

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ

Н.Н.Антоненкова

НИИ онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н.Александрова,
Минский р-н, пос. Лесной-2

Приводятся результаты анализа оценки состояния медицинской помощи онкологическим больным Республики Беларусь по данным Белорусского канцер-регистра. Качество оказания медицинской помощи онкологическим больным оценено в динамике. Оценены уровень и качество медицинской помощи, профилактическая работа во всех регионах республики.

Качество медицинской помощи рассматривается сегодня с разных позиций – эффективности, адекватности, экономичности, морально–этических норм. Когда говорят о целях здравоохранения, то в качестве основной называется повышение уровня здоровья населения и удовлетворение его потребности в квалифицированной и качественной медицинской помощи [1].

Важными задачами по совершенствованию организации онкологической помощи населению являются методическое обеспечение построения планов работы, определение потребности в перспективном развитии материальной базы онкологических организаций, контроль эффективности противораковых мероприятий и комплексная интегральная оценка их результатов [2].

Объективным критерием оценки деятельности онкологической службы и здравоохранения в целом является анализ выживаемости онкологических больных. Оценка эффективности оказания помощи онкологическим больным на основе показателей выживаемости во многих зарубежных странах, в том числе и в России, проводится на основе популяционных канцер–регистров или при проведении специальных программ на государственном уровне (программа SEER в США) или на международном уровне (программа Eurostage) [3].

Выживаемость больных – наиболее важная характеристика результативности диагностики и лечения заболеваний, эффективности предлагаемых новых методов. В зависимости от области применения анализ выживаемости дает ответы на широкий круг вопросов (при наличии соответствующих данных):

- относительная результативность и целесообразность применения используемых в клинической практике методов воздействия, реабилитации, более точное определение рамок их применения;
- реальный уровень эффективности медицинской помощи как в целом, так и в отдельных организациях;
- результативность внедрения новых протоколов не только в рамках исследовательских проектов, но и в клинической практике;

- эффективность предлагаемых новых методов лечения и реабилитации;

- сопоставимость достигаемых результатов с данными других клиник и центров.

Соединение анализа выживаемости со стоимостной оценкой используемых или предлагаемых методов лечения и реабилитации дает возможность определить экономические и социальные выгоды или потери. Все это позволяет принимать адекватные управленческие решения в области медицинской помощи больным.

В зависимости от области применения выделяются следующие виды анализа выживаемости:

- популяционный;
- клинический;
- анализ выживаемости в рандомизированных клинических исследованиях.

Понимание особенностей каждого из видов анализа является определяющим как с точки зрения его выполнения, так и интерпретации полученных результатов.

Существующие в мире канцер-регистры (КР) предназначены для получения сведений о заболеваемости, смертности и выживаемости больных, страдающих злокачественными новообразованиями [4, 5].

Информация, имеющаяся в базе данных КР, дает возможность изучать указанные выше показатели в зависимости от возраста и места проживания больного, локализации, гистологической структуры и степени дифференцировки опухоли и многих других факторов. Подобного рода информация необходима для оценки эффективности работы онкологической службы. Изучение показателей выживаемости больных со злокачественными новообразованиями позволяет определить эффективность применяемых методов лечения в стране и в отдельных ее регионах, а также сравнить их между собой, выбрав наиболее значимые [5]. Однако, для того, чтобы определить эффективность медицинской помощи онкологическим больным по данным выживаемости, необходимы годы. Для оценки качества работы медицинской службы в условиях сегодняшнего дня нами разработана интегральная оценка оказания медицинской помощи онкологиче-

ским больным по данным Белорусского канцер-регистра [6].

По данной методике произведена оценка оказания медицинской помощи онкологическим больным на республиканском, областном и межрайонном уровнях и оценена ее динамика за 5 лет (2001–2005 гг.). Для этого были отобраны следующие показатели базы данных Белорусского канцер-регистра [7]:

- показатели, характеризующие состояние выявляемости и диагностики злокачественных новообразований;
- морфологическая верификация диагноза;
- сведения о больных злокачественными новообразованиями в I–II стадии, закончивших радикальное лечение;
- сведения о больных злокачественными новообразованиями в III стадии, закончивших радикальное лечение;
- показатели, характеризующие лечебную работу; сведения о численности;
- сведения о числе радикально оперированных больных из числа всех впервые выявленных;
- сведения о больных II клинической группы, состоящих на учете 5 и более лет;
- сведения о госпитализации больных злокачественными новообразованиями, получивших специальное лечение по радикальной программе в онкологическом диспансере;
- сведения о госпитализации больных злокачественными новообразованиями, получивших противоречивое лечение в онкологическом диспансере;
- сведения о госпитализации больных злокачественными новообразованиями, получивших симптоматическое лечение в онкологическом диспансере;
- показатели дефектов в работе:

- число заболевших злокачественными новообразованиями с неустановленной стадией заболевания;
- сведения о больных злокачественными новообразованиями в I–II стадии, отказавшихся от лечения;
- сведения о больных злокачественными новообразованиями в III стадии, отказавшихся от лечения;
- число умерших от осложнений оперативного вмешательства из числа радикально оперированных больных.

В качестве нормативного значения показателя принималось его среднее значение за предыдущие 5 лет.

Результаты оценки в баллах интерпретировались следующим образом:

- удовлетворительный – 0,89–0,93;
- хороший – 0,97–1,01;
- высокий – 1,05–1,09.

Затем была получена общая средняя оценка за 5 лет по каждой организации.

Большинство значений общей оценки были высокого и выше среднего уровня. Просуммировав общие средние интегральные оценки, полученные для каждого онкологического диспансера, и разделив их на число диспансеров, мы получили оценку, характеризующую деятельность всех онкологических организаций областного и республиканского уровней, равную 1,17, что свидетельствует о высоком уровне работы всей онкологической службы за период 2001–2005 гг. (табл.1).

Аналогичным образом рассчитаны интегральные оценки для онкологических организаций межрайонного уровня (Бобруйского, Мозырского, Полоцкого, Барановичского, Пинского онкологических диспансеров). На межрайонном уровне была отмечена аналогичная тенденция: общая интегральная

Таблица 1

Динамика качества оказания медицинской помощи больным злокачественными новообразованиями (республиканский и областной уровни)

Онкологические диспансеры	2001	2002	2003	2004	2005	Общая оценка
A	1,6	1,05	1,0	1,0	1,0	1,13
B	0,93	0,95	0,93	0,86	0,87	0,91
C	1,17	1,14	1,14	1,05	1,06	1,11
D	0,98	0,97	0,91	0,92	0,90	0,94
E	1,0	1,01	0,74	1,12	1,0	0,97
F	1,03	1,0	1,0	0,95	1,07	1,01
G	1,1	1,09	1,05	1,06	1,0	1,06
Общая оценка службы–1,17						
удовлетворительный (0,89–0,93); хороший (0,97–1,01); высокий (1,05–1,09)						

Примечание: Буквами латинского алфавита условно обозначены онкологические диспансеры.

оценка для онкологических организаций межрайонного уровня была высокой и составила 1,99 балла.

Большой научный интерес представлял вопрос о том, жителям какого региона оказывался наиболее высокий уровень медицинской помощи, направленной на раннее выявление злокачественных новообразований. Для этого были отобраны показатели, характеризующие качество профилактической работы за последние 5 лет, отражающие работу не только онкологической службы, но и общей лечебной сети. Такими показателями деятельности для каждой области республики явились:

- морфологическая верификация диагноза;
- частота выявления случаев заболеваний злокачественными новообразованиями при профилактических осмотрах;
- число случаев заболеваний с I–II стадией, выявленных при самостоятельном обращении;
- частота выявления случаев заболеваний злокачественными новообразованиями в женских смотровых кабинетах;
- число заболевших злокачественными новообразованиями в I–II стадии.

Отобраны следующие показатели дефектов работы:

- Число заболевших злокачественными новообразованиями в III стадии.
- Число заболевших злокачественными новообразованиями в IV стадии.
- Число заболевших злокачественными новообразованиями с неустановленной стадией.
- Сведения о больных злокачественными новообразованиями в I–II стадии, отказавшихся от лечения.
- Сведения о больных злокачественными новообразованиями в III стадии, отказавшихся от лечения.

Результаты расчетов свидетельствуют, что за период 2001–2005 гг. жителям всех регионов республики оказывалась медицинская помощь высокого уровня

с целью раннего выявления новообразований (табл. 2).

Это подтвердили и данные официальной онкологической статистики. Так, на протяжении пяти лет отмечено увеличение числа выявленных случаев злокачественных новообразований в I–II стадиях [8, 9]. Это особенно ярко иллюстрируется на примере опухолей женской репродуктивной системы (рис. 1, 2).

Тем не менее, как показывают данные официальной онкологической статистики, в последние годы отмечается неуклонный рост заболеваемости злокачественными новообразованиями органов женской репродуктивной системы [10].

Поскольку демографическая безопасность нашей страны всецело зависит от снижения уровня заболеваемости раком женщин, очевидна необходимость приоритетных решений в области разработки и внедрения концептуальных и прикладных основ программы многофакторной профилактики злокачественных новообразований органов женской репродуктивной системы (ОЖРС).

Выводы:

1. Разработана и внедрена новая методология интегральной оценки оказания медицинской помощи онкологическим больным по данным Белорусского канцер-регистра.

2. Оценены уровень оказания медицинской помощи онкологическим больным и его динамика за 2001–2005 гг. на республиканском, областном и межрайонном уровнях. Отмечено высокое качество оказания медицинской помощи онкологическим больным на всех территориальных уровнях: общая интегральная оценка работы онкологической службы Республики Беларусь за последние 5 лет составила 1,17.

3. Оценены уровень профилактической работы во всех регионах республики и его динамика в 2001–2005 гг. Отмечен высокий уровень оказания медицинской помощи, направленной на раннюю диагностику злокачественных новообразований, как в он-

Таблица 2

Результаты деятельности онкологических организаций республики в разрезе регионов

Регион	2001	2002	2003	2004	2005	Общая оценка
A	1,14	1,17	1,12	1,12	1,07	1,12
B	1,18	1,18	1,20	1,11	1,06	1,15
C	1,12	1,12	1,08	1,05	0,98	1,07
D	1,22	1,13	1,11	1,07	1,12	1,13
E	1,16	1,13	1,17	1,14	1,09	1,14
F	1,12	1,12	1,15	1,10	1,0	1,10
G	0,97	0,98	1,01	1,09	1,13	1,04
Удовлетворительный (0,89–0,93); хороший (0,97–1,01); высокий (1,05–1,09)						

Примечание: Буквами латинского алфавита условно обозначены регионы Республики Беларусь.

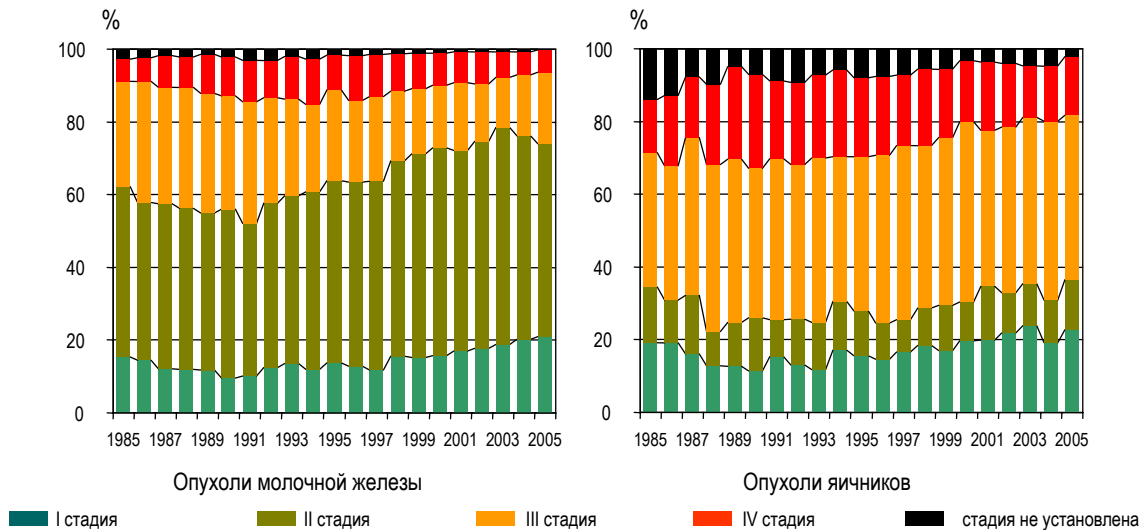


Рис. 1. Распределение выявленных случаев злокачественных новообразований молочной железы, яичников по стадиям

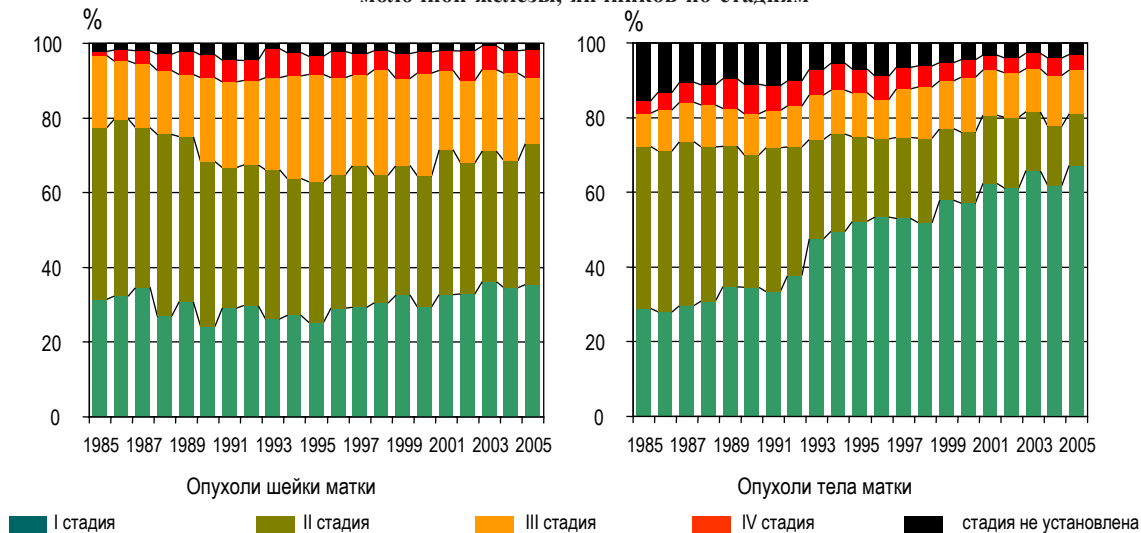


Рис. 2. Распределение выявленных случаев злокачественных новообразований шейки матки, тела матки по стадиям

кологических организациях Республики Беларусь, так и организациях общей лечебной сети.

4. Определены основные направления приоритетных исследований в области разработки и внедрения

концептуальных и прикладных основ программы многофакторной профилактики злокачественных новообразований. Объектом исследований в данном направлении должны быть ОЖРС.

Литература

1. Бек С.В. Система контроля качества и эффективности медицинской помощи. Учебно-методическое пособие. – Томск, 1999. – 28 с.
2. Океанов А.Е. Принципы и методы оптимизации функционирования онкологической службы союзной республики на основе создания отраслевых автоматизированных информационных систем: Дис... д-ра мед. наук. – Минск, 1988. – 256 с.
3. Залуцкий И.В., Антоненкова Н.Н., Литвинова Т.М., Мавричева Л.А., Прудывус И.С. Первый опыт изучения выживаемости больных раком эндометрия по данным Белорусского канцер-регистра // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2005. – №3. – С.18–23.
4. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Злокачественные новообразования в России и странах СНГ в 2002 г. / ГУ РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН. – М.: МИА, 2004.–256 с.
5. Заридзе Д.Г., Мень Т.Х. Приоритетные направления противораковой борьбы в России // Всерос. онкол. журн. – 2001. – №5. – С.5–15.

6. Залуцкий И.В., Антоненкова Нат.Н. Интегральная оценка состояния медицинской помощи онкологическим больным по данным Белорусского канцер-регистра: Инструкция по применению. – Минск, 2006. – 10 с.
7. Залуцкий И.В., Антоненкова Нат.Н. Комплексная оценка состояния медицинской помощи онкологическим больным // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2006. – №4. – С.30–35.
8. Поляков С.М., Левин Л.Ф., Шебеко Н.Т., Залуцкий И.В., Аверкин Ю.И., Артемова Н.А., Машевский А.А. Злокачественные новообразования в Беларуси, 1996–2005. – Минск, 2006.
9. Поляков С.М., Левин Л.Ф., Шебеко Н.Т. Злокачественные новообразования в Беларуси, 1994–2004 / Под ред. А.А.Граковича, И.В.Залуцкого. – Минск: БЕЛЦМТ, 2005. –180 с.
10. Эпидемиология злокачественных новообразований в Беларуси / И.В.Залуцкий, Ю.М.Аверкин, Н.А.Артемова, А.А.Машевский. – Минск: "Зорны верасень", 2006. –204 с.

Поступила 18.12.2006 г.

КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ г. ПИНСКА

Р.А.Дудинская, Н.Е.Порада, М.А.Дубина

Международный государственный экологический университет им. А.Д.Сахарова, г. Минск

Количественный анализ заболеваемости взрослого населения г. Пинска основными формами злокачественных новообразований за период с 1997 по 2004 г. выявил достоверные различия в уровнях заболеваемости раком молочной железы у женщин, раком кожи и раком желудка у мужчин и женщин. Показано, что для мужчин относительный риск заболевания раком желудка и раком кожи в период наблюдения был выше в последующем году по сравнению с предыдущим, а для женщин относительный риск заболевания раком молочной железы был достаточно стабильным в течение всего периода наблюдения. Рассчитанный кумулятивный коэффициент заболеваемости выявил наибольший риск заболевания для следующих локализаций: рак легкого ($5,73 \pm 0,72$ на 10 тыс. мужского населения) и рак молочной железы ($6,28 \pm 0,69$ на 10 тыс. женского населения).

Одним из направлений повышения эффективности мероприятий по первичной профилактике рака является комплексный анализ всех установленных и потенциальных факторов онкологического риска с количественной оценкой значения каждого из них и разработка на этой основе системы рекомендаций, направленных на коррекцию наиболее значимых факторов.

Цель работы – провести количественный анализ онкозаболеваемости взрослого населения г. Пинска за период с 1997 по 2004 г. Материалом для исследования послужила информация о числе случаев онкологических заболеваний, полученная из форм №2100 "Контингенты больных злокачественными новообразованиями, состоящие на учете онкологического учреждения" и №7 "Отчет о заболеваниях злокачественными новообразованиями. Распределение заболеваний злокачественными новообразованиями по локализации, полу и возрасту больных" Пинского межрайонного онкодиспансера, данные о численности мужского и женского населения г. Пинска в изучаемый период.

Были рассчитаны показатели и структура заболеваемости злокачественными новообразованиями мужского и женского населения г. Пинска за период

с 1997 по 2004 г. Первые ранговые места в структуре онкопатологии у мужчин занимают рак легкого, рак желудка и рак кожи; у женщин – рак молочной железы (РМЖ), рак кожи и рак желудка.

Для определения достоверных различий в уровнях заболеваемости наиболее значимыми патологиями были рассчитаны доверительные интервалы для заболеваемости каждого года у женщин (табл. 1) и мужчин (табл. 2).

Как видно из табл. 1, существуют достоверные различия ($p < 0,05$) в сторону увеличения к концу изучаемого периода (2004 г.) по сравнению с началом (1997 г.) в заболеваемости женского населения раком молочной железы и новообразованиями кожи. В уровнях заболеваемости раком желудка достоверных различий не выявлено. По годам заболеваемость женщин значимыми злокачественными формами опухолей изменялась следующим образом.

Достоверные различия в сторону увеличения отмечены для заболеваемости РМЖ в 1999, 2002, 2003 и 2004 г. по сравнению с предыдущим годом, в 2001 г. отмечены достоверные различия в сторону уменьшения в сравнении с заболеваемостью в 2000 г. В заболеваемости новообразованиями кожи выявлены достоверные различия: в сторону увеличения – в 1998,