

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

© С.Н. МАЛЬЦЕВ, 2013
УДК 616-006.04:312.2]:614.2

С.Н. Мальцев

ОБРАЩАЕМОСТЬ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ ПАЦИЕНТОВ, УМЕРШИХ ОТ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, В ПОСЛЕДНИЙ ГОД ЖИЗНИ

БУЗ Омской области "Клинический онкологический диспансер", 644013, г. Омск

Исследована обращаемость за медицинской помощью 568 граждан, умерших от онкологических заболеваний, в последний год жизни. Исследуемую когорту составили 288 мужчин, 280 женщин в возрасте от 24 до 94 лет. Приведена статистика обращаемости за различными видами медицинской помощи.

Ключевые слова: *обращаемость, смертность, онкологические заболевания, пожилые люди.*

HEALTH CARE SERVICES USE BY PATIENTS WHO DIED FROM ONCOLOGICAL DISEASES DURING THE LAST YEAR OF THEIR LIVES

S.N. Maltsev

Omsk regional clinical oncological dispensary, 644013, Omsk, Russian Federation

Medical aid appealability of 568 people who died from oncological diseases during the last year of their lives has been analysed. The investigated cohort consisted of 288 men, 280 women at the age from 24 to 94. The statistics of various medical aid appealability is mentioned below.

Key words: *appealability, death rate, oncological diseases, elderly people.*

Для разработки адекватной и наиболее эффективной стратегии и тактики медицинского обеспечения населения страны необходимо знание и мониторинг его состояния здоровья. Организация деятельности учреждений здравоохранения на любом территориальном уровне должна основываться на глубоком анализе этих показателей [1]. Развитие общества, науки и практики здравоохранения заставляет постоянно искать пути повышения эффективности системы здравоохранения страны и совершенствования ее структуры. Работа учреждений здравоохранения в условиях значительного ограничения финансовых ресурсов стала не только вынужденной реальностью последнего десятилетия, но и важным фактором, стимулирующим поиск эффективных организационных форм работы [2]. Принимая во внимание процессы старения населения и увеличивающийся удельный вес смертности от онкопатологии, который достиг 15,2% [3], проанализирована обращаемость умерших от новообразований пациентов в последний год жизни.

Материал и методы

Исследована обращаемость в лечебно-профилактические учреждения в течение одного года перед смертью 568 жителей города Омска в возрасте от 24 до 94 лет, умерших от онкологических заболеваний. В числе умерших было 288 мужчин и 280 женщин. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета прикладных программ SPSS 17.0.

Результаты и обсуждение

Нашим исследованием установлено, что больные онкологическими заболеваниями используют значительные ресурсы здравоохранения во всех возрастах (рис. 1).

Для корреспонденции: Мальцев Сергей Николаевич — канд. мед. наук, зав. организационно-методическим отд.; 644013, г. Омск, ул. Завертяева, д. 9/1, e-mail: msn77@mail.ru.

В поликлинические учреждения выполняется 11,3—31,8 посещения на одного больного: 11,3 — в возрасте 90 лет и более, 13,5 — 18—29 лет, 18,2—21,7 — 40—89 лет, 31,8 — 30—39 лет. Среднее число госпитализаций в круглосуточные стационары ЛПУ уменьшается с возрастом от 4,0 в год (18—29 лет) до 0,7 (старше 90 лет). Относительно низкий показатель госпитализации в дневные стационары (0 у лиц старше 90 лет, 0,2—0,3 — в возрасте 30—89 лет, 0,5 — 18—29 лет). В некоторых возрастных группах (18—29, 30—39, 70—79, 90 и более лет) обращаемость за неотложной помощью в приемные отделения стационаров достигает 0,3—0,5. Вероятная причина этого — в значительном числе осложнений течения болезни и распространенное мнение врачей в "бесперспективности" лечения пациента.

Из 568 пациентов, умерших от новообразований, 562 (98,9%) человека обращались за какой-либо медицинской помощью. Самый низкий показатель в группе 50—59 лет — 97,7%, максимальный — в группах младше 50 и старше 80 лет (100%). Оценивая количественные показатели обращаемости (см. таблицу) отмечается, что в группе 30—39 лет среднее число обращений составило $34,7 \pm 3,77$, что в 2,8 раза больше, чем в старших возрастных группах ($12,3 \pm 3,84$) и в 1,5—1,9 раза больше, чем в других возрастных группах (18,5—23,6). От 96,2% больных 40—49 лет до 100% пациентов из самых младших и старших возрастных групп обращались в поликлинику. Максимальное число обращений в поликлинику зафиксировано в группе 30—39 лет ($31,8 \pm 4,03$), несколько ниже — у лиц от 50 до 79 лет ($21,0—22,0$), минимальное — в младших и старших возрастах ($13,5 \pm 5,30$ и $11,3 \pm 3,60$ соответственно).

В стационары обращались 100% умерших в возрасте 18—29 лет, $63,4—66,7\%$ — в возрасте 30—39, 50—79 лет, несколько меньше — $57,7$ и $58,1\%$ — в возрасте 40—49 и 80—89 лет, лица 90 лет и старше обращались лишь в 33,3% случаев. Максимальное число госпитализаций



Рис. 1. Среднее число посещений муниципальных учреждений здравоохранения Омска лицами различных возрастов в течение одного года перед смертью от новообразований.

Среднее число обращений за различными видами медицинской помощи пациентов с новообразованиями из числа обратившихся за соответствующим видом помощи (M ± m)

Возраст, годы	Всего	Поликлиника	Стационар	Дневной стационар	Неотложная помощь
18—29	18,5 ± 6,72	13,5 ± 5,30	4,0 ± 1,41	1,0 ± 0,00	1,0 ± 0,00
30—39	34,7 ± 3,77	31,8 ± 4,03	3,5 ± 1,09	1,0 ± 0,00	1,0 ± 0,00
40—49	19,6 ± 2,91	19,0 ± 2,68	2,0 ± 0,57	1,3 ± 0,27	1,0 ± 0,00
50—59	22,3 ± 2,38	21,0 ± 2,37	2,0 ± 0,16	1,2 ± 0,11	1,0 ± 0,00
60—69	22,9 ± 1,32	21,7 ± 1,31	2,0 ± 0,13	1,1 ± 0,07	1,1 ± 0,09
70—79	23,6 ± 1,22	22,0 ± 1,16	1,7 ± 0,10	1,3 ± 0,22	2,3 ± 0,82
80—89	19,7 ± 1,82	18,6 ± 1,77	1,5 ± 0,10	1,4 ± 0,17	1,1 ± 0,10
90 и старше	12,3 ± 3,84	11,3 ± 3,60	2,0 ± 0,00	0,0 ± 0,00	1,0 ± 0,00
Итого...	22,5 ± 0,74	21,1 ± 0,73	1,8 ± 0,07	1,3 ± 0,09	1,7 ± 0,39

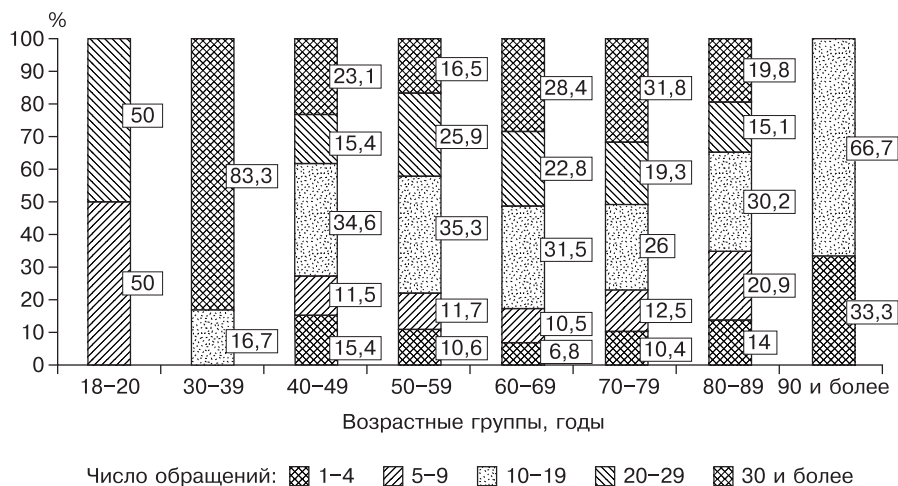


Рис. 2. Структура числа посещений муниципальных учреждений здравоохранения Омска лицами различных возрастов в течение одного года перед смертью от новообразований (n = 562).

было у 18—29-летних ($4,0 \pm 1,41$), в группе 30—39 лет показатель составил $3,5 \pm 1,09$, у лиц 40—70 лет и 90 лет и старше — 2,0, минимальное число госпитализаций — 1,5—1,7 — у пациентов от 70 до 90 лет. В возрастных группах 70—79, 80—89 лет средние сроки пребывания в стационаре составляли 11,4 и 10,1 дня соответственно, в группах до 30, 40—70 и 90 лет и старше показатель был на уровне 13,0—14,8 дня, а в группе 30—39 лет — $21,1 \pm 4,89$ дня.

В дневные стационары обращались 50% пациентов из младшей возрастной группы, 0% — из старшей, 11,5—18,6% пациентов остальных возрастов. Число обращений на каждого умершего составило 1,0—1,4 с показателем среднего количества пациенто-дней от 8,1 до 9,7 дня у 40—79-летних, от 10,5 до 13 дней в других возрастах.

Неотложная медицинская помощь оказывалась 7,7% 40—49-летних граждан, 50% 18—29-летних, 33,3% 30—39-летних и в группе 90 лет и старше. Максимальная частота зафиксирована в группе 70—79 лет ($2,3 \pm 0,82$).

Лица, умершие от онкозаболеваний, обращались за медицинской помощью очень часто (рис. 2): пациенты 30—39 лет в 83,3% случаев — более 30 раз в год, в группах старше 40 и младше 90 лет — от 16,5% у 50—59-летних до 31,8% у 70—79-летних.

Удельный вес редко обращавшихся (1—4 раза) незначителен (за исключением лиц старше 90 лет): полное отсутствие таковых пациентов в группах моложе 40 лет, 6,8% в группе 60—69 лет, 10,4—15,4% в группах 40—59 лет и 70—89 лет, 33,3% в группе должжителей.

Среди пациентов, умерших от онкозаболеваний, 85,9% последний раз обращались в ЛПУ в течение 10 дней перед смертью, 8,4% — в течение месяца, 5,5% — в течение полугода, 0,2% — в первом полугодии перед смертью.

В течение 10 дней перед смертью последний раз обращались 33,3% должжителей, 81,4—90,6% лиц от 30 до 90 лет, 100% — лиц моложе 30 лет. В течение месяца обращались 4,7—11,6% лиц от 40 до 90 лет, в течение полугода 3,7—7,0% лиц от 50 до 90 лет, 16,7% граждан 30—39 лет, 66,7% должжителей. В первом полугодии перед смертью обращался только 1 человек (0,6% в группе 60—69 лет).

Несмотря на то что пациенты в большинстве своем обращались значительное число раз в медицинские учреждения, особенно поликлиники и стационары, у 61 пациента (средний возраст $74,4 \pm 1,31$ года), умерших от новообразований (10,9% от их общего

числа), диагноз не был установлен прижизненно. Наиболее часто диагноз прижизненно не выставлялся у пациентов 80—89 лет — в 24,4% случаев, а также у 2 из 3 умерших старше 90 лет.

Заключение

Таким образом очевидно, что наиболее серьезные дефекты наблюдения и лечения пациентов с онкологическими заболеваниями отмечаются при лечении (или отсутствии такого) пациентов пожилого возраста. Учитывая, что проблема обеспечения здоровья для пожилого человека становится непосильной, физические и материальные возможности его ограничены и не позволяют решать вопросы удовлетворения даже необходимого минимума потребностей, обусловленных заболеваниями и инвалидностью [4], на основании данного исследования и аналитических обзоров [5] целесообразно оптимизировать и рационализировать обслуживание прежде всего лиц пожилого и старческого возраста. Необходимо расширение объемов медицинской профилактики в России за счет специальных профилактических программ при условии адекватного финансирования системы здравоохранения [6].

ЛИТЕРАТУРА

1. Максимова Т.М., Гаенко О.Н. Здоровье населения и социально-экономические проблемы общества. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2003; 1: 3—7.
2. Денисов И.Н. Медицинское образование: ситуация сегодня и пути совершенствования подготовки врачей. Врач. 2005; 4: 4—7.
3. Число умерших по основным классам и отдельным причинам смерти. Available at: <http://www.gks.ru/dbscripts/Cbsd/DBInet.cgi> (дата обращения: 10.02.2013).

4. Какорина Е.П. Состояние и перспективы развития медицинской помощи пожилым в Российской Федерации. Справочник фельдшера и акушерки. 2008; 8: 7—16.
5. Харченко В.И., Корякин М.В., Мишнев О.Д. Актуальность реорганизации медицинского обслуживания больных пожилого и старческого возраста в России (Аналитический обзор официальных данных Госкомстата, МЗСР и ВОЗ и экспертных оценок по проблеме). Клиническая геронтология. 2008; 5: 25—33.
6. Вялков А.И., Гундаров И.А., Кучеренко В.З., Полесский В.А., Кутумова О.Ю. Инновационная модель медицинской профилактики избыточной смертности от неинфекционных заболеваний. Проблемы управления здравоохранением. 2009; 1: 6—13.

REFERENCES

1. Maksimova T.M., Gayenko O.N. Population health and socioeconomic problems of society. Problemy sotsialnoy gigiyeny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny. 2003; 1: 3—7 (in Russian).
2. Denisov I.N. Medical education: the situation today and ways to improve the training of doctors. Vrach. 2005; 4: 4—7 (in Russian).
3. The number of deaths by main classes and specific causes of death. Available at: <http://www.gks.ru/dbscripts/Cbsd/DBInet.cgi> (accessed 10 February 2013).
4. Kakorina E.P. State and prospects of the medical care of oldster in the Russian Federation. Spravochnik fel'dshera i akusherki. 2008; 8: 7—16 (in Russian).
5. Kharchenko V.I., Koryakin M.V., Mishnev O.D. Relevance of the reorganization of health care of elderly and senile patients in Russia (Analytical review of official data Goskomstat, Ministry of health and social development and, WHO and expert analysis on the problem). Klinicheskaya gerontologiya. 2008; 5: 25—33 (in Russian).
6. Vyalkov A.I., Kucherenko V.Z., Gundarov I.A., Poleskiy V.A., Kutumova O.Yu. An innovative model of medical prevention of excess mortality from non-communicable disease. Problemy upravleniya zdravookhraneniem. 2009; 1: 6—13 (in Russian).

Поступила 10.04.13

© С.А. ЯРГУНИН, И.С. ДАВИДЕНКО, 2013

УДК 616.5-006.04-07:614.2

С.А. Яргунин, И.С. Давиденко

КРИТЕРИИ ОКОНЧАТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА МЕЛАНОМЫ КОЖИ ПУТЕМ СОЗДАНИЯ ЕДИНОЙ УЧЕТНОЙ КАРТЫ

ГБУЗ "Клинический онкологический диспансер № 1" Департамента здравоохранения Краснодарского края, 350040, г. Краснодар

Меланому кожи относят к одной из самых агрессивных опухолей с непредсказуемым прогнозом из-за высокой потенции местного роста, регионарного метастазирования, способности к диссеминации и отдаленному метастазированию. В связи с этим очень важным моментом является адекватное обследование пациентов и назначение терапии согласно стадии заболевания. Вариантом эффективного установления диагноза является создание единой учетной регистрационной карты и Единого российского реестра больных с меланомой кожи, что также поможет внедрить международные стандарты лечения с учетом распределения пациентов по стадиям и подстадиям.

Ключевые слова: меланома кожи, ранняя диагностика, морфологическая оценка, злокачественные новообразования.

CRITERIA FOR THE DEFINITIVE DIAGNOSIS OF MELANOMA, BY CREATION OF A SCORECARD

S.A. Yargunin, I.S. Davidenko

Clinical Oncological Center No1 of Health Department of Krasnodar Region, 350040, Krasnodar, Russian Federation

Melanoma of a skin is thought to be one of the most aggressive tumors with unpredictable prognosis because of a high potency of local growth, local and remote metastases, and dissemination. Regarding this point very important aspect is an adequate assessment of patients and proper therapy administration according to a disease stage.