

Резервы снижения смертности от злокачественных новообразований в специализированном звене онкологической службы

И.П. МОШУРОВ

Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко, ул. Студенческая, д.10, г. Воронеж, 394036, Российская Федерация

На базе официальной онкологической статистики обоснованы резервы снижения смертности от злокачественных новообразований в специализированном звене онкологической службы: совершенствование мониторинга больных II клинической группы, повышение эффективности работы с отказавшимися от лечения, наращивание доли комбинированного и комплексного лечения, сокращение сроков уточняющей диагностики в онкодиспансере, комиссионный подход к определению противопоказаний к специальному лечению, наращивание объемов амбулаторного радикального лечения. Представлены алгоритмы бесед с онкологическими больными при отказах от обследования, система контроля за радикальным лечением онкологических больных II клинической группы.

Ключевые слова снижение смертности от злокачественных новообразований

Reserves to Reduce Mortality from Malignant Neoplasms in a Specialized Oncology Service Link

I.P. MOSHUROV

Voronezh state medical university, 10 Studencheskaya Str., Voronezh, 394036, Russian Federation

On the basis of official cancer statistics proved reserves to reduce mortality from malignant neoplasms in the specialized link Oncology service: improved monitoring of patients II clinical group, improving the efficiency of working with refused treatment, increasing the share of combined and complex treatment, shortening detailed diagnostics in the Oncology center, commission approach to determining contraindications to special treatment, increasing of the volume of outpatient radical treatment. The presented algorithms conversations with cancer patients at the failure of an examination, control system for radical treatment of cancer patients II clinical group.

Keywords: reducing mortality from malignant neoplasms

С целью выявления резервов снижения смертности от злокачественных новообразований (ЗНО) в специализированном звене онкологической службы проведен анализ данных официальной онкологической статистики за десятилетний период (2004 – 2013 гг.). Использована таблица 2300 отчетной формы № 35 «Сведения о лечении больных со злокачественными новообразованиями, подлежащих специальному лечению (II клиническая группа)». В данной таблице представлена информация о лечении больных с впервые в жизни установленным диагнозом ЗНО, закончивших в отчетном году стационарное или амбулаторное лечение.

Один из резервов специализированной помощи – снижение числа отказов от лечения и противопоказаний к нему (табл. 1). За десятилетний период число отказов пациентов от лечения колеблется от 1,0% до 8,1%. Среди отказавшихся онкологические больные с I-II стадиями процесса составляют от 12,5% до 90,7%. Это тот контингент, который реально может быть спасен от смерти.

С целью уменьшения числа отказов от лечения сформирован и реализуется следующий алгоритм (рис. 1).

В 2013-2014 гг. число отказов больных от лечения снизилось до 1-1,3%, благодаря эффективной кураторской деятельности по внедрению в практику данного алгоритма. Не менее существенно для снижения смертности от ЗНО – сужение спектра противопоказаний к лечению. Преимущественно пожилой возраст пациентов, тяжелая сопутствующая патология в ряде случаев не позволяют осуществить радикальное лечение. Техническая модернизация онкологической службы, повышение квалификации анестезиологов создают новые возможности.

Показатель числа противопоказаний к лечению в разные годы колебался от 1,0% до 7,8%. Значительная часть этих больных (от 13,6% до 89,2%) были с I-II стадией процесса. За последние годы (2013-2014) отмечается положительная динамика числа противопоказаний (1,0%-1,1%).

Резерв снижения смертности от ЗНО – более широкое использование стационарозамещающих технологий. Отношение числа больных, лечившихся только амбулаторно (табл. 2), к общему числу закончивших радикальное лечение, характеризует возможности онкологического диспансера в развитии и применении перспективных схем амбулаторной лекарственной и

Таблица 1

Table 1

Динамика показателей мониторинга онкологических больных, подлежащих специальному лечению
Dynamics of indicators of monitoring of cancer patients that will be subject to special treatment

Годы Years	Отказы от лечения (% от выявленных ЗНО) The abandonment of treatment (% of detected malignant neoplasms)		Противопоказания к лечению Contraindications to treatment (%)	
	Всего Just	В том числе больные с I–II стадией Including patients with I–II stage	Всего Just	В том числе больные с I–II стадией Including patients with I–II stage
2004	4,6	57,8	5,7	66,7
2005	7,1	37,8	7,6	50,3
2006	7,3	59,0	7,8	58,7
2007	8,1	90,7	7,8	89,2
2008	3,0	66,7	2,1	47,9
2009	2,4	71,2	1,5	63,2
2010	6,2	12,5	5,8	18,6
2011	4,6	75,9	5,4	90,4
2012	4,8	27,8	3,0	13,6
2013	1,0	32,3	1,0	27,2
2014	1,3	17,6	1,1	33,3

лучевой терапии, а также в расширении спектра амбулаторной хирургии. За 10 лет амбулаторное лечение ЗНО проведено у 17,5%-30,1% больных. С 2010 г. определилась устойчивая тенденция роста объемов амбулаторного лечения (2004 г. – 20%, 2014 г. – 29,9%) [1-11].

Резерв специализированной онкологической помощи в снижении смертности от ЗНО также заключается в своевременности завершения специального лечения (табл. 2). Число закончивших специальное лечение в текущем году по Воронежской области за

10 лет колеблется от 40,6 до 67,9%. Часть больных завершает лечение в следующем году. По данным справок кураторов-онкологов, 15-20% пациентов II клинической группы не доходят до диспансера, контроль за подлежащими специальному лечению недостаточный. За последние 2 года с внедрением в практическую деятельность системы контроля за радикальным лечением больных II клинической группы (рис. 2) число завершивших лечение в текущем году возросло (62,9-67,9%).

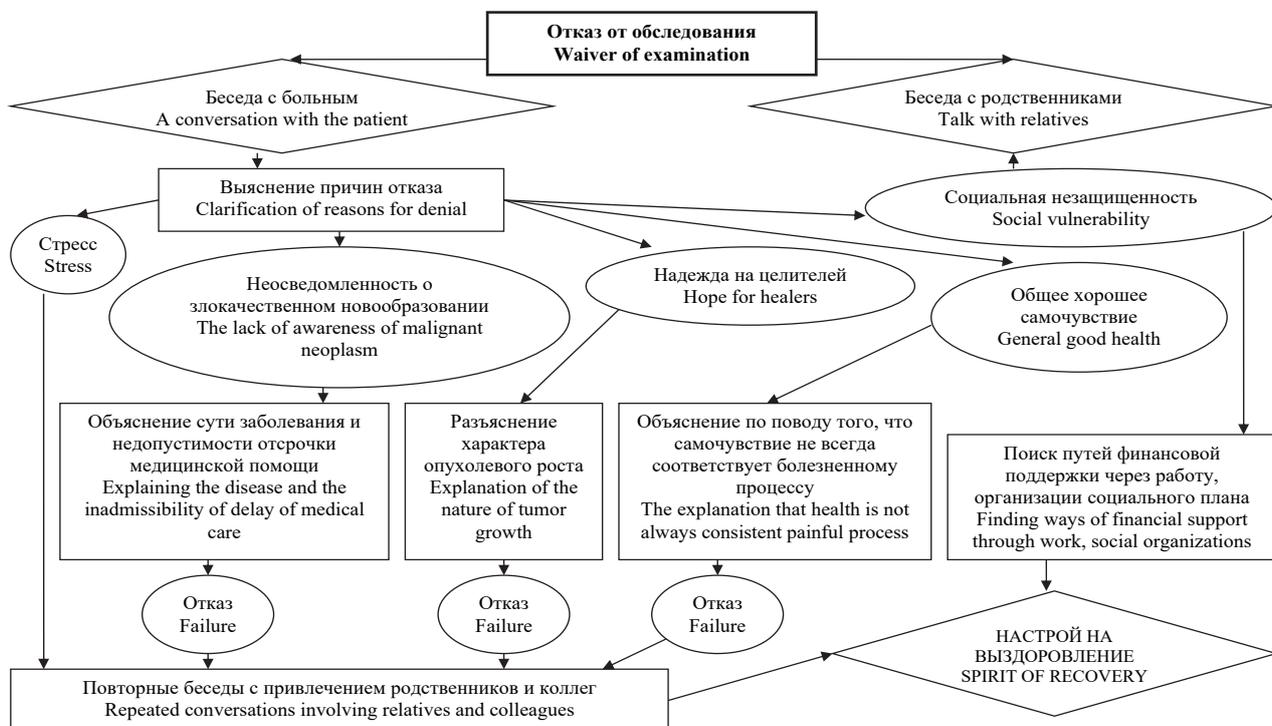


Рис. 1 / Fig 1. Алгоритм бесед с онкологическим больным при отказах от обследования. The algorithm of conversations with cancer patients at failure of a from surve.

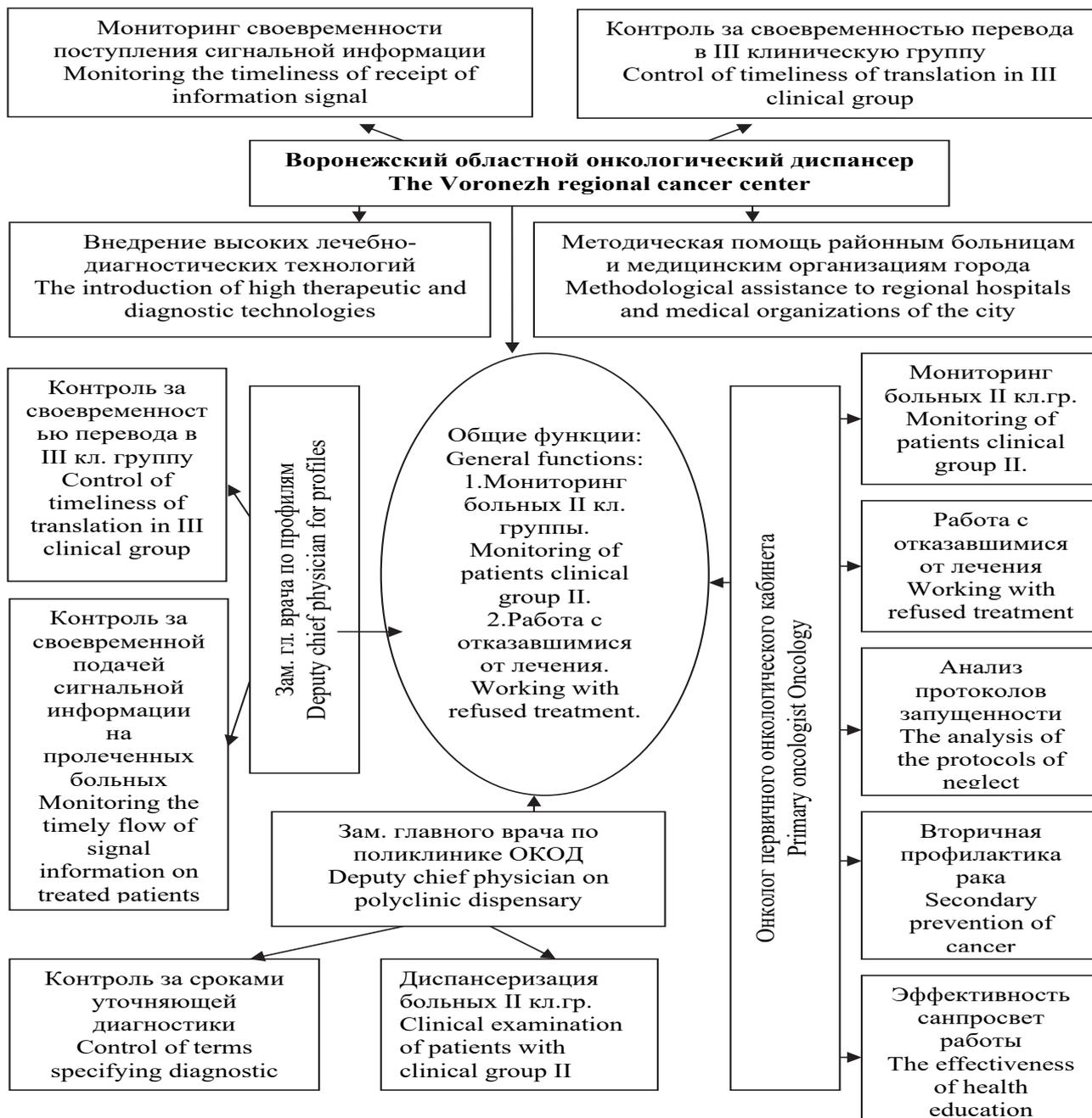


Рис. 2 / Fig 2. Система контроля за радикальным лечением онкологических больных II клинической группы. Control system for radical treatment of cancer patients clinical group.

В структуре специальных медицинских пособий удельный вес хирургического лечения – 37,0-49,8%, только лучевого – 16-27,6%, только лекарственного – 0,2-5,4%, комбинированного и комплексного – 32,8-41,4%, химиолучевого – 0,6-4,0%. На протяжении всех лет кроме 2004, 2005, 2010 гг. использование хирургического метода превалирует над комплексным и комбинированным лечением, что диктует целесообразность применения последнего в больших объемах для более эффективных результатов и, следовательно, снижения смертности.

Не завершают своевременно лечение все больные раком печени и поджелудочной железы. Только 38%

больных с ЗНО костей и суставных хрящей, половина больных раком пищевода, желудка, прямой кишки, лёгких, яичника, мочевого пузыря, почки закончили лечение в текущем году. Часть из них продолжила лечение в следующем году, но есть пациенты из II клинической группы (по справкам кураторов), судьба которых неизвестна.

Получили только хирургическое лечение от 72,7% до 100% больные раком желудка, пищевода, почки, ЗНО соединительной и других мягких тканей, костей и суставных хрящей, меланомой кожи. Только лучевое лечение реализовано у 70,3% больных РШМ, 87,6% РПЖ, 41,1% при раке кожи и у пятой части боль-

Таблица 2
Table 2**Динамика показателей специального лечения в Воронежской области (2003-2014 гг.)**
Dynamics of indicators of special treatment in the Voronezh region (2003-2014)

Годы Years	Число ЗНО, радикальное лечение которых проводилось только амбулаторно The number of malignant tumors, radical treatment which was only carried out on an outpatient basis (%)	Число закончивших лечение из выявленных в отчетном году The number who completed treatment, and were detected in the reporting year (%)	В том числе с использованием методов				
			только хирургического only surgical (%)	только лучевого only radiation (%)	только лекарственного only medicinal (%)	комбинированного или комплексного (кроме химиолучевого) combined or integrated (except chemo radiation) (%)	химиолучевого chemoradiation (%)
2004	20,0	58,4	37,9	16,8	3,1	41,4	0,8
2005	17,5	57,3	38,3	16,0	5,4	40,2	4,0
2006	21,8	53,4	41,6	20,5	0,8	36,7	0,4
2007	30,1	48,5	44,7	17,1	0,2	37,3	0,1
2008	23,4	54,1	47,9	22,0	1,3	32,8	2,0
2009	23,9	40,6	45,4	18,6	0,3	36,1	0,6
2010	20,4	48,6	37,0	18,8	1,5	41,2	1,5
2011	28,1	51,1	47,4	17,2	1,7	38,6	1,1
2012	28,2	54,6	44,7	27,6	0,2	36,6	0,7
2013	29,6	62,9	49,4	21,6	1,4	36,8	0,7
2014	29,9	67,9	49,8	17,0	2,4	38,0	1,7

ных раком губы, полости рта, тела матки, яичника, гортани. Комбинированное и комплексное лечение получили более половины больных раком тела матки, яичников, молочной железы, гортани, полости рта. Только лекарственное и химиолучевое лечение получили больные со злокачественными лимфомами.

Дефицит комбинированного и комплексного лечения установлен у больных раком почки, предстательной железы, тела матки, яичника, гортани, полости рта. Использование его в больших объемах – резерв снижения смертности от выше указанных форм рака.

Заключение

Таким образом, результаты проведенного анализа специализированной онкологической помощи больным II клинической группы позволили установить следующие резервы снижения смертности от ЗНО:

- совершенствование мониторинга больных II клинической группы;
- повышение эффективности работы с отказавшимися от лечения,

- наращивание доли комбинированного и комплексного лечения;
- сокращение сроков уточняющей диагностики в онкодиспансере;
- комиссионный подход к определению противопоказаний к специальному лечению;
- наращивание объемов амбулаторного радикального лечения.

Обоснованы оценочные критерии медицинской эффективности специализированной онкологической помощи:

- удельный вес стационарозамещающих технологий в общей структуре лечебных пособий;
- доля комбинированного и комплексного лечения в структуре всех видов лечения;
- доля отказов пациентов от специального лечения;
- доля отказов по соматическим противопоказаниям;
- доля больных II клинической группы, закончивших лечение в текущем году.

Список литературы

1. Состояние онкологической помощи населению России в 2004 году. ред. В.И.Чиссов, В.В.Старинский, Г.В.Петрова. М. 2005; 184.
2. Состояние онкологической помощи населению России в 2005 году. ред. В.И.Чиссов, В.В.Старинский, Г.В.Петрова. М. 2006; 186.
3. Состояние онкологической помощи населению России в 2006 году. ред. В.И.Чиссов, В.В.Старинский, Г.В.Петрова. М. 2007; 177.
4. Состояние онкологической помощи населению России в 2007 году. ред. В.И.Чиссов, В.В.Старинский, Г.В.Петрова. М. 2008; 181.
5. Состояние онкологической помощи населению России в 2008 году. ред. В.И.Чиссов, В.В.Старинский, Г.В.Петрова. М. 2009; 192.
6. Состояние онкологической помощи населению России в 2009 году. ред. В.И.Чиссов, В.В.Старинский, Г.В.Петрова. М. 2010; 196.
7. Состояние онкологической помощи населению России в 2010 году. ред. В.И.Чиссов, В.В.Старинский, Г.В.Петрова. М. 2011; 185.
8. Состояние онкологической помощи населению России в 2011 году. ред. В.И.Чиссов, В.В.Старинский, Г.В.Петрова. М. 2012; 240.
9. Состояние онкологической помощи населению России в 2012 году. ред. А.Д.Каприн, В.В.Старинский, Г.В.Петрова. М. 2013; 230.
10. Состояние онкологической помощи населению России в 2013 г. ред. А.Д.Каприн, В.В.Старинский, Г.В.Петрова. – М. 2014; 233.
11. Состояние онкологической помощи населению России в 2014 г. ред. А.Д.Каприн, В.В.Старинский, Г.В.Петрова. – М.: 2015; 236.

Постулила 17.04.15

Сведения об авторе

1. Мошуров И.П. – к.м.н., доцент кафедры онкологии, лучевой терапии и лучевой диагностики Воронежского государственного медицинского университета имени Н.Н.Бурденко; e-mail: omo@vokod.vrn.ru

References

1. The state of cancer care in Russia in 2004. edited by V. I. Chissov, V. V. Starinsky, G. V. Petrova. Moscow, 2005; 184. – (in Russ).
2. The state of cancer care in Russia in 2005. edited by V. I. Chissov, V. V. Starinsky, G. V. Petrova. Moscow, 2006; 186. – (in Russ).
3. The state of cancer care in Russia in 2006. edited by V. I. Chissov, V. V. Starinsky, G. V. Petrova. Moscow, 2007; 177. – (in Russ).
4. The state of cancer care in Russia in 2007. edited by V. I. Chissov, V. V. Starinsky, G. V. Petrova. Moscow, 2008; 181. – (in Russ).
5. The state of cancer care in Russia in 2008. edited by V. I. Chissov, V. V. Starinsky, G. V. Petrova. Moscow, 2009; 192. – (in Russ).
6. The state of cancer care in Russia in 2009. edited by V. I. Chissov, V. V. Starinsky, G. V. Petrova. Moscow, 2010; 196. – (in Russ).
7. The state of cancer care in Russia in 2010. edited by V. I. Chissov, V. V. Starinsky, G. V. Petrova. Moscow, 2011; 185. – (in Russ).
8. The state of cancer care in Russia in 2011. edited by V. I. Chissov, V. V. Starinsky, G. V. Petrova. Moscow, 2012; 235. – (in Russ).
9. The state of cancer care in Russia in 2012. edited by A. D. Kaprin, V. V. Starinsky, G. V. Petrova. Moscow, 2013; 230. – (in Russ).
10. The state of cancer care in Russia in 2013. edited by A. D. Kaprin, V. V. Starinsky, G. V. Petrova. Moscow, 2014; 233. – (in Russ).
11. The state of cancer care in Russia in 2014. edited by A. D. Kaprin, V. V. Starinsky, G. V. Petrova. Moscow, 2015; 236. – (in Russ).

Recieved 17.04.15

Information about the Author

1. Moshurov I.P. – Ph.D., associate Professor Department of Oncology, radiotherapy and radiodiagnosis Voronezh state medical university, e-mail: omo@vokod.vrn.ru