

ЗДОРОВЬЕ, ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

© МАЛЬЦЕВ С.Н. — 2011
УДК 616-006-07:614.253.8

ДЕФЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ АНАЛИЗЕ ОБРАЩАЕМОСТИ ПАЦИЕНТОВ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ В ПОСЛЕДНИЙ ГОД ЖИЗНИ

Сергей Николаевич Мальцев

(Департамент здравоохранения Администрации города Омска, директор — С.В. Добрых)

Резюме. Исследована обращаемость за медицинской помощью 568 граждан в последний год жизни, умерших от онкологических заболеваний. Исследуемую когорту составили 288 мужчин, 280 женщин в возрасте от 24 до 94 лет. Проведен анализ дефектов диагностики онкологических заболеваний.

Ключевые слова: обращаемость, смертность, онкологические заболевания, дефекты диагностики.

THE DIAGNOSTICS DEFECTS OF ONCOLOGICAL DISEASES IN THE ANALYSIS OF APPEALABILITY OF PATIENTS FOR MEDICAL CARE DURING THE LAST YEAR OF THEIR LIFE

Sergey Nikolaevich Maltsev

(Department of Public Health Services of Omsk Municipal Administration)

Summary. The medical aid appealability of 568 people who died of oncological diseases during the last year of their life has been analyzed. The investigated cohort consisted of 288 men, 280 women aged from 24 to 94 years old. The analysis of diagnostics defects of oncological diseases has been carried out.

Key words: appealability, death rate, oncological diseases, diagnostics defects.

В структуре причин смертности онкологические заболевания в Омской области составляют 15,6 %. Коэффициент смертности от новообразований увеличился с 205,0 в 2008 году до 211,9 в 2009 году [3], злокачественные новообразования составляют до 95% всех новообразований [2]. По некоторым оценкам, численность больных онкологическими заболеваниями может достигать в некоторых регионах 1,5 % от всего населения [1]. Подобные тенденции неутешительны, поскольку жители России умирают от новообразований на 15-20 лет раньше, чем в Европе и Америке [4]. Все это предопределяет векторы деятельности современного здравоохранения.

Цель работы: Изучение медицинской активности пациентов с онкологической патологией в последний год жизни в целях анализа дефектов диагностики.

Материалы и методы

Проанализированы дефекты диагностики и лечения 568 пациентов в возрасте от 24 до 94 лет, умерших от онкологических заболеваний. В числе умерших было 288 мужчин, 280 женщин. Ретроспективно исследована обращаемость этих пациентов в течение одного года перед смертью в лечебно-профилактические учреждения, для чего была сформирована электронная база данных об обращениях пациентов за медицинской помощью.

Данные представлялись в виде стандартизованных показателей, относительных величин, средних (М), ошибок средних (m). Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета прикладных программ "SPSS 17.0".

Результаты и обсуждение

Больные онкологическими заболеваниями используют значительные ресурсы здравоохранения во всех возрастах. В поликлинические учреждения выполняется 11,3-31,8 посещений на одного больного (11,3 — 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 (0,0 у лиц старше 90 лет, 0,2-0,3 — 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. Углубленный анализ показал, что причина в значительном числе осложнений течения болезни, отсутствии показаний к госпитализации и распространенное мнение врачей о «бесперспективности» пациента.

Среди 568 пациентов, умерших от новообразований, 562 (98,9%) 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 (100,0%). Оценивая количественные показатели обращаемости отмечается, что в группе 30-39 лет среднее число обращений составило $34,7 \pm 3,8$, что в 2,8 раза выше, чем в старших возрастных группах ($12,3 \pm 3,8$) и в 1,5-1,9 раз больше, чем в других возрастных группах (18,5-23,6). От 96,2% 40-49-летних до 100,0% пациентов из самых младших и старших возрастных групп обращались в поликлинику. Максимальное число обращений в поликлинику зафиксировано в группе 30-39 лет ($31,8 \pm 4,0$), несколько ниже — у лиц от 50 до 79 лет ($21,0 \pm 2,0$), минимальное — в младших и старших возрастах ($13,5 \pm 5,3$ и $11,3 \pm 3,6$ соответственно).

У 61 пациента в возрасте $74,4 \pm 1,3$ года, умерших от новообразований (10,9 % от общего числа), диагноз не был установлен прижизненно. Наиболее часто диагноз прижизненно не выставлялся у пациентов 70-79 и 80-89 лет (36,1% и 34,4% соответственно), реже — у пациентов 60-69 и 50-59 лет (14,8% и 8,2 % соответственно), в 3,3% случаев у пациентов 40-49 лет, а также у долгожителей. У пациентов младше 40 лет подобных случаев не зафиксировано.

Частота данного наблюдения увеличивается с возрастом пациента: 5,6-7,7% пациентов в возрастах от 40 до 70 лет, 24,4% пациентов 80-89 лет, 66,7% пациентов старше 90 лет.

В течение 1 года перед смертью, пациенты этой группы значительное число раз обращались за медицинской помощью, особенно в амбулаторно-поликлинические учреждения и круглосуточные стационары (табл. 1), однако несмотря на это, прижизненный диагноз им выставлен не был.

Как видно из рис. 1, большинство из поставленных посмертно диагнозов, могли и должны были быть поставлены прижизненно, что могло бы, при адекватном лечении, сохранить жизнь пациенту. Причинами смерти стали:

— в 24 случаях (39,3%, средний возраст — $77,9 \pm 1,7$ лет) — злокачественные новообразования органов пищеварения;



— в 12 случаях (19,7%, средний возраст — $72,2 \pm 2,3$ лет) — злокачественные новообразования органов дыхания и грудной клетки, из них 10 случаев — злокачественные новообразования бронхов и легкого;

— в 7 случаях (19,7%, средний возраст — $69,0 \pm 4,6$ лет) — злокачественные новообразования женских половых органов;

— по 2 случая — злокачественные новообразования молочной железы (женщины 50 и 58 лет), злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей (пациенты 80 и 94 лет);

— новообразования других органов и тканей — по 1 случаю.

Приведем несколько примеров некачественного наблюдения за пациентами, приведшие к смерти пациента и свидетельствующие об отсутствии «онкологической настороженности» у медицинских работников.

В 41,7 % случаев пациентам (средний возраст $76,8 \pm 2,0$ лет), умершим от злокачественных новообразований органов дыхания, прижизненно выставлялись различные заболевания органов дыхания (пневмонии, бронхиты, ларингиты), зачастую неоднократно, новообразования не распознаны.

В 16,6% случаев пациентам (средний возраст $69,8 \pm 3,9$ лет), умершим от злокачественных новообразований желудка, прижизненно неоднократно выставлялись диагнозы «гастрит и дуоденит» (K29), а также ряд других заболеваний органов пищеварения, новообразования не распознаны.

Пациентами 78 и 86 лет, умершими от злокачественного новообразования желудка (C16) выполнено 26 и 30 посещений в поликлинику соответственно, выставлено 6 и 10 диагнозов соответственно, новообразования не были распознаны.

Пациентом 77 лет, умершим от злокачественного новообразования прямой кишки (C20) в течение года было выполнено 23 обращения в поликлинику и 2 госпитализации в круглосуточные стационары, выставлено 12 диагнозов, новообразование распознано не было.

Пациенткой 50 лет, умершей от злокачественного новообразования молочной железы, выходящего за пределы одной локализации (C50.8), было выполнено 19 обращений в поликлиники, при которых в общей сложности было выставлено 7 заболеваний различных органов и систем, однако новообразование распознано не было.

Пациенткой 71 года, умершей от злокачественного новообразования тела матки (C54.9), было выполнено

Таблица 1

Среднее число обращений за медицинской помощью среди пациентов, умерших от сердечно-сосудистых заболеваний, обращавшихся за различными видами медицинской помощи в течение последнего года жизни, но не лечившихся от заболеваний, послуживших причиной смерти ($M \pm m$)

Возраст	Поликлиника	Стационар	Дневной стационар	Неотложная помощь
40-49	$3,0 \pm 0,0$	$1,0 \pm 0,0$	$0,0 \pm 0,0$	$0,0 \pm 0,0$
50-59	$6,2 \pm 3,2$	$1,0 \pm 0,0$	$0,0 \pm 0,0$	$0,0 \pm 0,0$
60-69	$12,9 \pm 2,8$	$3,0 \pm 0,4$	$1,0 \pm 0,0$	$1,0 \pm 0,0$
70-79	$10,9 \pm 2,1$	$1,2 \pm 0,1$	$1,0 \pm 0,0$	$1,0 \pm 0,0$
80-89	$11,0 \pm 2,2$	$1,3 \pm 0,2$	$1,0 \pm 0,0$	$1,0 \pm 0,0$
90 и выше	$8,0 \pm 3,5$	$2,0 \pm 0,0$	$0,0 \pm 0,0$	$1,0 \pm 0,0$
Итого	$10,6 \pm 1,2$	$1,5 \pm 0,2$	$1,0 \pm 0,0$	$1,0 \pm 0,0$

41 обращение в поликлинику и 1 — в дневной стационар, в ходе которых ей было выставлено 9 диагнозов, однако новообразование также распознано не было.

Пациенткой 83 лет, умершей от злокачественного новообразования яичника (C56) было выполнено 5 посещений в поликлинику (из них 2 — к гинекологу), 1 госпитализация в круглосуточный стационар, выставлено 3 диагноза, в том числе диагноз N83.2 (другие и неуточненные кисты яичника), новообразование не распознано.

Пациенткой 80 лет, умершей от хронического лимфоцитарного лейкоза (C91.1) выполнено 32 обращения в поликлинику, 1 госпитализация в круглосуточный стационар, выставлено 7 диагнозов, хронический лимфоцитарный лейкоз распознан не был.

Среди умерших пациентов от новообразований только 6 человек не обращались за медицинской помощью, что составляет 1,06% от числа наблюдений. Данный факт свидетельствует о том, что выявлению при жизни подлежат абсолютное большинство новообразований при качественном обследовании и наблюдении за пациентами, даже не прибегая к активному наблюдению за гражданами (вызов на прием к врачу). Причинами смерти стали:

- злокачественное новообразование глаза и его придаточного аппарата;
- злокачественное новообразование желудка, выходящее за пределы одной локализации;
- злокачественное новообразование бронхов и легких;
- злокачественное новообразование тела матки;
- злокачественное новообразование поджелудочной железы, выходящее за пределы одной локализации;
- злокачественное новообразование предстательной железы.

Очевидно, что наиболее серьезные дефекты наблюдения и лечения пациентов с онкологическими заболеваниями отмечены при лечении (или отсутствии такого) пациентов пожилого возраста. Помимо низкого качества обслуживания пациентов это приводит к необоснованной перегрузке поликлиник и стационаров. Лечение больных пожилого и старческого возраста должно быть тесно взаимосвязано и с высоким уровнем их социального обслуживания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гордиенко В.П., Вахненко А.А., Савельева Е.П. Заболеваемость и смертность населения от злокачественных новообразований в Амурском регионе // Сибирский медицинский журнал. — Иркутск, 2010. — Т. 93. №2. — С. 93-95.
2. Ерофеев Ю.В., Равдугина Т.Г., Гальчиков Ю.И. Характеристика смертности населения Омской области // Здравоохранение РФ. — 2009. — № 5. — С. 40-43.

3. Демографический ежегодник: Стат. сборник. — Омск: Омскстат, 2010. — 95 с.

4. Щепин О.П., Белов В.Б., Щепин В.О. Особенности динамики смертности населения Российской Федерации // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2006. — № 6. — С. 6-10.

Информация об авторе: 644007, г. Омск, ул. Рабиновича, 93,
Департамент здравоохранения; тел. (3812) 78-79-50, e-mail: msn77@mail.ru
Мальцев Сергей Николаевич — начальник отдела департамента, к.м.н.