



Особенности проведения маммографического скрининга в Республике Казахстан

Актуальные вопросы организации и развития маммологической службы в этом дружественном нам государстве в своем интервью осветила академик Академии профилактической медицины, заслуженный деятель Республики Казахстан, заведующая кафедрой радиологии № 1 АО «Медицинский университет Астана», главный рентгенорадиолог Министерства здравоохранения Республики Казахстан, президент Ассоциации маммологов Казахстана, д.м.н., профессор Раушан Ибжановна Рахимжанова.



– Какова статистика заболеваемости раком молочной железы (РМЖ) в Республике Казахстан? Расскажите, пожалуйста, об актуальности данной проблемы.

– РМЖ относится к числу самых распространенных онкологических заболеваний у женщин и является одной из главных причин женской смертности во всем мире (более 500 тысяч ежегодно). Диагноз зачастую ставится на поздних стадиях развития патологии. Положение плачевное и у нас. С прошлого года в Казахстане РМЖ занимает первое место среди онкологических заболеваний.

Пик заболеваемости приходится на 40–45 лет, то есть сейчас наблюдается резкое омоложение РМЖ. Ведь в Казахстане инволюционные изменения у женщин начинаются уже с 35 лет. Наша задача – организовывать скрининг не с 51–53, а как в России – с 40 лет. Ранее, когда государством выделялись большие средства, мы проводили плановое скрининговое обследование женщин с 35 лет. Нельзя ориентироваться на Запад, где в основном РМЖ страдают пациентки старше 55 лет. Нам необходимо учитывать менталитет коренного населения Казахстана, инсоляцию, особенности питания и другие факторы риска. Изменить нынешнюю ситуацию возможно только с помощью ранней диагностики и совершенствования маммологической службы в республике.

– Проводится ли в Казахстане модернизация системы здравоохранения, аналогичная российской?

– В 2006 году было закуплено 94 аналоговых финских маммографа. Для Казахстана это было прогрессом, потому что до этого времени у нас не было ни одного современного аппарата. А в 2010 году указом президента № 1113 была принята государственная программа раз-

вития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Казахстан» на 2011–2015 годы. Ее цель – улучшение здоровья населения для обеспечения устойчивого социально-демографического развития страны. Эта программа подразумевает инвестиции государства в здравоохранение.

В первую очередь был сделан акцент на улучшение работы кардиологической службы. Теперь в Астане даже городские поликлиники оснащены аппаратами для лучевой диагностики самого высокого класса – МРТ (1,5 и 3 тесла), 64-срезовыми КТ.

В течение последних двух лет проводится национальная скрининговая программа. Сейчас почти все закупленные маммографы в республике оцифрованы. Созданы скрининговые центры при онкодиспансерах в 16 регионах Казахстана. Также сформирован лечебно-диагностический медицинский поезд «Саламатты Казахстан», который курсирует по отдаленным районам страны, ведь ее территория очень велика.

В настоящее время во многих организациях здравоохранения Казахстана внедрена единая информационная система здравоохранения (ЕИСЗ). В целях повышения доступ-

ности дистанционной специализированной медицинской помощи Минздрав республики с 2004 года осуществляет реализацию инвестиционного проекта «Развитие телемедицины и мобильной медицины в здравоохранении аульской (сельской) местности». В сельское здравоохранение поэтапно внедряется телемедицина: проводятся телеконференции с привлечением узких специалистов различного профиля, телемедицинские консультации сложных случаев.

Согласно отчету министра здравоохранения Казахстана, за 2011–2012 годы в результате скрининговых осмотров более 7 миллионов человек было выявлено 1,2 миллиона с ранними стадиями онкологических заболеваний.

Серьезную угрозу здоровью представляет не только рак молочной железы у женщин, но и рак предстательной железы у мужчин. Сейчас для его выявления у нас в некоторых регионах стали применять пилотные диагностические программы. Также планируется проводить эзофагоскопию, соноэластографию простаты, УЗИ толстой кишки, печени (чтобы не запускать печеночную патологию до стадии цирроза). В Японии уже лет 20 применяется скрининговая эзофагоскопия, и поэтому у населе-

ния практически не отмечается рака желудка в запущенной стадии.

В этом году в своем послании президент республики Н.А. Назарбаев особо отметил, что необходимы улучшение и скорейшая модернизация онкологической помощи населению с применением инновационных технологий мирового уровня. Это означает, что взят курс на оснащение онкоцентров новыми аппаратами самого последнего поколения.

– Каким образом в Казахстане ведется подготовка специалистов, участвующих в проведении скрининговых программ?

– Когда были закуплены новые маммографы, оказалось, что врачей, готовых работать с ними, недостаточно. Перед профессором Ж.Х. Хамзабаевым, президентом Ассоциации рентгенорадиологов Казахстана, заведующим кафедрой постдипломного образования и передо мной стояла ответственная задача – подготовить кадры. Из всех регионов к нам было направлено более 100 общих рентгенологов, не имеющих представления о специфике работы в области маммологии, и мы в течение двух недель давали им базовую информацию о том, как надо проводить исследование и какие бывают разновидности патологии.

В настоящее время мы планомерно проводим подготовку кадров. Обучение специалистов, работающих с маммографами, МРТ, КТ, оборудованием для УЗИ, начинается с первичной специализации по общей рентгенологии. Она проходит в течение четырех месяцев, два из которых мы обучаем общей рентгенологии, а потом врач по выбору повышает квалификацию в области маммографии, КТ, МРТ, УЗИ.

На кафедре у нас есть специализированные курсы (месячные – около 200 часов, двухнедельные и др.) дальнейшего повышения квалификации. Сейчас идет подготовка 27 специалистов (6 из них проходит интернатуру). К сожалению, в регионах нет преподавателей, которые бы проводили обучение на таком уровне.

В Астане сейчас нет дефицита кадров, а в остальных регионах пока ощущается нехватка специалистов, особенно рентгенологов. В столице Казахстана очень хорошо поставлена работа. В других регионах ситуация сложнее – кое-где все еще работают на низкокачественном оборудовании (хотя 70% всех аппаратов у нас уже новые). В те поликлиники, откуда приходят некачественные рентгенограммы, мы сразу посылаем врачей и рентген-лаборантов и тут же начинаем обучать местных специалистов.

Я как главный рентгенорадиолог и маммолог республики активно провожу мастер-классы, выезжаю со своими учениками в Кокшетау, Караганду, Шимкент, Актюбинск, Семипалатинск. С прошлого года



мы объездили почти половину страны. Мы читаем лекции, проводим консультации сложных случаев, мастер-классы, на которых обучаем рентген-лаборантов (от их работы напрямую зависит, как врач составит протокол исследования), как правильно делать снимки, а рентгенологов – как грамотно описывать рентгенограммы. Я всегда говорю врачам: «Чем описывать некачественный снимок, лучше его вообще отбраковать». Иначе врач дает неверное заключение, что у женщины нет патологии, а через полгода она приходит с метастазами. Описывать некачественную рентгенограмму – это преступление. Если рентген-лаборанты обучены правильно выбирать проекции, то врачи получают рентгенограмму хорошего качества.

– Какова роль цифровых технологий в оптимизации затрат на здравоохранение?

– Цифровая маммография обладает огромными достоинствами. Если в аналоговых аппаратах приходится использовать пленки и растворы, которые нужно менять из-за ограниченного срока годности, то при работе с цифровой техникой эта статья расходов отсутствует. К тому же лаборантам гораздо реже приходится переделывать снимки. А это значит, что существенно снижается лучевая нагрузка на пациента. Мы тестируем все аппараты, чтобы определить, какую дозу облучения получает человек при исследовании. Снижение лучевой нагрузки имеет большое значение для здоровья пациента. Уже сегодня доступны системы, позволяющие значительно снизить дозу, не жертвуя качеством изображения, например, Philips MicroDose. При использовании цифровых маммографов мы получаем снимки высокого разрешения, на которых можем видеть микро-

кальцинаты, узлы до 0,5 см, архитектонику опухоли. К тому же во время обследования пациентов при помощи цифровой аппаратуры проводится автоматическое архивирование изображений, что позволяет хранить их долгое время. При необходимости можно достать снимок, сделанный несколько лет назад, и проследить динамику патологического процесса.

И еще один очень важный для нас момент: цифровая маммография хороша тем, что можно проводить консультации, пересылая полученные изображения на расстояние. Первая читка проводится в поликлинике, а вторая – в главном маммологическом кабинете, который находится в онкодиспансере. За рубежом, например, в Бельгии, врачи могут проводить описание (вторая читка) 60–65 маммограмм за час. Мы пока с такой скоростью по объективным причинам работать не можем (за смену продолжительностью 8 часов удается просматривать снимки 16–17 пациенток). Но все же стараемся совершенствовать навыки.

В обмене опытом нам оказывают ощутимую помощь крупные компании – производители диагностического оборудования, которые создают специализированные школы для обучения специалистов, проводят тематические курсы, привозят зарубежных высококвалифицированных спикеров, проводят тематические выездные конференции, симпозиумы, мастер-классы.

С 2013 года в Казахстане баллы, набранные на такого рода профильных мероприятиях, засчитываются при прохождении специалистом сертификации.

