

Медицинская результативность диспансеризации пациентов онкоурологического профиля на примере регионального здравоохранения

Г.Г. Бояджан, А.А. Костин

ФГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов»

Авторами представлен сравнительный анализ предварительных результатов реализации Приказа Министерства здравоохранения РФ по диспансеризации определенных групп взрослого населения в Кемеровской области для пациентов с онкоурологическими заболеваниями за 2011–2014 гг. Полученные данные суммированы по основным нозологическим формам и с учетом 3 временных периодов: до начала исполнения (2011–2012 гг.), начало исполнения (2013 г.) и подведение первых результатов диспансеризации (2014 г.).

Реализация программы по диспансеризации пациентов онкоурологического профиля в Кемеровской области привела к достоверному повышению первичного активного выявления рака почки и рака предстательной железы в 2013 г. ($p > 0.01$) и в 2014 г. ($p > 0.05$).

Ключевые слова: диспансеризация, онкоурология, региональное здравоохранение.

The authors have presented a comparative analysis of preliminary results obtained after the implementation of the order from Healthcare Ministry of Russia on screening adult patients with onco-urologic diseases in Kemerenskaya region in 2011–2014. The obtained findings were summarized by three nosologic forms and by three periods: before the implementation (2011–2012); beginning (2013); first screening results (2014).

The performed implementation of the project on screening patients with onco-urologic profile in Kemerenskaya region has increased a primary active diagnostics of renal and prostate cancer in 2013 ($p > 0.01$) and in 2014 ($p > 0.05$).

Key words: screening, onco-urology, regional healthcare system.

Диспансеризация в Российской Федерации в настоящее время регламентируется Приказом Министерства здравоохранения РФ от 3 декабря 2012 г. N1006н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения». Процедура диспансеризации подразумевает проведение комплекса мероприятий, включающих профилактический медицинский осмотр здоровых людей врачами на поликлиническом уровне. Дополнительный этап диспансеризации предусматривает проведение ряда стандартных тестов, анализов, выполнение соответствующих обследований и консультаций врачами-специалистами [4].

По мнению ряда авторов, подобный принцип оправдан при массовом первичном обследовании населения. В оптимальных условиях дополнительный этап диспансеризации должен предусматривать четкое разделение пациентов по определенным группам риска. Соответственно дополнительное обследование необходимо планировать и реализовывать по конкретным, специфичным показаниям, сугубо индивидуальным для установленных групп риска по тем или иным заболеваниям [5, 6].

Это положение должно иметь отношение ко всем разделам современной медицины, в том числе к такой быстро развивающейся сфере медицинской науки и практики с широким применением уникальных и наукоемких технологий, специализированного медицинского оборудования, какой является онкоурология. Достижения

современной онкоурологии предъявляют высокие требования к ранней диагностике и выбору способа лечения онкоурологической патологии. С учетом распространенности основных онкоурологических заболеваний в настоящем исследовании рассматриваются рак почки (РП), рак мочевого пузыря (РМП) и рак предстательной железы (РПЖ).

В 2013 г. на РП в стране приходилось 3,9% всех злокачественных новообразований. С 2003 по 2013 г. стандартизованный показатель общей (для обоих полов) заболеваемости РП на 100 тыс. населения увеличился с 10,43 до 14,56 (прирост на 41%). За этот же период смертность от РП в стране увеличилась с 7869 до 8459 человек [2]. По данным литературы, в значительном числе наблюдений РП, особенно небольших размеров, может иметь длительный период бессимптомного течения и является случайной находкой, например, при проведении профилактических осмотров [1].

В 2013 г. РМП занимал в стране 8-е место в структуре общей онкологической заболеваемости, с частотой 2,7% всех злокачественных новообразований. С 2003 по 2013 г. стандартизованный показатель общей заболеваемости РМП на 100 тыс. населения увеличился с 8,70 до 9,98 (прирост на 15,86%). Вместе с тем за этот же период общая смертность от РМП в РФ в абсолютных цифрах снизилась с 5909 до 5144 человек [2]. Именно для РМП характерно нарастание заболеваемости в зависимости от возраста, следова-

тельно, негативное социальное значение РМП в большей степени выражено среди лиц пожилого и старческого возраста [8].

В 2012–2013 гг. РПЖ занимал 2-е место в структуре онкологической заболеваемости мужского населения РФ. По статистическим данным, на долю РПЖ в стране в 2013 г. приходилось 5,9% всех злокачественных новообразований. Смертность от РПЖ в РФ в абсолютных цифрах возросла с 7467 человек в 2003 г. до 11 111 человек в 2013 г. (прирост на 67,2%) [2]. Именно для РПЖ характерно длительное бессимптомное (доклиническое) течение, исчисляемое несколькими годами. Как следствие, на долю локализованных форм РПЖ приходится около 31,5% всех впервые диагностированных случаев. Напротив, местнораспространенные и/или генерализованные формы РПЖ диагностируются у 68,5% пациентов [7].

Таким образом, своевременное выявление, в первую очередь на ранних бессимптомных стадиях, основных онкоурологических заболеваний является актуальной задачей дополнительного этапа диспансеризации.

Цель исследования – подведение предварительных итогов и оценка медицинской результативности при проведении диспансеризации пациентов онкоурологического профиля на примере регионального здравоохранения.

Объект и методики исследования

Объектом исследования являлись первые результаты реализации Приказа Министерства здравоохранения РФ от 3 декабря 2012 г. N1006н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» при диспансеризации пациентов онкоурологического профиля в Кемеровской области (КО).

Обоснованием выбора именно этого региона служат следующие обстоятельства. Во-первых, КО является индустриально развитым регионом с широким представительством горнодобывающих предприятий (шахты и разрезы), металлургического производства (черная и цветная металлургия), предприятий обрабатывающего комплекса и химического производства. Таким образом, условия проживания населения области связаны с влиянием вредных производственных и экологических факторов.

Во-вторых, КО – самый густонаселенный регион Сибири и азиатской части России, население области составляет около 2 млн.725 тыс. человек, при этом большинство проживает в городах – 85,7%.

В-третьих, КО имеет хорошо развитую и структурированную систему здравоохранения. В частности, в 2014 г. первичная медико-санитарная помощь населению области оказывалась в 368

медицинских организациях и консультативно-диагностических центрах, мощность которых составляла 62 578 посещений в смену. В 2014 г. в КО функционировали 86 больничных учреждений и 21 диспансер, с общим количеством коек 21 441. Обеспеченность койками населения области составляла 78,4 на 10 тыс. населения (в РФ – 81,5). Средняя занятость койки урологического профиля составила в 2014 г. 330 дней, средняя длительность пребывания – 8,6 дня.

Кроме этого, в КО большое внимание уделяется подготовке и переобучению медицинских кадров. На территории области функционируют ГБОУ ВПО Кемеровская государственная медицинская академия (КемГМА) и ГБОУ ДПО Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей (НГИУВ) МЗ РФ. Подготовка специалистов со средним медицинским образованием проводится в ГБОУ СПО «Кемеровский областной медицинский колледж» и 9 его филиалах.

В настоящее исследование включены результаты деятельности системы здравоохранения КО на основе базы данных государственной и отраслевой статистики, статистические данные единого информационного пространства системы здравоохранения по разделам онкология и уронефрология за 2011–2014 гг. [3]. В соответствии с этими данными подведены первые итоги реализации Приказа Министерства здравоохранения РФ от 3 декабря 2012 г. N1006н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения».

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась по общепринятым методам вариационной статистики. Для проверки гипотезы о нормальном распределении выборок применялся критерий Пирсона (χ^2).

Результаты исследования

Результаты проводимой в КО диспансеризации, направленной на выявление онкоурологической патологии, представлены в табл. 1. Полученные результаты можно разделить на 3 подгруппы: до начала исполнения программы диспансеризации (2011–2012 гг.), начало исполнения (2013 г.) и подведение первых результатов реализации (2014 г.) Приказа Министерства здравоохранения РФ о проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения.

Статистических различий впервые выявленной онкоурологической патологии до начала исполнения программы диспансеризации в 2011–2012 гг. не установлено. Значение $\chi^2_{эмп}$ для основных видов онкоурологической патологии колебалось от 0.012 до 0.064, что заведомо ниже критического значения $\chi^2_{p>0,05}$ (3.841).

Таблица 1

Онкоурологическая патология, выявленная при диспансеризации в Кемеровской области за 2011–2014 гг. (абс.)

Выявленная патология	2011 г.			2012 г.		
	всего	м.	ж.	всего	м.	ж.
Рак почки	33	18	15	30	16	14
Рак МП	8	6	2	7	6	1
Рак предстательной железы	51	51	—	52	52	—
Итого ...	92	75	17	89	74	15
Выявленная патология	2013 г.			2014 г.		
	всего	м.	ж.	всего	м.	ж.
Рак почки	57	30	27	82	44	38
Рак МП	15	11	4	28	19	9
Рак предстательной железы	89	89	—	124	124	—
Итого ...	161	127	34	234	187	47

Таблица 2

Онкоурологическая патология, выявленная при диспансеризации в Кемеровской области за 2011–2014 гг.

Рак почки		Достоверность	
		$\chi^2_{\text{эмп}}$	критическое значение
2011/2012	33/30	0.064	$p < 0.05$ (3.841)
2012/2013	30/57	7.77	$p > 0.01$ (6.635)
2013/2014	57/82	4.144	$p > 0.05$ (3.841)
Рак мочевого пузыря		Достоверность	
		$\chi^2_{\text{эмп}}$	критическое значение
2011/2012	8/7	0.012	$p < 0.05$ (3.841)
2012/2013	7/15	2.228	$p < 0.05$ (3.841)
2013/2014	15/28	3.348	$p < 0.05$ (3.841)
Рак предстательной железы		Достоверность	
		$\chi^2_{\text{эмп}}$	критическое значение
2011/2012	51/52	0.018	$p < 0.05$ (3.841)
2012/2013	52/89	9.192	$p > 0.01$ (6.635)
2013/2014	89/124	5.428	$p > 0.05$ (3.841)

Анализ впервые выявленной онкоурологической патологии при диспансеризации построен по нозологическим формам и представлен в табл. 2.

В соответствии со сведениями, представленными в табл. 2, статистических различий в выявлении РП до начала исполнения программы по диспансеризации определенных групп взрослого населения в 2011–2012 гг. не выявлено. С началом реализации этой программы с 2013 г. выявление РП достоверно увеличилось суммарно для обоих полов.

Несмотря на увеличение количества впервые зарегистрированных случаев в абсолютных цифрах, достоверного улучшения выявления РМП до начала исполнения программы диспансеризации (2011–2012 гг.), на первых этапах исполнения

(2013 г.) и при подведении предварительных результатов реализации (2014 г.) программы диспансеризации определенных групп взрослого населения в КО не достигнуто (см. табл. 2).

Напротив, уже на первых этапах исполнения (2013 г.) и при подведении предварительных результатов реализации (2014 г.) программы диспансеризации определенных групп взрослого населения в КО достоверно повысилось активное выявление РПЖ (см. табл. 2).

В статистике первичного активного выявления РП и РМП с учетом пола, несмотря на преобладание среди зарегистрированных пациентов лиц мужского пола, достоверного различия не получено (табл. 3 и 4).

Таблица 3

Рак почки, выявленный при диспансеризации в Кемеровской области за 2011–2014 гг., в зависимости от пола

Рак почки (мужчины)		Достоверность	
		$\chi^2_{\text{эмп}}$	критическое значение
2011/2012	18/16	0.03	$p < 0.05$ (3.841)
2012/2013	16/30	3.674	$p < 0.05$ (3.841)
2013/2014	30/44	2.284	$p < 0.05$ (3.841)
Рак почки (женщины)		Достоверность	
		$\chi^2_{\text{эмп}}$	критическое значение
2011/2012	15/14	0.084	$p < 0.05$ (3.841)
2012/2013	14/27	3.512	$p < 0.05$ (3.841)
2013/2014	27/38	1.538	$p < 0.05$ (3.841)

Таблица 4

Рак мочевого пузыря у мужчин и женщин, выявленный при диспансеризации в Кемеровской области за 2011–2014 гг.

Рак мочевого пузыря (мужчины)		Достоверность	
		$\chi^2_{\text{эмп}}$	критическое значение
2011/2012	6/6	0.012	$p < 0.05$ (3.841)
2012/2013	6/11	0.942	$p < 0.05$ (3.841)
2013/2014	11/19	1.634	$p < 0.05$ (3.841)
Рак мочевого пузыря (женщины)		Достоверность	
		$\chi^2_{\text{эмп}}$	критическое значение
2011/2012	2/1	расчет не корректен	
2012/2013	1/4	расчет не корректен	
2013/2014	4/9	1.23	$p < 0.05$ (3.841)

Таблица 5

Онкоурологическая патология, выявленная при диспансеризации в Кемеровской области, с учетом пола пациентов

Год	Мужчины	Женщины	Достоверность	
			$\chi^2_{\text{эмп}}$	критическое значение
2011	75	17	35.316	$p > 0.01$ (6.635)
2012	74	15	37.798	$p > 0.01$ (6.635)
2013	127	34	52.572	$p > 0.01$ (6.635)
2014	187	47	82.568	$p > 0.01$ (6.635)

Очевидно, что именно за счет активно выявленного РПЖ в структуре онкоурологической патологии, выявленной при диспансеризации, достоверно преобладали лица мужского пола (табл. 5), причем на этапах реализации программы по диспансеризации определенных групп взрослого населения в КО достоверность различий в частоте выявленной онкоурологической патологии среди мужского и женского населения постоянно нарастала.

Заключение

Полученные сведения позволяют сделать предварительные выводы по реализации програм-

мы диспансеризации определенных групп взрослого населения в КО в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ от 3 декабря 2012 г. №1006н. Программа по диспансеризации определенных групп взрослого населения в КО привела в 2013 г. ($p > 0.01$) и в 2014 г. ($p > 0.05$) к достоверному повышению первичного активного выявления РП суммарно для обоих полов и к достоверному повышению первичного активного выявления РПЖ в 2013 г. ($p > 0.01$) и в 2014 г. ($p > 0.05$). Для выявления РМП, несмотря на увеличение абсолютного числа впервые зарегистрированных случаев, статистически значимых раз-

личий при подведении первых итогов реализации программы диспансеризации в Кемеровской области не достигнуто.

Литература

1. Алексеев Б.Я., Калпинский А.С. Тактика активного наблюдения у больных с новообразованиями почки. Журнал онкоурологии. 2012; 1 (8): 23-30.

2. Злокачественные новообразования в России в 2013 году (заболеваемость и смертность). Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «ФМИЦ им. П.А. Герцена» Минздрава России. 2015. 250 с.

3. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Кемеровской области в 2014 году. Кемерово. 2015: 287. //42.rosпотребнадзор.ru/documents/10156/af3376e8-...дата обращения 23 сентября 2015 г.

4. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 3 декабря 2012 г. N1006н «Об утверждении порядка прове-

дения диспансеризации определенных групп взрослого населения».

5. Свердлин Д.С. Медицинские эффекты и социальные оценки дополнительной диспансеризации населения: Автореф. дис... канд. мед. наук. Волгоград, 2009. 24 с..

6. Шастин И.В. Организационно-правовые и экономические аспекты проведения дополнительной диспансеризации в государственном амбулаторно-поликлиническом учреждении: Автореф. дис... канд. мед. наук. М., 2010. 24 с.

7. Are C., Colburn L., Rajaram S. et al. Disparities in cancer care between the United States of America and India and opportunities for surgeons to lead. J. Surg. Oncol. 2010; 102: 100–105.

8. Zaak D., Burger M., Otto W. et al. Prediction individual outcomes after radical cystectomy: an external validation of current nomograms. Brit. J. Urol. 2010; 106: 342-48.