

## ОРГАНИЗАЦИЯ НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ТРЕТЬЕЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ГРУППЫ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ НЕОПЛАЗИЙ КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

А.А. Костин<sup>1,2</sup>, О.П. Крашенков<sup>3\*</sup>, О.Е. Коновалов<sup>1</sup>, И.О. Иваников<sup>3</sup>

<sup>1</sup> ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», Москва

<sup>2</sup> ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, Москва

<sup>3</sup> ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» Управления делами Президента РФ, Москва

## FOLLOW-UP OF PATIENTS FROM THE THIRD CLINICAL GROUP AFTER TREATMENT OF COLORECTAL NEOPLASIA

A.A. Kostin<sup>1,2</sup>, O.P. Krashenkov<sup>3\*</sup>, O.E. Konovalov<sup>1</sup>, I.O. Ivanikov<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Russian University of Peoples' Friendship (RUDN University), Moscow, Russia

<sup>2</sup> National Medical Research Radiological Centre, Moscow, Russia

<sup>3</sup> Central Clinical Hospital with Outpatient Health Center, Moscow, Russia

\*E-mail: krashenkov@gmail.com

### Аннотация

**Цель исследования** – изучить мнение пациентов третьей клинической группы, перенесших специальное лечение по поводу опухоли колоректальной локализации, об онкологическом наблюдении и оценить возможность внедрения у данной категории больных электронного календаря третичной профилактики.

**Материалы и методы.** В ходе выполнения исследования по специально разработанной анкете был проведен социологический опрос 443 пациентов с колоректальным раком. Среди обследованных преобладали мужчины, доля которых составила 56.8%. На возрастную группу 60 лет и старше приходилось 64.9% респондентов. У 58.6% опрошенных пациентов диагностировано опухолевое поражение ободочной кишки, у 41.4% – прямой кишки. Хирургическое лечение было проведено в 87.2% случаев.

**Результаты.** Нами была разработана программа составления индивидуального календаря третичной профилактики рака ободочной и прямой кишки, которая предусматривает учет особенности каждой конкретной опухоли при составлении графика посещений онколога и проведения контрольных обследований. Были также изучены возможности внедрения такой программы среди целевой группы пациентов.

**Заключение.** В ходе настоящего исследования обнаружены следующие проблемы послеоперационного наблюдения пациентов третьей клинической группы: недостаточный охват пациентов колоноскопией и УЗИ брюшной полости, удаленное расположение ближайшего амбулаторного приема онколога и длительный период ожидания его очного приема. При этом имеют место благоприятные факторы для внедрения индивидуального календаря третичной профилактики колоректального рака у данной категории больных.

**Ключевые слова:** колоректальный рак, третичная профилактика.

### Abstract

**Purpose.** To analyze the opinion of patients from the third clinical group with colorectal tumors who were treated with a special modality as well as to analyze the effectiveness of oncological follow-up and the effectiveness of an electronic calendar of tertiary prevention in this category of patients.

**Materials and methods.** During the study, sociological survey of 443 patients with colorectal cancer was done with a specially designed questionnaire. Among the examined subjects, men dominated with share of 56.8%. 64.9% of respondents were 60 y.o. and older. 58.6% of the surveyed patients had tumor lesions in the colon, 41.4% – in the rectum. 87.2% of patients were treated surgically.

**Results.** The researchers have worked out a program for elaborating an individual calendar of the tertiary prevention of colon and rectal cancer with a schedule of visits to the oncologist and of control examinations which considers peculiarities of each specific tumor. The authors also analyzed possibilities of implementing the abovementioned program among the target group of patients.

**Conclusions.** In the course of the study, the following postoperative problems in patients of the 3rd clinical group were found: insufficient colonoscopy and abdominal ultrasound examinations, remote location of the nearest outpatient oncologist and a long waiting period for the personal face-to-face consultation with the oncologist. At the same time, there are favorable factors which background application of the proposed individual calendar of tertiary prevention of colorectal cancer in this category of patients.

**Key words:** colorectal cancer, tertiary prevention.

**Ссылка для цитирования:** Костин А.А., Крашенков О.П., Коновалов О.Е., Иваников И.О. Организация наблюдения пациентов третьей клинической группы после лечения неоплазий колоректальной локализации. *Кремлевская медицина. Клинический вестник.* 2022; 3: 65–68

### Введение

В профилактике онкологических заболеваний с определенной долей условности, кроме первичной, принято также выделять ее вторичный и третичный уровни. Под вторичной профилактикой в онкологии понимается комплекс мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений и осложнений патологического процесса, вызывающих дезадаптацию больных в обществе, снижение трудоспособности, инвалидизацию, а также преждевременную смертность [1].

Третичная профилактика – это, прежде всего, наблюдение за пациентами, которые уже перенесли злокачественные новообразования. Основная ее задача – предупреждение рецидива и появления метастазов. Третичная профилактика включает в себя регулярное посещение онколога и прохождение необходимых исследований, ведение здорового образа жизни и соблюдение правильного питания, выполнение рекомендаций лечащего врача, внимательное отношение к здоровью [2–4].

Необходимо отметить, что целенаправленных исследований по изучению мнения пациентов, пролеченных по поводу колоректального рака (КРР), о последующем наблюдении врачами-онкологами практически не проводилось [5, 6]. При этом в литературе представлены данные об отдаленных результатах лечения КРР, которые бывают далеки от удовлетворительных, в том числе из-за дефектов послеоперационного наблюдения за больными [7–9]. Так, остается высоким уровень летальности на первом году жизни после радикальных операций на ободочной и прямой кишке. Значительная часть пациентов отмечает также снижение качества жизни ввиду отдаленных осложнений после лучевого лечения [10].

С учетом сказанного большую научно-практическую значимость приобретает разработка предложений по повышению эффективности третичной профилактики КРР. Работ медико-социального и клиничко-организационного характера по оптимизации третичной профилактики КРР в доступной научной литературе нами не найдено.

**Цель исследования** – изучить мнение пациентов третьей клинической группы, перенесших специальное лечение по поводу опухоли колоректальной локализации, об онкологическом наблюдении и оценить возможность внедрения у данной категории больных электронного календаря третичной профилактики.

### Материалы и методы

В ходе выполнения исследования по специально разработанной анкете был проведен социологический опрос 443 пациентов с КРР. Среди обследованных преобладали мужчины, доля которых составила 56.8%. При этом на возрастную группу до 60 лет приходилось 35.1%, а 60 лет и старше – 64.9% респондентов.

У 58.6% респондентов диагностировано опухолевое поражение ободочной кишки, у 41.4% – прямой кишки. Хирургическое лечение было проведено 87.2% пациентов. Согласно имеющимся данным, у 22.9% опрошенных пациентов после операции прошло менее 6 месяцев, у 10.1% – от 6 до 12 месяцев; у 12.2% – от 12 до 18 месяцев; у 12.2% – от 18 до 24 месяцев; у 29.7% – более 2 лет. Кроме того, всем больным была проведена химиотерапия, при этом перенесли лучевое лечение по радикальной программе 16.9% пациентов.

Три четверти опрошенных пациентов (75.7%) имели высшее образование, остальные – среднее специальное.

Жителями Москвы были 66.9%, проживали в Московской области 33.1% респондентов. Среди опрошенных пациентов преобладали те, кто занимался административной деятельностью, а также работал в сфере образования и науки.

Все данные о больных, вошедших в исследование, заносили в сводную таблицу Microsoft Excel 2010 (Microsoft, США) и обрабатывали с помощью общепринятых методов вариационной статистики с использованием стандартных пакетов программ статистического анализа Statistica 10 (StatSoft Inc, США) с учетом международных рекомендаций для медицинских исследований.

### Результаты и обсуждение

Потеря контакта онкологической службы с пациентами третьей клинической группы (то есть пролеченных по поводу неоплазий колоректальной локализации), низкая частота явок на необходимые обследования приводят к поздней диагностике рецидивов и диссеминации опухоли и снижают выживаемость больных.

Нами была разработана программа составления индивидуального календаря третичной профилактики рака ободочной и прямой кишки, которая предусматривает учет особенности каждой конкретной опухоли при составлении графика посещений онколога и проведения контрольных обследований. Были также изучены возможности внедрения такой программы среди целевой группы пациентов.

Распределение опрошенных пациентов по времени, прошедшему с последнего очного приема у онколога, представлено на рис. 1. Как видно из рисунка, 26.4% респондентов были последний раз у онколога менее месяца назад; 37.2% – от 1 до 3 месяцев; 24.6% – от 3 до 6 месяцев; 11.8% – более полугодом назад.

Распределение ответов на вопрос о давности выполнения колоноскопии представлено на рис. 2: менее 3 месяцев назад – 9.5%, 3–6 месяцев назад – 13.5%, от 6 до 12 месяцев назад – 20.9%; более 1 года назад – 56.1%.

Распределение ответов на вопрос о давности выполнения последнего УЗИ брюшной полости представлено на рис. 3: было выполнено менее 3 месяцев назад у 30.4% пациентов; от 3 до 6 месяцев назад – у 29.1%; от 6 до 12 месяцев – у 21.6%; более 1 года назад – у 18.9%.

Распределение ответов на вопрос о давности выполнения компьютерной томографии представлено на рис. 4: менее 3 месяцев назад – 33.1%; от 3 до 6 месяцев – 36.5%; от 6 до 12 месяцев – 28.4%; более 1 года назад – 2.03%.

Лабораторное обследование проведено у опрошенных пациентов со следующей давностью: менее 3 месяцев назад – в 66.9% случаев; от 3 до 6 месяцев – в 29.1%; более 6 месяцев – в 4.0%.

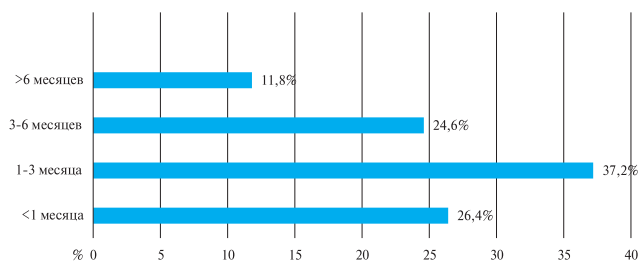
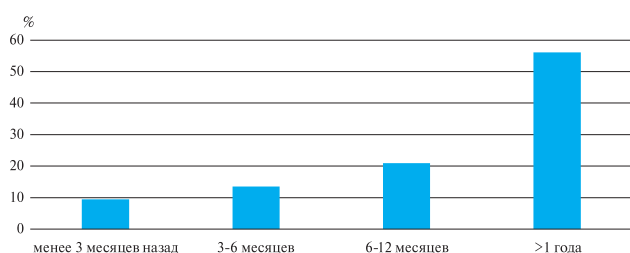
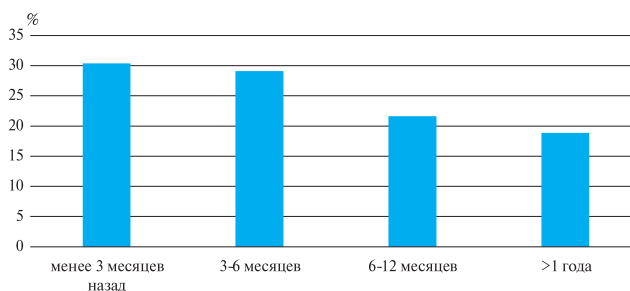


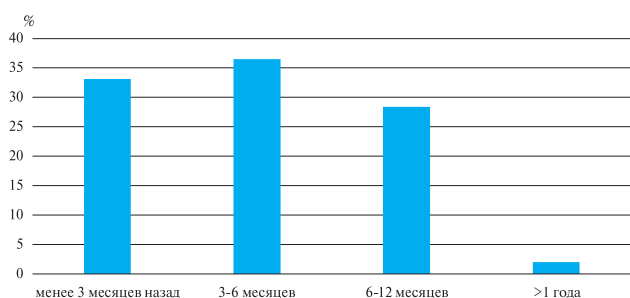
Рис. 1. Время, прошедшее с последнего приема онколога



**Рис. 2. Структура ответов на вопрос о давности выполнения колоноскопии**



**Рис. 3. Распределение ответов на вопрос о давности выполнения последнего УЗИ брюшной полости**



**Рис. 4. Структура ответов на вопрос о давности выполнения компьютерной томографии**

По данным анкетирования, ближайший прием онколога для 17.6% пациентов находился в пешей доступности, для 39.2% — в одном районе города, для 26.4% — в отдаленном районе города, для 16.9% — в другом населенном пункте. Чтобы доехать до ближайшего онкологического диспансера, 53.4% опрошенных требовалось преодолеть расстояние менее 10 км, 25.7% — от 10 до 25 км, 16.9% — от 25 до 100 км.

Ответы на вопрос о среднем времени ожидания приема врача-онколога распределились следующим образом: 12.8% опрошенных оценивали этот срок в несколько дней, 28.4% — в неделю, 42.6% — в две недели, 16.2% — в три-четыре недели.

Субъективно доступность амбулаторной онкологической помощи респонденты оценили так: считали ее доступной и адекватной 22.9%; считали ее доступной, но качество оказания не устраивало 22.9%; считали ее малодоступной 41.2%; считали ее практически недоступной и предпочитали посещения частных медицинских организаций 12.8% пациентов.

В поиске механизмов адаптации к сложившейся ситуации была разработана программа составления инди-

видуального календаря третичной профилактики рака ободочной и прямой кишки. Программа предусматривает учет при составлении необходимого графика посещений онколога и проведения контрольных обследований особенности развития конкретной опухоли. До настоящего времени условия внедрения такой программы среди целевой аудитории пациентов изучены не были.

Крайне важной составляющей организационной технологии третичной профилактики КРР является снижение факторной нагрузки на организм больного. Это возможно только при взаимном сотрудничестве пациента и медицинской организации. Такие взаимодействия целесообразно организовать не только с использованием традиционных контактов в виде визитов в медицинские организации, но и с применением современных информационных технологий. Так, полный охват населения телефонной связью дает возможность осуществлять контакты с нужной периодичностью посредством контакт-центра с фиксацией полученной информации, учетом ее в процессе расчета индивидуального риска и передачей обобщенной информации врачу, непосредственно осуществляющему медицинское наблюдение. Целесообразно использовать в процессе анализа поступающей информации элементы искусственного интеллекта.

Обратным направлением потока информации должны стать формирование индивидуальных рекомендаций, частичная передача данной информации, а также контроль за выполнением рекомендаций и достигнутыми в ходе их выполнения результатами. Такой подход целесообразно реализовать в виде электронной школы пациента. Несмотря на опасения относительно трудности использования современных форматов социального взаимодействия людьми пожилого и старческого возраста, проведенное социологическое исследование показало достаточно высокую приверженность их к таким форматам взаимодействия.

Было установлено, что 86.5% опрошенных используют в повседневной жизни мобильные приложения. При этом 62.2% респондентов отметили, что делают это достаточно уверенно; 16.9% — неуверенно, но самостоятельно; 8.1% — только при помощи родственников. Кроме того, 49.3% опрошенных прибегали к телемедицинским консультациям. Однако 65.5% респондентов утверждали, что не всегда соблюдают врачебные рекомендации. Кроме того, такие форматы должны быть не обязательными, а избираемыми по желанию самого пациента. При его нежелании или технической невозможности использования электронных каналов коммуникаций пациенту должна быть предоставлена возможность использовать традиционные и удобные ему каналы коммуникаций.

В рамках электронной школы пожилого пациента возможно реализовать технологию долгосрочного наблюдения с возможностью осуществления дистанционных консультаций. Эта технология идеальна при осуществлении медицинского наблюдения за маломобильными пациентами. Часть диагностической информации можно получать автоматически при использовании мобильных диагностических аппаратов с возможностью передачи информации непосредственно в медицинскую организацию.

Пожелания со стороны пациентов по улучшению качества оказания медицинской помощи были следующими. Среди опрошенных 39.9% считали наиболее актуальным уменьшение продолжительности периода обследования,

34.5% – повышение доступности медицинской помощи, 22.9% – изменение формы информирования о необходимых видах обследования.

### Заключение

В ходе проведенного исследования обнаружены следующие проблемы послеоперационного наблюдения пациентов третьей клинической группы с диагнозом КРР:

- недостаточный охват пациентов колоноскопией (56.1% не проходили исследование более 1 года) и УЗИ брюшной полости (40% не проходили исследование более 6 месяцев);
- удаленное расположение ближайшего приема онколога (43.3% пациентов проживают в отдаленном районе города либо в другом населенном пункте, при этом 42.6% пациентов вынуждены преодолевать для очного посещения врача расстояние более 10 км);
- длительный период ожидания очного приема врача-онколога (58.8% пациентов ждали приема 2 недели и более).

По результатам анкетирования пациентов можно также заключить, что имеют место благоприятные факторы для внедрения индивидуального календаря третичной профилактики КРР у данной категории больных. Так, 86.5% опрошенных используют в повседневной жизни мобильные приложения, причем 62.2% делают это самостоятельно и уверенно. Однако есть и ограничивающие обстоятельства, обусловленные тем, что 65.5% респондентов не всегда соблюдают рекомендации врачей. Поэтому в список мероприятий по внедрению электронного индивидуального календаря третичной профилактики следует включить проведение санитарно-просветительской работы с населением, в том числе с доведением информации об актуальности соблюдения графика контрольных обследований.

### Литература

1. Ачкасов С.И. и др. Влияние полноты реализации программы ускоренного выздоровления пациентов, перенесших резекцию ободочной кишки по поводу рака, на эффективность лечения // Тазовая хирургия и онкология. – 2016. – № 2. – С. 29–34. [Achkasov S.I. et al. Impact of the completeness of the accelerated recovery program of patients undergoing colon resection for cancer on the effectiveness of treatment // Tazovaya khirurgiya i onkologiya (Pelvic surgery and oncology). – 2016. – № 2. – P. 29–34. In Russian].
2. Лазарев А.Ф. и др. Роль врачебно-диспетчерской службы в повышении доступности специализированной медицинской помощи онкологическим больным. Опыт Алтайского края // Заместитель главного врача. – 2013. – № 12. – С. 14–19. [Lazarev A.F. et al. The role of the medical dispatch service in increasing the availability of specialized medical care for cancer patients. Experience of the Altai Territory // Zamestitel' glavnogo vracha (Deputy Chief Physician). – 2013. – № 12. – P. 14–19. In Russian].
3. Максимова Т.М. и др. Заболеваемость злокачественными новообразованиями и смертность от них в России и некоторых зарубежных странах // Проблемы социальной

гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2012. – № 1. – С. 9–12. [Maksimova T.M. et al. Incidence of malignant neoplasms and mortality from them in Russia and some foreign countries // Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii mediciny (Problems of social hygiene, health care and the history of medicine). – 2012. – № 1. – P. 9–12. In Russian].

4. Мартынич С.А. и др. Клинико-экономическая стандартизация как инструмент повышения качества высокотехнологичной медицинской помощи онкологического профиля в условиях государственного заказа // Экономика здравоохранения. – 2010. – № 8. – С. 71–78. [Martynchik S.A. et al. Clinical and economic standardization as a tool to improve the quality of high-tech medical care of an oncological profile in a state order // Ekonomika zdravookhraneniya (Health economics). – 2010. – № 8. – P. 71–78. In Russian].
5. Оганесян М.Г. Онкологическая заболеваемость как проблема социальной медицины // Russian Journal of Education and Psychology. – 2015. – № 1 (45). – С. 533–554. [Hovhannisyan M.G. Oncological morbidity as a problem of social medicine // Russian Journal of Education and Psychology. – 2015. – № 1 (45). – P. 533–554. In Russian].
6. Семенова В.Г. и др. Потери от новообразований в контексте программы по совершенствованию организации онкологической помощи населению // Социальные аспекты здоровья населения. – 2015. – Т. 45. – № 5. – С. 2. [Semenova V.G. et al. Losses from neoplasms in the context of the program to improve the organization of oncological care for the population // Sotsial'nye aspekty zdorovya naseleniya (Social aspects of population health). – 2015. – V. 45. – № 5. – P. 2. In Russian].
7. Старинский В.В. и др. Основные итоги четырехлетнего опыта реализации мероприятий, направленных на совершенствование онкологической помощи населению России // Онкология. Журнал им. П.А. Герцена. – 2014. – Т. 3. – № 4. – С. 45–48. [Starinsky V.V. et al. The main results of four years of experience in implementing measures aimed at improving oncological care for the population of Russia // Onkologiya. Zhurnal im. P.A. Gertsena (Oncology. P.A. Herzen Journal). – 2014. – V. 3. – № 4. – P. 45–48. In Russian].
8. Циммерман Я.С. Колоректальный рак: современное состояние проблемы // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2012. – Т. 22. – № 4. – С. 5–16. [Zimmerman Y.S. Colorectal cancer: the current state of the problem // Rossiyskiy zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii (Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology). – 2012. – V. 22. – № 4. – P. 5–16. In Russian].
9. Ahnen D.J. et al. The increasing incidence of young-onset colorectal cancer: a call to action // Mayo Clin. Proc. – 2014. – V. 89. – № 2. – P. 216–224.
10. Siegel R.L. et al. Colorectal cancer statistics, 2017 // CA Cancer J Clin. – 2017. – V. 67. – № 3. – P. 177–193.