

УДК 616-006 (476.6)

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

К.Н. Углыница, д.м.н., профессор; М.Ю. Сурмач, к.м.н.;

Е.М. Тищенко, д.м.н., профессор

Кафедра онкологии с курсом лучевой диагностики и лучевой терапии

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

В статье рассмотрены особенности организационной структуры и пути совершенствования деятельности онкологической службы Гродненской области. На примере анализа госпитализации в первое онкоотделение Гродненской областной клинической больницы показаны возможности улучшения организации лечебного процесса.

Ключевые слова: новообразования, онкологическая служба, Гродненская область.

The article presents features of organizational structure and ways of activity improvement of oncological service of Grodno region. Possible ways of improvement of the medical process management are shown on the example of the analysis of hospitalization to the first oncological department of the Grodno regional clinical hospital.

Key words: neoplasms, oncological medical service, Grodno region

Новообразования на протяжении ряда лет остаются ведущей причиной ухудшения здоровья населения. Согласно прогнозам ВОЗ (World Cancer Report), онкологическая заболеваемость за период с 1999 по 2050 гг. среди населения планеты увеличится в 2,5 раза, и составит около 24 млн. случаев впервые выявленных заболеваний, смертность возрастет более чем в 2,6 раза и составит 16 млн. случаев гибели от новообразований [10].

Особенно актуальна проблема заболеваемости и смертности от новообразований для стран Европы, поскольку «старение европейского населения будет вызывать постоянное увеличение этих цифр, даже если повозрастные показатели останутся постоянными» [9].

Регистрация злокачественных новообразований проводится в Беларуси с 1953 г. Однако только со второй половины 70-х гг. прошлого столетия началось формирование банка данных на магнитных носителях, в который вносились информация о каждом новом случае злокачественного новообразования, зарегистрированном в отчетном году. В 1985-1989 гг. в онкодиспансерах Беларуси была внедрена автоматизированная система контроля диспансерного наблюдения онкологических больных. В 1990-1993 гг. разработана и внедрена версия данной системы для персональных ЭВМ.

Проблема новообразований в Беларуси усложняется тем фактом, что уже на протяжении более двух десятков лет значительная часть населения страны проживает в условиях низкодозового радиационного воздействия, обусловленного последствиями аварии на ЧАЭС. Так, по данным на начало 2000-х годов, Гомельская область характеризовалась самыми высокими в мире показателями заболеваемости раком щитовидной железы: на 10

тыс. населения рак щитовидной железы регистрировался впервые у 5,4 детей, 33,7 подростков и у 16 взрослых [6, 5]. Установлено, что среди лиц, принимавших участие в ликвидации последствий катастрофы на ЧАЭС, уровень смертности по классу новообразований за период с 1993 по 2002 год преимущественно за счёт злокачественных новообразований органов пищеварения и органов дыхания вырос в 6,5 раз; установлено значимое нарастание смертности, наступающей от злокачественных образований, среди лиц молодого возраста (у мужчин – начиная с 30 лет, у женщин – начиная с 40 лет) [7]. Первичная заболеваемость населения новообразованиями в молодом возрасте – не только медицинская, но и социальная проблема для Беларуси. Значительный экономический ущерб наносит заболеваемость женщин детородного возраста [2, 8].

Начиная с 90-х годов, абсолютное число впервые выявляемых случаев злокачественных новообразований в Республике Беларусь увеличилось на 9 тыс. За 1995-2006 гг. первичная заболеваемость возросла на 19,7%: с 296,1 до 374,4 на 100 тыс. населения [1, 2]. Новообразования являются второй по значимости причиной смертности. По данным Белорусского канцер-регистра, с 1994 г. ежегодно в республике выявляется свыше 30 тыс. случаев заболеваний злокачественными новообразованиями с впервые установленным диагнозом (в среднем 101,7 случая заболевания в день) [4].

Для оказания населению квалифицированной онкологической помощи в Республике Беларусь создана стройная система онкологической службы, которая сформировалась к концу 50-х гг. XX столетия. Всё возрастающая актуальность проблемы новообразований объясняет необходимость посто-

янного совершенствования организации онкологической службы.

Деятельность онкологической службы тесно связана с общей лечебной сетью, врачи которой осуществляют выявление онкологических и предраковых заболеваний, проводят симптоматическое лечение больных.

Начальным звеном в цепи лечебно-диагностического процесса при новообразованиях являются организации здравоохранения (ОЗ) районов, включающие в штат врачей-онкологов. Онкологический кабинет представляет собой главное звено между онкологическими диспансерами и другими лечебными организациями. Основными задачами врача онкологического кабинета являются прием больных, обращающихся по поводу доброкачественных и злокачественных новообразований и с подозрением на эти заболевания, а также больных с предраковыми заболеваниями; консультативная помощь врачам ОЗ; проведение посиндромного лечения больных злокачественными новообразованиями; организация госпитализации в онкологические учреждения на дообследование и/или лечение больных с подозрением или наличием злокачественного новообразования; диспансерное наблюдение за больными злокачественными новообразованиями и предраковыми заболеваниями; анализ причин отказов больных злокачественными новообразованиями от лечения, принятие неотложных мер по их госпитализации для специального или симптоматического лечения; учет всех больных злокачественными новообразованиями, проживающих на территории деятельности организации здравоохранения, а также оформление контрольных карт этих больных с отметками о диспансерных осмотрах, стационарном лечении и характере лечебных мероприятий; ежемесячная сверка с отделом ЗАГС статистических данных об умерших онкобольных – и (в случае их недостоверности) принятие мер к уточнению истинного диагноза; подготовка материалов по вопросам онкологической службы для обсуждения на медицинских советах.

Большую роль в оказании онкологической помощи населению района играет смотровой кабинет поликлиники. Методическое руководство работой кабинета осуществляет районный (городской) онколог, а при отсутствии такового – врач-онколог территориального онкологического диспансера. Врач кабинета осуществляет проведение профилактического осмотра пациентов, обратившихся впервые в течение года в поликлинику, на предмет раннего выявления предраковых заболеваний и опухолей, относящихся к визуально доступным для диагностики локализациям; направление лиц с выявленной патологией к соответствующему специалисту для уточнения диагноза и организации лечения; учет и регистрацию проводимых профилактических осмотров и результатов цитологичес-

ких исследований по установленным формам первичной медицинской документации; проведение санитарно-просветительской работы среди пациентов, посещающих поликлинику.

Особенно важными в работе организаций общей лечебной сети для улучшения результатов деятельности онкологической службы области являются мероприятия по профилактике новообразований. Среди последних следует выделить меры первичной и вторичной профилактики.

Целью первичной профилактики является предупреждение возникновения рака путём снижения канцерогенной нагрузки на человека. К основным мероприятиям первичной профилактики относятся такие как разработка нормативных актов, направленных на снижение потребления табака и алкогольных напитков; определение, учет и государственная регистрация канцерогенно опасных производств, определение перечня канцерогенов и канцерогенно опасных веществ, находящихся на территории Гродненской области и их постоянный мониторинг; медико-гигиеническое обучение населения и формирование культуры здоровья; активное выявление семей с наследственной онкопатологией, их консультирование и постоянное наблюдение.

Не менее важными являются и меры вторичной профилактики злокачественных новообразований, направленные на выявление предраковых заболеваний и раннего рака путём различных скрининговых программ. Последние должны быть оптимизированы по ряду критериев: высокая чувствительность, специфичность, адекватная стоимость, доступность для населения, простота в исполнении и т.д.

Третичная профилактика новообразований является прерогативой организаций онкологической службы. Она направлена на раннее выявление рецидивов и метастазов, вторых и последующих опухолей у ранее пролеченных больных. Совершенствование третичной профилактики включает регулярный пересмотр республиканских протоколов диагностики и лечения злокачественных опухолей; проведение реструктуризации онкологических организаций; разработку и внедрение методов радикального органосохраняющего лечения, совершенствование лечебных технологий.

Онкологическая служба Республики Беларусь представлена одиннадцатью онкологическими диспансерами, из них четыре областные (Брестский, Витебский, Гомельский, Могилевский) и семь городских и межрайонных (Барановичский, Бобруйский, Вилейский, Минский, Мозырский, Пинский, Полоцкий). В структуру онкологической службы республики входят и выполняющие функции диспансера онкологические отделения Гродненской областной клинической больницы.

Онкологический диспансер (областной, город-

ской, межрайонный) представляет собой самостоятельную специализированную организацию здравоохранения, обеспечивающую организацию и оказание онкологической помощи населению на закрепленной за ней территории. Его основными задачами являются организация онкологической помощи населению в районе деятельности диспансера; оказание квалифицированной консультативно-диагностической и специализированной лечебной помощи (амбулаторно и в условиях стационара) больным со злокачественными новообразованиями, доброкачественными опухолями и некоторыми предраковыми заболеваниями; диспансеризация больных со злокачественными и предраковыми заболеваниями, организация и методологическое обеспечение диспансеризации в онкологических кабинетах и лечебно-профилактических учреждениях здравоохранения общей лечебной сети; методическое руководство организацией онкологической помощи в территориальных больницах и поликлиниках, женских консультациях и ведомственных учреждениях здравоохранения (УЗ); осуществление полного учета больных злокачественными новообразованиями и формирование канцер-регистра на закрепленной территории, а также составление отчетов по всем разделам дескриптивной онкологической эпидемиологии; проведение систематического анализа состояния онкологической заболеваемости и смертности, причин позднего выявления злокачественных новообразований на закрепленной территории; разработка планов и мероприятий по улучшению организации онкологической помощи в регионе и снижению уровня запущенности и смертности; организация и проведение учебы врачей общей лечебной сети и среднего медперсонала по повышению онкологической грамотности и организации онкологической помощи на местах; проведение анализа эффективности и качества лечебной помощи онкологическим больным в неспециализированных УЗ и оказание им консультативной помощи; осуществление проверки обоснованности установления диагноза злокачественного новообразования в свидетельствах о смерти, выдаваемых медработниками в учреждениях ЗАГС; организация и проведение, совместно с центрами гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья, санитарно-просветительской работы и противораковой пропаганды среди населения; разработка, освоение и внедрение в практику современных методов и средств организации, диагностики и лечения онкологических больных.

Гродненская область не имеет онкологического диспансера. Его задачи выполняют онкологические отделения и поликлиника Гродненской областной клинической больницы. Отрицательным в организации лечебного процесса больным с онкологической патологией в объединённом многопро-

фильном стационаре является необходимость особенно строгого рационального использования площадей. В какой-то мере решить эту проблему можно на основе тщательного анализа структуры госпитализации и использования его результатов.

Так, анализ госпитализаций в первое онкоотделение (абдоминальная онкохирургия) Гродненской областной клинической больницы, выполненных в 2006 году (сплошное исследование), показал, что наиболее часто госпитализируются больные с колоректальным раком – прямая кишка (23,1%) и ободочная кишка (21,4%); с раком желудка (23%); около 6% составила доля пациентов с полипами желудочно-кишечного тракта. Наряду с патологией желудочно-кишечного тракта, почти одну десятую часть (9,4%) госпитализированных составили больные с диагнозом пигментный невус, около 1,3% – с диагнозом остроконечные кондиломы. Удельный вес госпитализированных мужчин и женщин оказался приблизительно равен (51,1% и 48,9%). В то же время, половая структура заболеваемости отдельными нозологическими формами оказалась неодинаковой. Так, среди госпитализированных больных раком желудка и раком прямой кишки преобладали мужчины (54,8% и 65,3%, соответственно), среди больных с диагнозом остроконечные кондиломы женщин не было вовсе, а среди больных раком ободочной кишки, имеющих пигментные невусы и полипы преобладали женщины (55,2%, 76,7% и 65,7%, соответственно). Анализ возрастной структуры госпитализированных показал, что реже всего в стационаре лечились пациенты молодого возраста (18-30 лет), наибольшую (51,7%) долю составили лица в возрасте 60 лет и старше. Результаты анализа возрастной, половой и нозологической структуры госпитализированных пациентов позволяют рекомендовать внутреннюю структуризацию коечного фонда и выделить отдельные палаты, специализированные по нозологическому и возрастному принципам.

Организационные проблемы могут быть решены также посредством соблюдения строгой преемственности между амбулаторным и стационарным звеньями оказания медицинской помощи. Так, в абдоминальной онкохирургии Гродненской областной клинической больницы чётко прослеживается тенденция к сезонности: частота госпитализации оказалась максимальной осенью (27,5% пролеченных больных), минимальной – летом (22%). В то же время, пациенты с диагнозом остроконечные кондиломы и полипы, не требующие неотложной и экстренной помощи, чаще поступали в летние месяцы (62,5% и 34,2% больных, соответственно), что свидетельствует о наличии связи поликлиника-стационар и регулирования потока плановых больных для госпитализации в те месяцы года, когда наблюдается минимальная загруженность отделения.

Решение проблемы возможно также посредством строгого соблюдения стандартов обследования, лечения и сроков госпитализации. Анализ средних сроков пребывания пациентов в стационаре показал, что женщины находились на лечении более длительно: средний срок госпитализации у женщин составил 15 дней, у мужчин – 12 дней. Вероятно, требуется более тщательный анализ причин данного факта.

Наряду с отрицательными, организация лечебного процесса больных с онкологической патологией в объединённом многопрофильном стационаре имеет и положительные стороны. Так, более шестой части больных поступило в первое онкоотделение (абдоминальная онкохирургия) Гродненской областной клинической больницы с сопутствующей патологией. Из них две трети составили больные с ишемической болезнью сердца, около 10% страдали сахарным диабетом. Объединение онкологического отделения с многопрофильным стационаром и консультативной поликлиникой позволяет оказывать помощь пациентам с сопутствующей патологией, требующей специализированной медицинской помощи, на более высоком уровне.

Организация онкологической помощи Гродненской области на современном этапе предполагает не только совершенствование лечебно-диагностического процесса, но и разработку и внедрение новых форм профилактической работы, перспективных планов целенаправленного использования противоопухолевых средств, специальной подготовки кадров, а также разработку и внедрение территориальных комплексных целевых программ противораковой борьбы. Это ставит перед органами здравоохранения области целый ряд сложных организационных задач, для решения которых, особенно в онкологии, необходимо наличие ряда фак-

торов, таких как научно обоснованная система организации специализированной онкологической службы; постоянное совершенствование стандартов диагностики и лечения онкологических больных; оптимизация системных подходов к формированию, реализации и мониторингу территориальных программ государственных гарантий оказания населению специализированной онкологической помощи.

Литература

- 1 Здравоохранение в Республике Беларусь: Офиц. стат. сб. за 2005 г. / Мин-во здравоохран. РБ, сектор методологии и анализа мед. статистики. – Минск: ГУ РНМБ, 2006. – 276 с.
- 2 Здравоохранение в Республике Беларусь: Офиц. стат. сб. за 2006 г. / Мин-во здравоохран. РБ, сектор методологии и анализа мед. статистики. – Минск: ГУ РНМБ, 2007. – 280 с.
- 3 Злокачественные новообразования женской половой сферы в Республике Беларусь (1993 – 2002 гг.) / И.В. Залуцкий [и др.] // Медицинская панорама. – 2003. – № 9 (34). – С. 62–65.
- 4 Поляков, С.М. Злокачественные новообразования в Беларуси 1995-2004 / С.М. Поляков, Л.Ф. Левин, Н.Г. Шебеко; под ред. А.А.Г-раковича, И.В. Залуцкого. – Минск: БЕЛЦМТ, 2005. – 180 с.
- 5 Путьский, Ю.Л. Основные причины возникновения рака молочной железы у женщин, проживающих в «Чернобыльской» зоне / Ю.Л. Путьский // Медико-биологические аспекты аварии на Чернобыльской АЭС. Аналитико-информационный бюллетень. – 2005. – № 1. – С. 57-60.
- 6 Ровбуть, Т.И. Морфофункциональная активность щитовидной железы и витаминная обеспеченность у детей, подвергающихся хроническому воздействию малых доз радиации / Т.И. Ровбуть, Э.И. Троян. // Экологическая антропология. – Минск, 2004. – С. 189-190.
- 7 Суворова, И.В. Половозрастные особенности смертности лиц, принимавших участие в ликвидации последствий катастрофы на ЧАЭС в апреле-мае 1986 г. / И.В. Суворова // Медико-биологические аспекты аварии на Чернобыльской АЭС. Аналитико-информационный бюллетень. – 2005. – № 1. – С. 61-64.
- 8 Эпидемиология злокачественных новообразований женской половой сферы в Республике Беларусь / И.В. Залуцкий [и др.] // Мед. панорама. – 2002. – № 7 (22). – С. 3-4.
- 9 Boyle P., Ferlay J. Cancer incidence and mortality in Europe // Ann. Oncol. – 2005. – Vol. 16. – P. 481-488.
- 10 World Cancer Report. – Lyon: J.A.R.C. Press, 2003. – 352 p.

Поступила 18.11.08