНЫЕ ФОРМЫ РАБОТЫ С УЧЕТОМ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ И ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ПОДХОДА

Ерофеева О.В.

Уральская государственная медицинская академия

Практическое владение иностранными языками стало насущной потребностью современного общества. Социально-экономическая политика нашего государства и всех развитых государств в мире требует реализации языковой политики в обществе, которая нацелена на удовлетворение как общественных, так и личных потребностей. Не секрет, что хорошо оплачиваемая работа требует хорошего знания иностранного языка.

Для этого создана гибкая система выбора языка, вариантов его изучения, а также вариантов форм и средств обучения. Главная роль в этом процессе принадлежит учителю. В последнее время методисты различных европейских школ пришли к единому мнению: реализовать потребность в общении и овладении иностранным языком можно только в коллективе, обща-

ясь в парах и группах. Эта форма работы с учащимися называется парно-групповой работой. Она стала одной из идей развивающего обучения. И это не случайно, так как учебная деятельность коллективна по своей природе.

Коллективная форма работы - это такая форма, при которой коллектив обучает каждого своего члена, и каждый член коллектива принимает активное участие в обучении всех других его членов. Сущность коллективного обучения можно сформулировать так: все обучают каждого, и каждый обучает всех. При групповом обучении знания коллектива становятся достоянием каждого члена коллектива, а то, что знает один член коллектива должны знать все. Обучаться в группе - это значит все полученные знания пересказывать своим товарищам по группе. Чтобы не ограничиваться знаниями только данной группы,