

И.И. Дзидзава, А.Д. Кучеренко,
И.Ф. Савченко, О.Г. Марьева

Рак молочной железы у военнослужащих-женщин

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Резюме. Представлены результаты обследования и лечения женщин-военнослужащих Министерства обороны Российской Федерации, страдающих раком молочной железы. Установлено, что за последние 10 лет среди военнослужащих и лиц льготного контингента Министерства обороны отмечается рост заболеваемости раком молочной железы. Несмотря на прогресс, достигнутый в диагностике рака молочной железы, высоким остается процент выявленных при первичном обращении запущенных опухолей. Высокий процент запущенных форм рака молочной железы среди впервые выявленных опухолей свидетельствует не только о формальном характере проводимой по месту службы диспансеризации, но и о недостаточной онкологической настороженности врачей и низкой санитарной культуре военнослужащих. Установлено, что большую часть пациентов, получающих лечение по поводу рака молочной железы в лечебных организациях Министерства обороны Российской Федерации, составляют члены семей военнослужащих и пенсионеров Министерства обороны Российской Федерации, что свидетельствует об отсутствии взаимодействия военных лечебных организаций с онкологической службой гражданского здравоохранения. Показано, что взаимодействие с гражданским здравоохранением целесообразно осуществлять по следующим направлениям: консультативная помощь, современная диагностика, хирургическое лечение (в том числе реконструктивные операции), химио- и лучевая терапия. Важным элементом является информационное взаимодействие между военным и гражданским здравоохранением (участие военных лечебных организаций в создании национального ракового регистра, научных мероприятиях, подготовке специалистов). Представлена модель системы, направленной на совершенствование оказания онкологической помощи военнослужащим и лицам льготного контингента, страдающим раком молочной железы.

Ключевые слова: рак молочной железы, маммография, онкологическая помощь, военнослужащие Министерства обороны Российской Федерации, льготный контингент, химио- и лучевая терапия, раковый регистр, онкологическая настороженность.

Введение. Рак молочной железы (РМЖ) является наиболее распространенной злокачественной опухолью у женщин. По данным Всемирной организации здравоохранения, ежегодно в мире регистрируется 1,2 млн случаев РМЖ (20% от общего количества вновь выявленных случаев рака), погибает от него около 0,5 млн женщин [8, 9]. В России ежегодно выявляется около 50 тысяч новых случаев РМЖ, 22 тысячи женщин ежегодно погибают от этого заболевания. В структуре онкологической заболеваемости женского населения Российской Федерации (РФ) РМЖ занимает первое место – 20,4% [5]. За последнее десятилетие в нашей стране достигнут определенный прогресс как в диагностике заболевания, так и в лечении таких больных. Однако до сих пор положение в этой области не может считаться удовлетворительным.

РМЖ является актуальной проблемой и для женщин-военнослужащих Вооруженных сил (ВС) РФ: в настоящее время в Российской армии служат более 40 тыс. женщин. Однако данные о распространенности этого заболевания и летальности от него у женщин-военнослужащих в литературе освещены недостаточно.

Общепризнанно, что одной из причин неудовлетворительных клинических исходов РМЖ в РФ является поздняя диагностика заболевания в значительной части случаев. По данным опроса 1100 женщин в возрасте от 16 до 75 лет в 13 крупнейших городах России Институтом маркетинговых исследований «GFK-Rus»,

проведенного в 2011 г., только 30% женщин ежегодно проходят обследование молочных желез, в то время как 40% обследуются гораздо реже, а 30% вообще ни разу не посещали маммолога. В настоящее время в нашей стране отсутствуют единые стандарты диагностики и лечения больных РМЖ, а вопросы организации профилактики требуют совершенствования и интеграции в единую систему с лечебно-диагностическими и медико-реабилитационными мероприятиями [3].

В полной мере это относится и к женщинам-военнослужащим ВС РФ: данные о заболеваемости и смертности от РМЖ носят фрагментарный характер, что не позволяет достоверно выявить причинно-следственные механизмы возникновения и развития этого заболевания, а, следовательно, выработать основные направления совершенствования системы профилактики и оказания помощи военнослужащим, страдающим РМЖ.

Заболеваемость РМЖ среди военнослужащих является не только российской, но и общемировой проблемой. По данным Walter Reed Army Medical Center, USA [2], риск военнослужащих заболеть раком молочной железы на 20–40% выше, чем у гражданских лиц тех же возрастных групп. Среди причин высокого риска развития РМЖ у женщин-военнослужащих исследователи считают особенности военного труда, в том числе воздействие электромагнитного излучения, токсичных веществ [12]. J. Hanssen и C.F. Lassen [10] из Датского общества рака провели обследование более

18,5 тыс. женщин, служивших в армии в 1964–1999 гг. С 1990 по 2003 г. у 218 испытуемых диагностировали РМЖ. Контрольная группа состояла из 900 женщин. Из анализа полученных данных исследователи сделали выводы, что уровень риска возрастал вдвое, если женщина работала несколько раз в неделю в ночь на протяжении минимум шести лет. Если же женщине приходилось работать в подобном режиме, но по природе она была «жаворонком», риск развития рака возрастал в четыре раза.

Другим фактором риска развития РМЖ у военнослужащих являются стрессы, с которыми сопряжено ведение боевых действий. По данным Walter Reed Army Medical Center, USA [7, 11], с 2000 по 2011 гг. 874 военнослужащие-женщины были эвакуированы из зоны боевых действий в связи с наличием подтвержденного или предполагаемого диагноза рака молочной железы, что превышает количество ранений (около 800 женщин) в ходе боевых действий за тот же период.

В 2009 г. в США проведено сравнение частоты 6 наиболее часто встречающихся видов рака (легких, ободочной кишки, простаты, яичек, шейки матки и молочной железы) среди военнослужащих и в популяции в целом. Кроме того, были проанализированы данные Национального института рака и Центрального автоматизированного реестра опухолей департамента обороны (ACTUR) за 1990–2004 гг. для лиц 20–59 лет. Показатели частоты РМЖ у военнослужащих были на 20–40% выше по сравнению с гражданским населением. Эти различия авторы связывают как с особенностями репродуктивной истории женщин-военнослужащих (более старший возраст при рождении первого ребенка, более частое применение оральных контрацептивов в молодом возрасте – 34% военнослужащих по сравнению с 29% гражданского женского населения), так и с особенностями труда военнослужащих. Другая причина – большая доступность для военнослужащих бесплатной медицинской помощи и возможность пройти скрининг РМЖ [13]. Данных по аналогичным исследованиям в ВС РФ обнаружить не удалось.

В России анализ онкологической заболеваемости в ведомственном здравоохранении проведен сотрудниками Института Федеральной службы безопасности России в Нижнем Новгороде и госпиталя Управления внутренних дел по Нижегородской области И.В. Подушкиной с соавт. [2]. Для оценки состояния онкологической помощи авторы использовали индекс накопления контингентов – отношение количества онкологических больных, состоящих на учете в конце отчетного года, к количеству больных с впервые выявленным диагнозом. Значение этого показателя для сотрудников силовых ведомств выше, чем в целом по России, и составляет в среднем 5,8–5,9. Это может свидетельствовать как о тяжести выявленных онкологических заболеваний, так и о лучшей выявляемости больных. Тем не менее, опережающего роста этого показателя по отношению к первичной заболеваемости,

свидетельствующего об улучшении онкологической помощи, не наблюдается.

Для военнослужащих ВС РФ индекс накопления контингентов составил 3,8–3,9. Это может свидетельствовать как о большей запущенности заболеваний, так и о том, что для динамического наблюдения военнослужащие со злокачественными новообразованиями (ЗНО) поступают в лечебно-профилактические организации (ЛПО) других ведомств, прежде всего – гражданского здравоохранения. Обращает на себя внимание более высокий показатель запущенности при всех видах злокачественных опухолей визуальной локализации (молочная железа, шейка матки, прямая кишка) – 39,2%, что несколько выше, чем в целом по России (35,6%). В структуре показателей смертности от ЗНО рак молочной железы занимает третье место (14,5%), уступая ЗНО системы пищеварения (31%) и мочеполовой системы (20,3%), что соответствует общероссийской статистике [2]. Полученные данные могут свидетельствовать о недостаточном уровне диагностики и профессиональных знаний специалистов в ведомственных лечебных организациях.

Ежегодный прирост больных с ЗНО в ЛПО МО РФ составляет около 3%, при этом отмечается тенденция к росту показателя онкологической заболеваемости как населения РФ в целом, так и военнослужащих в частности. Более половины всех злокачественных опухолей выявляется на поздних (III–IV) стадиях. Военнослужащих со злокачественными новообразованиями рекомендовано направлять для лечения в Главный военный клинический госпиталь (ГВКГ) им. Бурденко и его филиалы, а также в клиники Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова (ВМА) (преимущественно пациентов из Западного военного округа). Хирургическое лечение военнослужащих, страдающих ЗНО также возможно в онкологических отделениях окружных военных клинических госпиталей и 2-м Центральном военном клиническом госпитале (ЦВКГ) им. П.В. Мандрыка. Лечение онкологических больных, имеющих в соответствии с законодательством РФ право на бесплатную медицинскую помощь в ЛПО Минобороны (пенсионеры МО РФ и члены их семей, члены семей военнослужащих), рекомендовано осуществлять в онкологических диспансерах государственной и муниципальной систем здравоохранения по месту жительства [1]. Информационное взаимодействие между организациями военного и гражданского здравоохранения не налажено, из-за чего динамическое наблюдение за лицами льготного контингента, получавшими лечение в гражданских ЛПО, крайне затруднено.

До сих пор не существует нормативных документов, регламентирующих процедуру раннего выявления РМЖ у женщин-военнослужащих МО РФ. Согласно «Руководству по диспансеризации военнослужащих в Вооруженных силах Российской Федерации» от 18 июня 2011 г., статья «Особенности диспансеризации военнослужащих женского пола и оказания им акушерско-гинекологической помощи», п. 52, в объеме

обязательного обследования женщин при приеме на военную службу входят: общий осмотр, осмотр молочных желез гинекологом. Для женщин в возрасте старше 40 лет дополнительно назначают ультразвуковое исследование молочных желез и органов малого таза с определением толщины и структуры эндометрия. Во всех случаях осмотр молочных желез осуществляется гинекологом. Маммографический скрининг не проводится, несмотря на то, что рентгеновская маммография позволяет выявить 80–85% всех изменений. В странах с многолетним опытом применения рентгеномаммографического скрининга РМЖ 20–40% всех вновь выявляемых опухолей молочной железы составляют непальпируемые опухоли, в том числе рак *in situ* [3]. По данным отчетов о патологоанатомической работе МО РФ, за период с 2003 по 2013 гг. от РМЖ скончались 42 пациентки в возрасте от 39 лет до 51 года, средний возраст больных, скончавшихся от РМЖ, составил 41 год.

Процесс совершенствования медицинского обеспечения в мирное время и, в частности, организации специализированной онкологической помощи военнослужащим, страдающим РМЖ, неразрывно связан с понятием планирования. Совершенствование специализированной помощи военнослужащим, страдающим онкологическими заболеваниями является непрерывным процессом, а его технология неразрывно связана с методологией подготовки и принятия организационных решений должностными лицами медицинской службы.

Цель исследования. Изучить заболеваемость РМЖ военнослужащих МО РФ и прикрепленного контингента и разработать предложения, направленные на совершенствование организации специализированной онкологической помощи в военном здравоохранении.

Материалы и методы. Обследованы 139 женщин-военнослужащих в возрасте 30–49 лет, лечившихся с 2003 по 2013 г. по поводу РМЖ в ЦВКГ им. Н.Н. Бурденко и 65 пациенток (21 военнослужащая и 44 – лица льготного контингента) в возрасте 30–50 лет в клинике госпитальной хирургии ВМА.

Для совершенствования системы оказания помощи больным РМЖ в лечебно-профилактических организациях МО РФ использовался системно-морфологический метод, который включает три этапа [6].

На первом этапе конструировалась многомерная морфологическая матрица, включающая основные функции системы специализированной помощи больным (ССПБ) РМЖ и все возможные варианты их реализации.

Вторым этапом явился отбор в результате анализа многомерной матрицы конечного множества новых рациональных вариантов решения. Этот процесс строится на анализе каждой возможной реализации основных функций СПБ и реальности их одновременного сочетания.

Третий этап включал выбор наиболее рационального варианта решения – использовался один из известных методов решения задач многокритериального выбора – метод анализа иерархий (МАИ).

В состав многомерной морфологической матрицы были включены 19 основных функций СПБ, касающихся организации лечебно-диагностического процесса, оснащения военных лечебных организаций МО РФ, стандартизации специализированной онкологической помощи, профессиональной подготовки врачей и среднего медицинского персонала, вопросов взаимодействия с гражданским здравоохранением.

В конечное множество вариантов построения СПБ, сформированных по принципам жизнеспособности и реальности их реализации, отобраны 3, получивших условные названия: «Идеальная», «Настоящая» и «Комбинированная».

Результаты и их обсуждение. Установлено, что опухоли III и IV стадии у больных, лечившихся в ЦВКГ им. Н.Н.Бурденко, выявлены соответственно у 5 и 19 пациенток. В 2003 г. все пациентки выявили у себя новообразование самостоятельно. В 2013 г. у 4 пациенток опухоль была выявлена во время медицинского обследования, остальные 27 пациенток обнаружили опухоль самостоятельно. В 2003 г. 6 пациенткам выполнена мастэктомия. 3 пациентки в отчетный период не были прооперированы из-за проведения химиотерапии. В 2013 г. 8 пациенткам выполнена радикальная резекция молочной железы, 17 – мастэктомия. 5 пациенток в отчетный период не были прооперированы.

У больных, лечившихся в ВМА с 2003 по 2013 г. опухоли III и IV стадии выявлены соответственно у 8 и 11 пациенток. Все пациентки выявили у себя новообразование самостоятельно. Оперативное лечение проводилось 58 пациенткам, из них радикальная резекция молочной железы выполнена 9 пациенткам, мастэктомия – 44. 4 пациентки не были прооперированы из-за тяжести состояния. 1 больная со II стадией заболевания категорически отказалась от операции.

Среди пациентов преобладали лица льготного контингента, а именно члены семей военнослужащих и пенсионеров МО РФ. В отличие от военнослужащих, у пациенток этой группы чаще выявляются опухоли I и II стадий. Процент органосохраняющих операций оказался приблизительно одинаковым среди обследованных, однако более частое выявление опухоли на начальных стадиях у членов семей позволяло значительно сократить сроки пребывания пациенток в стационаре из-за отсутствия необходимости проведения химио- и лучевой терапии.

Совершенствование организации специализированной онкологической помощи в военном здравоохранении предполагает три ранее указанных её варианта «Идеальная», «Настоящая» и «Комбинированная».

В основу представления об «Идеальной» СПБ был положен принцип оказания исчерпывающей специализированной онкологической помощи женщинам,

страдающим раком молочной железы в хирургическом отделении госпиталя. «Идеальность» этой ССПБ состоит, во-первых, в том, что больные получают весь объем предусмотренной специализированной помощи, реабилитационных мероприятий до наступления устойчивого благоприятного исхода в том госпитале и отделении, куда поступили, без дальнейших переводов. Во-вторых, понятно, что укомплектование такой «Идеальной» ССПБ набором специалистов и оснащение необходимым медицинским имуществом и аппаратурой на сегодняшний день невыгодно по признаку затратности.

Иерархическая структура «Идеальной» ССПБ состоит из двух уровней.

Первому уровню будут соответствовать все хирургические отделения военных лечебно-профилактических организаций окружного и частично центрального подчинения. На первом уровне стандарт специализированной помощи ССПБ характеризуется исчерпывающим характером, то есть таким лечением, которое одновременно получает больной от момента поступления в онкологическое отделение госпиталя до выздоровления (устойчивого благоприятного исхода).

Второму уровню соответствуют кафедра и клиника госпитальной хирургии ВМА, онкологические центры в ГВКГ им. Н.Н. Бурденко и 3-й ЦВКГ им. А.А. Вишневского. На втором уровне стандарт специализированной помощи характеризуется не только исчерпывающим характером, но и предполагает реабилитационное лечение после предыдущего этапа, в том числе реконструктивные операции, а также осуществление учета (ведение специального регистра). На базе организаций второго уровня осуществляется подготовка (переподготовка) и усовершенствование врачебного состава, разработка предложений по внедрению новых медицинских технологий, совершенствованию порядка сортировки и медицинской эвакуации, снабжения медицинским имуществом.

Восстановительное лечение (медицинская реабилитация) осуществляется в той же ЛПО, куда поступает больной, под контролем оперировавших врачей.

Стандарт оказания онкологической помощи в специализированных отделениях ЛПО первого уровня потребует соответствующего оснащения. Оно включает в себя оборудованный рентгенохирургический кабинет (маммограф, установка «маммотом» для выполнения core-биопсии, операционную с полным комплектом инструментов и имплантатов для всех видов хирургического лечения (в том числе реконструктивного) после операций на молочной железе, а также полного комплекта оборудования и медикаментов для реабилитации. Система медицинского снабжения строится на принципах как централизованных, так и децентрализованных заказов и закупок.

Иерархия отношений подчиненности для «Идеальной» ССПБ проста: начальник каждого хирургического (онкологического) отделения по специальным вопросам подчиняется главному онкологу МО РФ, который

осуществляет методическое руководство, включая вопросы подготовки (переподготовки) и усовершенствования врачебного состава, разработку предложений по внедрению новых медицинских технологий, снабжение медицинским имуществом.

К достоинствам «Идеальной» ССПБ следует отнести простоту – все больные получают исчерпывающую помощь в ближайшем хирургическом (онкологическом) отделении, где лечатся до исхода, а контингент для второго уровня формируется за счет лиц, у которых развились осложнения или были допущены дефекты лечения.

Взаимодействие с организациями гражданского здравоохранения по вопросам госпитализации и лечения больных не предусматривается, допускается лишь консультационная помощь.

Недостатками «Идеальной» ССПБ являются высокая стоимость оснащения всех хирургических (онкологических) отделений, а также организационные проблемы, связанные с лицензированием госпиталей, укомплектованием высококвалифицированными врачебными кадрами, обеспечением высокой эффективности использования медицинского оборудования и др.

«Настоящая» ССПБ структурно состоит из трех уровней. Первый уровень – хирургические отделения гарнизонных 150–300 коечных филиалов окружных госпиталей. В них предусмотрено только выполнение минимума лечебно-диагностических мероприятий (осмотр, ультразвуковое исследование – УЗИ) с последующим переводом в лечебные организации следующих уровней всех нуждающихся больных.

Ко второму уровню относятся хирургические отделения окружных госпиталей. В них производится лучевая диагностика заболеваний молочной железы (маммография, УЗИ), а также цитологическая и гистологическая верификация диагноза. Задача первого и второго уровня – своевременно выявить РМЖ и направить пациентку на специализированное лечение в стационары третьего уровня.

Третий (высший) уровень представлен ГВКГ им. Н.Н. Бурденко, ЦВКГ им. А.А. Вишневского, ВМА. В них осуществляются все виды лечения больных РМЖ, а также лечение и реабилитация больных, у которых были допущены ошибки или развились осложнения на предыдущих уровнях ССПБ. Кроме того, ВМА осуществляет еще научно-методическую, педагогическую функции, в том числе – разработку и апробацию новых медицинских технологий, определение порядка их внедрения.

Иерархия управления в «Настоящей» ССПБ фактически предполагает подчинение по специальным вопросам начальников хирургических отделений первого уровня непосредственно начальникам хирургических отделений окружных госпиталей, а те, в свою очередь, подчиняются напрямую главному онкологу МО РФ.

Медицинская реабилитация основной части больных проводится в хирургическом отделении окруж-

ного госпиталя или на базе одного из его отделений, специализированного как реабилитационное. Больные, поступившие в организации третьего уровня, проходят восстановительное лечение (медицинскую реабилитацию) на месте.

Принципом снабжения профильным медицинским оборудованием и имуществом в «Настоящей» ССПБ является соответствие хирургического отделения его уровню в ССПБ. Так, оснащение онкологических центров (третьего уровня) предполагает наличие оборудования и расходных материалов для проведения всех видов диагностики и хирургического лечения РМЖ, включая реконструктивное, а также оборудования, расходных материалов и медикаментов для проведения химио- и лучевой терапии.

Оснащение хирургических отделений второго уровня включает ультразвуковую диагностическую систему, рентгеновский аппарат и маммограф, а также патологоанатомическую (цитологическую, гистологическую, иммуногистохимическую) лабораторию с необходимым набором реактивов для морфологической верификации диагноза.

Отделения первого уровня не требуют специального оснащения.

Снабжение всеми видами медицинского имущества и техникой осуществляется централизованно по принятым нормам.

Взаимодействие с гражданскими организациями по вопросам лечения военнослужащих практикуется относительно редко и возможно только на уровне государственного сектора (муниципального и федерального) на договорной основе.

К положительным качествам «Настоящей» ССПБ следует отнести необходимость дорогостоящего оснащения (аппаратура для проведения лучевой диагностики и лучевой терапии, комплекты инструментов и расходного имущества для проведения хирургического лечения, медикаменты для проведения химиотерапии и оборудование для восстановительного лечения) только в онкологических центрах третьего уровня ССПБ.

Недостатками «Настоящей» ССПБ являются ограниченные возможности по диагностике РМЖ в хирургических отделениях первого уровня. Это приводит к удлинению сроков лечения в связи с необходимостью перевода больных в ЛПО второго и третьего уровней.

Наибольшей адаптируемостью и одновременно сложностью в управлении обладает «Комбинированная» ССПБ. Высший уровень последней – это кафедра и клиника госпитальной хирургии ВМА, а также ГВКГ им. Н.Н. Бурденко и 3-й ЦВКГ им. А.А. Вишневого, где получают исчерпывающую помощь и медицинскую реабилитацию как больные с впервые выявленным РМЖ, так и поступившие для продолжения лечения из окружных госпиталей.

В хирургических отделениях ЛПО военных округов, кроме окружных госпиталей и их 600 коечных

филиалов, объем оказания помощи, восстановительного лечения (медицинской реабилитации) устанавливается главным онкологом ВС РФ в соответствии со стандартами, принятыми в гражданском здравоохранении и условиями работы конкретной лечебно-профилактической организации. К этим местным условиям следует отнести: количественные и качественные характеристики обслуживаемых контингентов, укомплектованность хирургических отделений и оснащение их медицинским оборудованием, комплектами инструментов и имплантатов, оборудованием для восстановительного лечения, наличие местных гражданских онкологических центров, оказывающих высокотехнологичную специализированную помощь, предприятия медицинской промышленности, расположенные в том же регионе и выпускающие медицинские приборы, аппараты, имплантаты и пр.

Укомплектование специалистами, оснащение, организация работы хирургических отделений окружных госпиталей и их 600 коечных филиалов в «Комбинированной» ССПБ не отличается от «Настоящей» ССПБ.

Начальники всех хирургических отделений окружных госпиталей, их филиалов по специальным вопросам подчиняются главному онкологу МО РФ.

Для вычислительной процедуры по выбору наиболее рационального варианта построения ССПБ использована программа, реализующая метод МАИ, разработанная в Санкт-Петербургском государственном университете Ю.А. Сушковым и А.С. Абакаровым [5]. Для осуществления выбора предложены следующие критерии, по которым оценивали каждый вариант планирования: доступность и своевременность помощи, адаптируемость к условиям, сложность организации, ресурсная и кадровая затратность, управляемость системы оказания помощи. Для рассматриваемого случая структура оцениваемой иерархии ССПБ представлена тремя уровнями: цель – критерии – альтернативы (варианты построения). По специальной «шкале важности» вначале ранжируются предложенные критерии, а затем по каждому критерию варианты построения ССПБ.

В результате работы программы при использованной системе предпочтений наиболее рациональным вариантом является «Комбинированная», получившая наибольшее значение весового показателя (табл.).

Таким образом, наиболее целесообразно строить систему оказания онкологической помощи военнослужащим, страдающим РМЖ по «Комбинированному» варианту, который является предпочтительным как в условиях достаточного, так и ограниченного финансирования.

Таблица
Результаты оценки рациональности построения ССПБ

Вариант	Весовой показатель
Идеальная	0,2943
Настоящая	0,2506
Комбинированная	0,4551

Выводы

1. С 2003 по 2013 г. количество военнослужащих МО РФ, находившихся на лечении в ЦВКГ им. Н.Н. Бурденко и ВМА по поводу РМЖ, возросло. Рост количества пациенток, страдающих РМЖ связан с общим ростом заболеваемости по РФ. Для более детального изучения эпидемиологии РМЖ система учета онкологических больных требует совершенствования и создания ракового регистра МО РФ.

2. Высокий процент запущенных форм РМЖ среди впервые выявленных опухолей свидетельствует не только о формальном характере проводимой по месту службы диспансеризации, но и о недостаточной онкологической настороженности врачей и низкой санитарной культуре военнослужащих.

3. Большую часть пациентов, получающих лечение по поводу РМЖ в лечебных организациях МО РФ, составляют члены семей военнослужащих и пенсионеров МО РФ, что свидетельствует об отсутствии взаимодействия военных лечебных организаций с онкологической службой гражданского здравоохранения.

4. Взаимодействие с гражданским здравоохранением целесообразно осуществлять по следующим направлениям: консультативная помощь, современная диагностика, хирургическое лечение (в том числе реконструктивные операции), химио- и лучевая терапия. Важным элементом является информационное взаимодействие между военным и гражданским здравоохранением (участие военных лечебных организаций в создании национального ракового регистра, научных мероприятиях, подготовке специалистов).

5. Совершенствование системы оказания помощи военнослужащим, страдающим РМЖ целесообразно осуществлять по пути улучшения ранней диагностики заболевания, что подразумевает оснащение лечебных организаций МО РФ необходимым оборудованием (маммографы, ультразвуковые диагностические системы, оборудование и реактивы для морфологической диагностики), подготовку специалистов.

Литература

1. Директива ГВМУ от 10.01.2006 г. «О совершенствовании специализированной медицинской помощи онкологическим и гематологическим больным в лечебных учреждениях МО РФ». – М.: ГВМУ, 2006. – 12 с.
2. Подушкина, И.В. Онкологическая заболеваемость как приоритетная медико-социальная проблема ведомственного здравоохранения / И.В. Подушкина [и др.] // Мед. альманах. – 2010. – № 3 (12). – С. 28–32.
3. Рассказова, Н.А. Скрининг для ранней диагностики рака молочной железы / Н.А. Рассказова, Н.И. Рожкова // Исследования и практика в медицине. – 2014. – Т. 1, № 1. – С. 45–51.
4. Сушков, Ю.А. Программная система для выделения наилучшей альтернативы (любой природы) из множества имеющихся (MY PRIORITY) / Ю.А. Сушков, А.Ш. Абакаров // Авторское свидетельство об официальной регистрации программы для ЭВМ № 2005612330 от 8 сент. 2005 г.
5. Чиссов, В.И. Злокачественные новообразования в России в 2010 году (заболеваемость и смертность) / В.И. Чиссов, В.В. Старинский, Г.В. Петрова. – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена Минздравсоцразвития России, 2012. – 260 с.
6. Шелепов, А.М. Совершенствование специализированной травматологической помощи раненым и пострадавшим с переломами длинных костей конечностей / А.М. Шелепов [и др.] // Воен.-мед. журн. – 2012. – Т. 333, № 2. – С. 4–10.
7. Armed Forces, 2000–2011 / Medical surveillance monthly report. – Vol. 19, № 6. – 2012. – P. 24–28.
8. DeSantis, C. Breast cancer statistics / C. DeSantis [et al.] // CA Cancer J. Clin. – 2011. – Vol. 61. – P. 409–418.
9. Ferlay, J. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008 / J. Ferlay [et al.] // Globocan 2008. Int. J. Cancer. – 2010. – Vol. 127. – 2893–2917.
10. Hansen, J. Nested case-control study of night shift work and breast cancer risk among women in the Danish military / J. Hansen, C.F. Lassen // Occupational and Environmental Medicine. – 2012. – Vol. 69 (8). – P. 551–556.
11. Incident Diagnoses of Cancers and Cancer – related Deaths / Armed Forces Health Surveillance Center. – 2012. – Vol. 19 (6). – P. 18–22.
12. Rennix, C.P. Risk of breast cancer among enlisted Army women occupationally exposed to volatile organic compounds / C.P. Rennix [et al.] // American Journal of Industrial Medicine. – 2005. – Vol. 48, Issue 3. – P. 157–167.
13. Zhu, K. Cancer incidence in the U.S. military population: Comparison with rates from the SEER Program / K. Zhu [et al.] // Cancer Epidemiology Biomarkers and Prevention. – 2009. – Vol. 18 (6). – P. 1740–1745.

I.I. Dzidzava, A.D. Kucherenko, I.F. Savchenko, O.G. Marjeva

Breast cancer in servicewomen

Abstract. The results of examination and treatment of female soldiers of the Ministry of defense of the Russian Federation suffering from breast cancer are presented. It was found that over the past 10 years in the military and those privileged contingent of the Ministry of defense has been an increase in breast cancer incidence. Despite the progress made in the diagnosis of breast cancer detection rate remains high in the primary treatment of tumors running. A high percentage of advanced forms of breast cancer in newly diagnosed tumors testifies not only to the formal nature of the ongoing clinical examination at the place of service, but also a lack of medical oncology alertness and low sanitary culture of the military. It was found that the majority of patients receiving treatment for breast cancer in the medical institutions of the Ministry of defense of the Russian Federation, are members of military families and retirees of the Ministry of defense of the Russian Federation, which indicates the absence of interaction between the military medical organizations in the civil service of oncology care. It is shown that the interaction with civil health expediently carried out in the following areas: advice, modern diagnostics, surgery (including reconstructive surgery), chemotherapy and radiation therapy. An important element is the information interaction between military and civilian health care (involvement of the military medical organizations in the establishment of a national cancer registry, scientific events, training). The model system aimed at improving the provision of cancer care to military personnel and persons privileged contingent suffering from breast cancer.

Key words: breast cancer, mammography, cancer care, servicemen of the Ministry of defence of the Russian Federation, preferential contingent, chemotherapy and radiotherapy, cancer registry, oncological alertness.

Контактный телефон: 8-981-823-14-33; e-mail: marjeva@rambler.ru