

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ РАКОМ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ

*Кафедра общественного здоровья, здравоохранения и истории медицины
Кубанского государственного медицинского университета,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4, тел. (861) 2686229. E-mail: borisvoy@mail.ru*

Проведен анализ современного состояния онкологической помощи больным раком ободочной кишки в Краснодарском крае и путей ее совершенствования. Представлены: структура онкологической службы; коечный фонд онкологической сети края и показатели его использования; кадровый состав врачей-онкологов; динамика основных показателей состояния онкологической помощи и пути повышения качества специализированной помощи больным раком ободочной кишки.

Ключевые слова: рак ободочной кишки, организация помощи, показатели.

B. A. VOYTSEKHOVICH, R. K. KARIPIDI

CURRENT STATE AND WAYS OF IMPROVING CANCER CARE COLON CANCER PATIENTS IN KRASNODAR REGION

*Department of public health, healthcare and history of medicine of Kuban state medical university,
Russia, 350063, Krasnodar, Sedin st., 4, tel. (861) 2686229. E-mail: borisvoy@mail.ru*

Analysis the current state of cancer care to patients with colon cancer in the Krasnodar region and ways to improve it. Presented: the structure of cancer services; bedspace cancer network edge and the results of its use; cadre of oncologists, the dynamics of the main indicators of the state of cancer care and ways to improve the quality of the specialized-term care to patients with colon cancer.

Key words: colon cancer, the organization of care indicators.

Введение

Рост заболеваемости злокачественными новообразованиями, в том числе раком ободочной кишки, в Краснодарском крае требует совершенствования кадровой и материально-технической базы онкологической службы.

На протяжении пяти исследуемых лет (2004–2008 гг.) при росте числа заболевших и численности наблюдаемого контингента число специализированных онкологических учреждений, их штаты, объем онкологического коечного фонда не претерпели существенной динамики.

Коечный фонд онкологической сети края, который располагается в онкологических и лечебно-профилактических учреждениях, насчитывал в 2008 г. 1156 коек (2,4 на 10 000 населения при нормативе 4,0), в 2004 г. в крае их было 1428. Отрицательная динамика онкологических коек связана с частичной ликвидацией онкологических отделений в больницах общей лечебной сети, насчитывающих небольшое количество онкологических коек.

Широко проводимая в 90-х годах реструктуризация стационарного фонда частично коснулась и коек онкологического профиля, но признана нецелесообразной [2].

Материалы и методы исследования

Основными материалами исследования служили первичные медицинские документы «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака» (ф. № 1090/у) и статистические формы готовых отчетов краевого онкодиспансера. Всего за 5 лет изучено 4352 первичных медицинских документа.

Разработка и анализ заболеваемости злокачественными новообразованиями ободочной кишки осу-

ществлялись на основе Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-Х), рубрика С-18.

Результаты и их обсуждение

Анализ показателей оборота онкологической койки и среднего числа ее занятости в году свидетельствует об их стабильности в течение пяти лет. Так, в 2004 г. оборот койки был равен 14,9, в 2005 г. – 15,2, в 2006 г. – 15,9, в 2007 г. – 15,7, в 2008 г. – 15,9 больных, а среднее число дней занятости койки в 2004 г. – 320, в 2005 г. – 317, в 2006 г. – 325, в 2007 г. – 316, в 2008 г. – 317 дней.

Обращает на себя внимание значительное сокращение числа смотровых кабинетов: с 56 в 2004 г. до 43 в 2008 году. Последнее обстоятельство находит отражение в снижении числа больных со злокачественными новообразованиями, выявленными при профилактических осмотрах.

Штат врачей в онкологических учреждениях края составил в 2008 г. 241 врачебную должность, что на 8,7% больше, чем в 2004 г., что свидетельствует не только о стабильности кадрового состава, но и пополнении службы новыми кадрами (табл. 1).

Укомплектованность физическими лицами врачей-онкологов в целом по краю на 1.01.2008 г. составила 90,8%, врачей-радиологов – 89,8%, патологоанатомов – 48,6%.

Существенный недостаток специалистов отмечается в сельской местности. Число штатных единиц онкологов в ЦРБ в расчете на 1 тыс. выявленных больных за период с 2004 г. по 2008 г. снизилось на 6,5%. При этом значительное число ставок онкологов в ЦРБ не занято

**Кадровый состав врачей-онкологов и радиологов
в Краснодарском крае в 2004, 2008 гг.**

	Онкологи		Радиологи	
	2004 г.	2008 г.	2004 г.	2008 г.
Число штатных должностей	154,0	241,0	77,0	79,0
Из них в поликлинике	99,0	131,0	-	-
Число физических лиц	133	190	50	52

или закреплено за врачами других специальностей, не имеющими соответствующей квалификации для обеспечения диагностической и лечебной помощи онкологическим больным. В связи с этим увеличилась нагрузка на врача-онколога. За пятилетний период среднее число больных со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете, в расчете на одного врача возросло с 336,9 до 408,6. Возросла нагрузка и на онколога, состоящего в штате центральной районной больницы.

Анализ показателей качества оказания онкологической помощи больным раком ободочной кишки свидетельствует об отсутствии их выраженной динамики за исследуемые пять лет (табл. 2).

Основным критерием надежности и достоверности диагноза является его морфологическая верификация.

Показатель морфологической подтвержденности диагноза рака ободочной кишки в Краснодарском крае был относительно стабильным на протяжении пяти исследуемых лет, и лишь в 2007 г. его уровень был выше (87,0%) и был близким к такому в среднем по России – 86,9%. Отсутствие динамики к росту показателя морфологической верификации диагноза является фактом, свидетельствующим о неуклонном качестве специализированной онкологической помощи больным с этой локализацией рака.

Одним из основных параметров, определяющих прогноз онкологического заболевания, является степень распространенности опухолевого процесса на момент диагностики.

В Краснодарском крае удельный вес больных злокачественными новообразованиями ободочной кишки, выявленными уже при наличии отдаленных метастазов, составил в 2008 г. 22,8%. Следовательно, почти каждый четвертый выявленный больной уже не подлежал радикальному лечению (табл. 2).

Показатель запущенности в течение трех из пяти исследуемых лет (2004–2006 гг.) был практически одинаковым (26,9%, 28,9% и 29,7% соответственно). Положительные тенденции, свидетельствующие о более ранней диагностике рака ободочной кишки в крае, отмечаются в 2007 и 2008 гг. (25,9% и 22,8%).

Значительное число больных, не подлежащих радикальному лечению, выявлено в Новопокровском (34,2%), Тбилисском (35,6%), Крыловском (37,2%), Тимашевском (39,1%), Белореченском (39,6%), Апшеронском (41,4%), Белоглинском (42,5%) районах.

Здесь следует обратить внимание на то, что оценку удельного веса больных, выявленных в IV стадии заболевания, необходимо проводить в комплексе с такими критериями, как процент больных, выявленных с посмертно установленным диагнозом злокачественного новообразования, и одногодичная летальность, то есть летальность на первом году с момента установления диагноза [1, 4].

Приведенные данные свидетельствуют о том, что уровень диагностики рака ободочной кишки в Краснодарском крае является недостаточным. Показатель одногодичной летальности в 2008 г. в Краснодарском крае составил 22,7%. Этот довольно высокий показатель, несмотря на некоторое снижение на протяжении 5 исследуемых лет (2004–2008 гг.), свидетельствует о том, что врачи поздно устанавливают правильный диагноз, учитывающий степень распространенности опухолевого процесса при раке ободочной кишки. Он свидетельствует и о недостаточном уровне подготовки как онкологов, так и врачей лечебной сети по диагностике злокачественных опухолей ободочной кишки и низком качестве проведения профилактических осмотров населения.

Соотношение показателей одногодичной летальности и запущенности характеризует уровень несоответствия между удельным весом больных с опухолевым

Таблица 2

**Динамика основных показателей состояния онкологической помощи
больным раком ободочной кишки (2004–2008 гг.)**

Годы	Морфологическая верификация диагноза (%)	Выявлено при профилактических осмотрах (в % к новым больным)	Распределение вновь выявленных больных по стадиям процесса (%)				Одногодичная летальность
			I–II	III	IV	Стадия не установлена	
2004	84,4	1,2	55,4	17,6	26,9	0,1	26,4
2005	85,2	0,8	59,3	11,6	28,9	0,2	25,2
2006	85,3	0,9	57,8	12,4	29,7	0,1	22,5
2007	87,0	1,0	55,8	18,1	25,9	0,2	20,9
2008	84,3	1,1	59,7	17,4	22,8	0,1	22,7

**Соотношение показателей запущенности (З) и одногодичной летальности (ОЛ)
у больных раком ободочной кишки в Краснодарском крае
в динамике за 5 лет (2004–2008 гг.)**

Годы	Одногодичная летальность (%)	Запущенность (%)	Индекс ОЛ/З
2004	26,4	26,9	0,9
2005	25,2	28,9	0,9
2006	22,5	29,7	0,8
2007	20,9	25,9	0,7
2008	22,7	22,8	0,9

процессом IV стадии и фактической запущенностью. Показатель запущенности, т. е. процент пациентов с IV стадией заболевания, является одним из основных критериев оценки диагностического компонента помощи онкологическим больным в учреждениях общей лечебной сети (табл. 3).

Запущенные случаи при раке ободочной кишки составляют $\frac{1}{4}$ от всех пациентов. В Краснодарском крае, как и в целом по России, сохраняется не только высокая запущенность, но и одногодичная летальность. Вместе с тем обращает на себя внимание снижение за исследуемые пять лет доли запущенных случаев рака ободочной кишки: с 26,9% в 2004 г. до 22,8% в 2008 г.

Аналогичные процессы наблюдаются и в динамике одногодичной летальности: отмечено снижение этого показателя за прошедшие пять лет: с 26,4% в 2004 г. до 22,7% в 2008 г.

Расхождение показателей запущенности и одногодичной летальности наиболее значительным было в Отрадненском (1,2), Староминском (1,2), Крыловском (1,3), Ленинградском (1,3), Успенском (1,3), Абинском (1,4), Апшеронском (1,4), Калининском (1,4), Мостовском (1,5) и Тихорецком (1,5) районах.

Здесь следует отметить особенности интерпретации показателя одногодичной летальности применительно к административным территориям. В работах ряда авторов, касающихся контроля качества онкологической помощи населению, подчеркивается, что такая интерпретация должна проводиться с учетом качества слежения за состоянием больных и оценки достоверности диагностики [3, 5, 6].

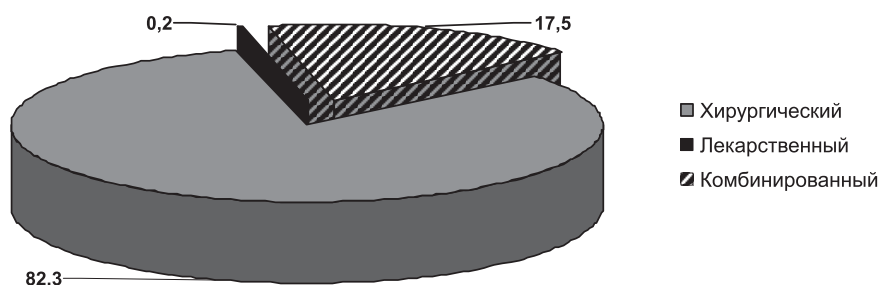
Из разнообразных аспектов исследований по проблеме рака ободочной кишки особое значение в настоящее время придается вопросам ранней диагностики этого заболевания, что может быть обеспечено своевременной и эффективной организацией массовых профилактических осмотров. Разным видам профилактических осмотров в крае ежегодно подвергаются

значительные контингенты населения, однако эффективность их чрезвычайно низка (7,8% из общего числа больных с впервые в жизни установленным диагнозом), а выявляемость больных ранними стадиями рака ободочной кишки при профосмотрах за исследуемые 5 лет составила всего 0,1–0,9%.

Вместе с тем анализ показателей активной диагностики рака ободочной кишки в крае показал, что в ряде районов вообще не проводятся профилактические и скрининговые обследования населения (Павловский, Успенский, Крыловский, Курганинский, Северский, Тбилисский, Новопокровский, Отрадненский, Динской, Кущевский).

В настоящее время имеется достаточно широкий арсенал методов ранней диагностики рака ободочной кишки. Однако массовое применение этих относительно сложных (ректоскопия, ректороманоскопия) диагностических процедур при профосмотрах всего населения нереально. Необходим поиск методов для выделения из населения тех ограниченных контингентов, групп риска, из которых и выходит большинство случаев рака ободочной кишки. Для осуществления этих задач необходимо прежде всего изучить факторы, увеличивающие риск возникновения ракового заболевания, выработать на их основе критерии для выделения из населения лиц с повышенным риском заболеть раком ободочной кишки. К ним в первую очередь относятся лица, имеющие предрасположенность к различным формам полипоза, больные неспецифическим язвенным колитом, особенно с длительным течением этого заболевания, лица с одиночными или множественными полипами толстой кишки.

В 2008 г. закончили специальное лечение 63,1% больных раком ободочной кишки. Характер проводимого лечения определялся степенью распространения опухолевого процесса, т. е. стадией заболевания. Так, при первых трех стадиях хирургический метод лечения в качестве единственного выполнялся у 82,3% пролеченных больных (рисунок).



**Удельный вес различных методов, применявшихся при лечении больных
раком ободочной кишки в Краснодарском крае в 2008 г. (%)**

Удельный вес комбинированного лечения (хирургический + лекарственный) составил 17,5%. Только лекарственное как самостоятельное лечение использовалось лишь в 0,2% случаев.

При III и IV стадиях распространения опухолей лекарственное лечение использовалось как предоперационное и послеоперационное.

Следует отметить, что симптоматическое лечение больных IV стадии, характеризующееся широкой генерализацией опухолевого процесса, проведено в 23,4% случаев. При этом удельный вес симптоматического лечения за исследуемые пять лет увеличился с 13,2% в 2004 г. до 23,4% в 2008 г., что является свидетельством поздней диагностики этого заболевания.

Отмеченный выше рост заболеваемости требует улучшения ранней диагностики и лечения больных раком ободочной кишки, непрямым условием которых должны быть: повышение уровня подготовки по онкологии врачей общей лечебной сети, обязательное знание региональных особенностей распространения злокачественных новообразований ободочной кишки, использование при проведении массовых профилактических обследований населения доступных, простых методов, которые информировали бы врачей о заболевании и диктовали необходимость углубленного обследования. К таким методам относится «гемокульт-тест», основанный на выявлении скрытой крови в кале пациента с помощью гваяковой реакции. По данным исследований зарубежных авторов [7, 8], за последние годы гемокульт-тест является едва ли не единственным скрининговым тестом для колоректального рака. По мнению перечисленных авторов, указанный метод может рассматриваться не только как способ раннего выявления рака, но и как способ профилактики. Использование организационно легко выполнимых исследований необходимо еще и потому, что при проведении профилактических осмотров врач сталкивается с рядом трудностей, в первую очередь с нежеланием практически здорового человека подвергаться таким процедурам, как ректоскопия, колоноскопия и т. д.

Одним из условий повышения качества онкологической помощи являются усиление организационно-методической деятельности онкологических учреждений края, в первую очередь онкологических диспансеров, их тесная связь с органами и учреждениями всей системы здравоохранения.

Таким образом, анализ организации онкологической помощи населению Краснодарского края показал, что существует ряд проблем, связанных с необходимостью ее совершенствования, прежде всего в выявлении рака ободочной кишки на ранней стадии, совершенствования системы скрининг-диагностических исследований, направленных на поиск методов для выделения среди населения тех ограниченных контингентов, групп риска, из которых и выходит большинство случаев заболеваний раком ободочной кишки.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Вашакмадзе Л. А.* Диагностика и лечение рака прямой кишки: современное состояние проблемы / Л. А. Вашакмадзе, В. Н. Хомяков, Д. В. Сидоров // Российский онкологический журнал. – 1999. – № 6. – С. 47–54.
2. *Вишняков Н. И.* Здоровье населения и здравоохранение Санкт-Петербурга в зеркале статистики в 1990-е годы (некоторые размышления по поводу основных медико-статистических показателей) // Проблемы городского здравоохранения. Выпуск 5. – СПб, 2000. – С. 4–12.
3. *Новиков Г. А., Чиссов В. И., Осипова Н. А. и др.* Современное состояние и перспективы развития паллиативной помощи в онкологии в России // Мат. Всерос. научн. конфер. «Организационные вопросы ранней диагностики, профилактики злокачественных новообразований и паллиативной помощи онкологическим больным». – Казань, 2003. – С. 170–172.
4. *Мерабишвили В. М.* Сравнительные данные пятилетней выживаемости больных злокачественными новообразованиями желудочно-кишечного тракта, леченных в специализированных онкологических учреждениях и хирургических стационарах общей лечебной сети // Вопросы онкологии. – 2007. – Том 53. № 3. – С. 269–273.
5. *Мерабишвили В. М.* Заболеваемость населения России злокачественными новообразованиями за период с 1996 по 2001 г. // Вопросы онкологии. – 2003. – Т. 28. № 10. – С. 26–77.
6. *Давыдов М. И., Аксель Е. М.* Заболеваемость злокачественными новообразованиями населения России и стран СНГ в 2006 году // Вестник Российского онкологического научного центра имени Н. Н. Блохина РАМН. – М., 2008. – № 2. Т. 19. – С. 52–57.
7. *Faivre J.* Screening for colorectal cancer: who, when, how? 3 International conference. – Dublin (Ireland), 2001, June 7–9. – P. 13.
8. *Berlin N. I.* Breast cancer screening: the case for screening women younger than 50 years // J. A. M. A. – 2001. – V. 245. № 10. – P. 1060.

Поступила 03.03.2011

**С. П. ВЧЕРАШНЮК, А. Х. КАДЕ, В. П. ЛЕБЕДЕВ, А. Ю. ТУРОВАЯ,
Е. А. ГУБАРЕВА, Н. М. БАКУМЧЕНКО, Ю. А. БОГДАНОВА, С. А. ЗАНИН**

ВЛИЯНИЕ ТЭС-ТЕРАПИИ НА УРОВЕНЬ ЦИТОКИНОВ ПРИ ГЕСТОЗЕ

*Кафедра общей и клинической патофизиологии
Кубанского государственного медицинского университета,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4, тел. 8918-499-18-53*

Целью работы явилось изучение влияния ТЭС-терапии на уровень интерлейкина-6 (ИЛ-6) и интерлейкина-10 (ИЛ-10) у беременных с гестозом.

Установлено, что количество этих цитокинов при гестозе легкой и средней степени тяжести повышается. Применение ТЭС-терапии в комплексном лечении гестоза способствует восстановлению гомеостаза цитокинов. Использование этого метода в комплексном лечении позволяет снижать уровень маркера провоспалительного звена (ИЛ-6) и активировать продукцию противовоспалительных цитокинов (ИЛ-10).