

которых определяется единая тактика лечения первично выявленных онкологических больных, а также тактика в случае прогрессирования заболевания или возникновение осложнений у ранее леченных пациентов.

Широко внедрена химиолучевая терапия при раке шейки матки, раке легкого, раке пищевода, раке гор-тани.

Запущены в эксплуатацию новые аппараты для дистанционной лучевой терапии – линейные ускорители CLINAC-600, для брахитерапии – аппарат GammaMed Plus. Решена проблема близкофокусной лучевой терапии – установлен новый рентгенотерапевтический аппарат GULMAY D3225, также аппарат для моделирования лучевой терапии рентгеновский симулятор Acuity.

Осваиваются новые методики лечения. Но, в связи с тем, что при приобретении нового оборудования не учитывались современные требования к проведению лучевой терапии, возникли определенные трудности при лечении. Рентгенсимулятор недоукомплектован КТ-приставкой, а планирующая система работает только с поперечными срезами, поэтому приходится использовать компьютерный томограф для проведения планирования лучевой терапии. Линейные ускорители не оснащены мультилифт-коллиматорами, в связи с чем для формирования фигурных полей используются свинцовые блоки, количество и формы (возможности выложить фигурное поле) которых ограничены. На аппарате для брахитерапии в комплекте нет многих аппликаторов, например, для проведения брахитерапии простаты, поверхностных образований мягких тканей, молочной железы и др. При поставке аппарата для рентгенотерапии не было предусмотрено проведение клинической дозиметрии, в связи с чем эксплуатация его начата в начале второго полугодия.

Таким образом, в организации онкологической службы в Астане за последние два года произошли значительные изменения. Однако, имеющиеся субъективные и объективные проблемы влияют на объемы и качество оказания медицинской помощи населению. Так, возникают трудности, связанные с системой планирования оснащения медицинским оборудованием и организацией его гос. закупа.

ТҰЖЫРЫМ

ОНКОЛОГИЯ КӨМЕГІНІҢ КҮЙІ ЖӘНЕ ОНЫҢ ӨБДЕН ЖЕТІЛДІРУІН ЖОЛ ҚАЗІРГІ ШАРТТАРДАҒЫ МАМАНДАНДЫРЫЛҒАН ҚЫЗМЕТТІҢ ДАМУЫЛАРЫ

К.А. Мусабеков

Астананың қалалық онкология диспансері

Астана қаласының тұрғынына онкология көмегінің елде денсаулық сақтауды реформаның негізгі бағыттарына сәйкес соңғы жыл дамиды. Бапта шешімі мамандандырылған онкология көмегін жақсартуға мүмкіндік беретін мәселе айқындалған.

SUMMARY

CONDITION OF THE ONCOLOGICAL HELP AND WAY OF HER PERFECTION IN MODERN CONDITIONS OF DEVELOPMENT OF SPECIALIZED SERVICE

K.A. Musabekov

Astana City oncological clinic

The organization of the oncological help to the population of the city of Astana last years develops according to the basic directions of reform of public health services in the country. In article the problems which decision will allow to improve the specialized oncological help are revealed.

ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ СЛУЖБЫ НА УРОВНЕ ГОРОДСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

К.З. КУСАИНОВ

Городской онкологический диспансер, г. Астана

С целью выявления проблем, влияющих на качество, полноту и своевременность амбулаторно-поликлинической помощи онкологическим больным города, а также для определения путей совершенствования преемственности в работе онкологического диспансера с медицинскими организациями системы ПМСП была проведена оценка состояния организации службы на уровне ПМСП.

Для проведения внутреннего контроля качества оказываемых медицинских услуг в онкологическом диспансере города Астана организована служба внутреннего аудита (СВА).

На основе разработанных положений о деятельности СВА проводится анализ организации оказания медицинской помощи, клинической деятельности, экспертиза случаев нарушения порядка оказания медицинской помощи и стандартов в области здравоохранения, а также рассмотрение в пятидневный срок обращений пациентов, находящихся на лечении. Для этого была разработана программа управления качеством медицинской помощи. На основе программы утвержден план мер по ее реализации.

Внутренняя экспертиза в диспансере имеет многоуровневый характер:

– самоконтроль (врач поликлиники, медицинская сестра);

– контроль на уровне руководителей подразделений (заведующий отделением, старшая медицинская сестра);

– контроль, осуществляемый службой внутреннего аудита (в целом по организации).

Экспертной оценке в поликлинике диспансера обязательно подвергаются следующие случаи:

- расхождение диагнозов;
- запущенные формы онкологических заболеваний.

В ходе проведения внутренней экспертизы на всех её уровнях оцениваются полнота и своевременность диагностических мероприятий, адекватность выбора и соблюдение лечебных мероприятий, правильность и точность постановки диагноза; выявляются дефекты и их причины; разрабатываются рекомендации по устранению и предупреждению выявленных недостатков.

При проведении экспертизы в качестве источника информации используются первичные учетные медицинские документы, по которым оцениваются:

- качество сбора анамнеза;
- полнота и обоснованность проведения диагностических исследований;
- правильность, своевременность и обоснованность выставленного клинического диагноза;
- обоснованность нахождения на лечении;

- своевременность и качество консультаций специалистов;
- объём, качество и обоснованность проведения лечебных мероприятий, в том числе диспансерных, профилактических и реабилитационных;
- развитие осложнений после медицинских вмешательств.

Также оценивается удовлетворённость качеством оказанной медицинской помощи со стороны пациентов.

Экспертная оценка диспансерной работы врачей проводится по следующим критериям:

- кратность диспансерного наблюдения в течение года;
- качество обследования и соответствие видов обследований утверждённым протоколам диагностики и лечения, протоколам диспансерного наблюдения (согласно приказу МЗ РК от 14.11.2005 г. №571 «Об утверждении протоколов (стандартов) диспансеризации больных с хроническими формами заболеваний»;
- обоснованность проведения лабораторно-диагностических исследований, не вошедших в клинические протоколы;
- при направлении на госпитализацию – наличие показаний к стационарному лечению;
- регулярность наблюдений после выписки из стационара.

Результаты проведения внутренней экспертизы выносятся и разбираются на заседаниях внутрибольничных комиссий, на врачебных конференциях с целью повышения уровня знаний медицинских работников и выработки оптимальных подходов к лечебно-диагностическому процессу, с последующим принятием организационных выводов. Степень удовлетворённости граждан уровнем и качеством оказываемой медицинской помощи определяется путём анкетирования пациентов.

Анализ показал, что впервые взято на учет по г. Астана в 2010 году 1262 больных (показатель на 100 тыс населения составил 180,0); в 2009 г. – 1266 больных или 191,2 на 100,0 тысячи населения. В 2008 году с впервые в жизни установленным диагнозом было взято на учет 1152 онкобольных (185,5).

В ходе анализа структуры онкологической заболеваемости установлено, что среди 523 больных мужчин в 2010 году наиболее часто был зарегистрирован рак легкого – 90 случаев, или 17,2%, рак желудка – 55 случаев (10,5%), рак кожи – 41 случай (7,8%), рак прямой кишки – 41 (7,8%), рак простаты – 40 (7,6%), рак почки – 27 случаев, или 5,2%, рак ободочной кишки – 21 (4,0%).

Среди 739 больных женщин самая высокая доля в анализируемом году приходилась на рак молочной железы – 20,0%, рак шейки матки – 7,0%, рак кожи – 6,8%, рак яичников – 6,2%, рак ободочной кишки – 5,8%, рак желудка – 4,9%, рак щитовидной железы – 4,9%.

Из числа первично зарегистрированных больных в 2009 г., почти так же как и в 2010 году, посмертная диагностика составила 0,8-0,9%. В структуре при этом отмечены прежде всего рак легкого, рак кишечника, поджелудочной железы, лимфомы, рак головного мозга.

Распределение больных по клиническим группам за последние три года показало, что в 2008 году доля больных из II клинической группы составила 87,2%, а IV группы – 12,8%. В 2009 г. распределение было следующим: с II клинической группой 77,1%, а из IV группы – 12,2%. В 2010 г. соответственно 88,5 и 11,6%.

Анализируя распределение больных по стадиям заболевания злокачественными новообразованиями, можно отметить, что по г. Астане выявляемость онкобольных в I – II стадиях в 2010 году по сравнению с предыдущим годом имела рост на 1,6%, а в IV стадии, наоборот, отмечено, хотя и незначительное, но снижение на 0,6%.

Согласно существующей системе организации онкологической службы, за каждой районной поликлиникой города закреплены кураторы (врачи-онкологи).

В ходе анализа выявлено, что уровень заболеваемости злокачественными новообразованиями (ЗНО) наиболее высокий по району обслуживания поликлиникой №8 – 269,9 на 100 тыс населения. На втором месте поликлиника №1 – 232,2 и на третьем – №6 (228,7).

Смертность от ЗНО в 2010 году составила 85,3 на 100 тыс населения, что больше, чем в предыдущем 2009 г. (80,5). Таким образом, смертность выросла на 4,8%.

В структуре смертности в 2009 году преобладал рак легкого – 18,0%; на втором месте – рак желудка – 11,6%; на третьем – рак молочной железы – 9,6%. В 2010 г. при увеличении числа умерших эта структура сохранилась: рак легкого составлял 17,0%, желудка – 11,5%, молочной железы – 11,0%.

По городу в динамике за 2009-2010 гг. сохраняется уровень пятилетней выживаемости онкологических больных – 47,0 – 47,2%.

Анализ выявленных запущенных форм ЗНО (IV ст. + III ст. видимых локализаций) по поликлиникам города показал, что число больных, выявленных с запущенной онкопатологией, увеличилось в поликлинике №6 на 1,7%, поликлинике №7 на 3,4%, ЖДБ – на 21,0%. В то же время отмечается снижение показателей в поликлиниках №1 – на 4,6%, №2 – на 5,8%, №4 – на 7,7%, №5 – на 1,4% и в поликлинике №8 – на 1,2%. Всего по г. Астана запущенность (III-IV стадии) снизилась с 18,4 до 16,0%, то есть на 2,4%.

При этом выявлено значительное снижение запущенности при раке молочной железы с 30,4 до 22,3%; при раке желудка – с 29,2 до 12,1%; кожи – с 4,8 до 3,3%. Но отмечен рост при раке шейки матки на 3,3%, раке легких – с 20,6 до 32,1%.

Причинами запущенности прежде всего являются:

- скрытое течение – 48,5%;
- несвоевременное обращение – 46,0%;
- неполное обследование – 2,0%;
- ошибка врачей – 2,0%;
- отказ больного от обследования – 1,0%;
- длительное обследование – 0,5%.

На все запущенные случаи заводятся соответствующие учетные документы-протоколы по утвержденной форме. Разбор случаев проводится на врачебных конференциях при городских поликлиниках №№1, 2, 6, 4, 5, 7, 8 с участием куратора-представителя онкологического диспансера. Регулярно оказывается организационно-методическая и практическая помощь медицинским организациям города. Заслушиваются отчеты о проделанной работе кураторов поликлиник. Ежеквартально проводится анализ заболеваемости, смертности, запущенности злокачественными новообразованиями и выясняются причины каждого запущенного случая на местах. Ежемесячно проводятся выездные семинары в каждую поликлинику по графику.

С целью повышения информированности населения о необходимости своевременного обследования и раннего выявления онкологических заболеваний, а также повышения онкологической настороженности и знаний медицинских работников в отношении факторной профилактики онкологических заболеваний, для реализации приказа городского Управления здравоохранением от 21.07.2008 г. №399-Ө, со 2 по 12 февраля 2010 года проводился онкодекадник, который состоял из 3 этапов. Выпущено методическое руководство по ранней диагностике рака шейки матки для врачей поликлиник. В обязательном порядке во всех поликлиниках города осуществляются скрининги по раку молочной железы.

Таким образом, основной проблемой в организации взаимодействия между системой ПМСП и специализированной онкологической службой в городе является позднее выявление злокачественных новообразований в амбулаторно–поликлинических учреждениях. Это связано с недостаточной подготовленностью врачей общей лечебной сети и их онконастороженностью.

ТҰЖЫРЫМ ОНКОЛОГИЯ ДИСПАНСЕРІНДЕГІ ІШКІ АУДИТТИ ҰЙЫМ

К.З. Құсайынов
Астана қалалық онкология диспансері

Дөңгейде қалалық онкология диспансерінің ішкі сараптамасының қызметінің жұмысының нәтижелері

келтірілген. Сараптаманың игерілген белгілерін дәрігерлік қызметкерлердің жұмысын бағалап және шекті нәтиже бойынша тәуелдерді ендіруге объективті түрде мүмкіндік береді.

SUMMARY THE ORGANIZATION OF INTERNAL AUDIT IN AN ONCOLOGICAL CLINIC

K.Z. Kusainov
City oncological clinic, Astana c.

In article results of work of service of internal examination at level of a city oncological clinic are resulted. The developed criteria of examination allow to estimate objectively work of medical workers and to introduce payment on the end result.

УДК 616.428-002.5-036.1

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

С.Д. АЛИМГУЖИНОВ

Военный клинический госпиталь Министерства обороны РК, г. Алматы

Последние годы на фоне неблагоприятной эпидемиологической ситуации отмечается значительный рост тяжелых, распространенных и запущенных форм внелегочного туберкулеза [1]. Среди впервые выявленных больных внелегочным туберкулезом удельный вес туберкулеза периферических лимфатических узлов составляет 14%. Неадекватная лечебно-диагностическая манипуляция в диагностике лимфаденита зачастую приводит к различным осложнениям, что затрудняет диагностику заболевания [2].

Цель работы – проанализировать клиническое течение туберкулеза периферических лимфатических узлов.

Задачи исследования – изучение клинического течения туберкулеза периферических лимфатических узлов.

Материал и методы

В исследование включено 157 больных в возрасте 18 – 53 года с лимфоаденопатиями неясной этиологии. Исследование проходило в ВКГ МО РК за период с 2000 по 2011 гг.

Общее клиническое обследование больных включало в себя анамнез болезни и жизни больного, а также физикальные методы. В анамнезе болезни большое внимание уделялось времени начала заболевания, первым симптомам остро или постепенно манифестирующему началу болезни, на которое жаловался больной, а также фиксации жалоб на момент поступления. В каждом случае обращалось внимание на возможный контакт с явными больными туберкулезом. Обязательным являлось уточнение характера течения процесса до поступления в клинику, длительность и характер предшествующей антибактериальной терапии.

Результаты и обсуждение

Среди анализируемых групп больных с лимфаденитами неясного генеза преобладали мужчины – 95 пациентов (60,5%). Меньшее число женщин – 62 (39,4%) не было связано со специальным отбором, а соответствовало общей тенденции поступления больных в стационар.

Большая доля регистрируемых случаев приходится на возраст между 19-29 лет – 38 (24,2%), 30-39 годами – 37 (23,6), 40-49 лет – 36 (23,0%), т.е. на наиболее зрелый и трудоспособный возраст.

В анамнезе жизни придавали значение перенесенным заболеваниям, особенно со стороны легких, желудочно-кишечного тракта и др. органов и систем. Наиболее часто встретившиеся сопутствующие заболевания: хронические заболевания органов пищеварения – в 19,0% (в том числе язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки). Хронические неспецифические заболевания легких (чаще всего хронический бронхит), встречались в 13% случаев. В 20,4% случаев больные имели по несколько заболеваний. Обязательно учитывались вредные привычки больного.

Всем 157 больным с лимфаденитами проводилась бактериологическая, цитологическая или морфологическая идентификация диагноза, при этом туберкулез периферических лимфоузлов установлен у 129 (82,1%) больных, неспецифический лимфаденит отмечен у 19 (12,1%), опухоли у 11 (7,0%) больных.

Анализ показал, что из нашего исследования при туберкулезном лимфадените чаще встречалось поражение шейных лимфатических узлов у 95 (73,6%) больных, подмышечные – у 14 (10,8%), паховые – у 4 (3,1%) и поражение нескольких групп лимфатических узлов – у 16 (12,4%) пациентов.

Таким образом, проведенные исследования доказывают, что существующая проблема туберкулеза периферической лимфатической системы по-прежнему сохраняет свою актуальность и остается предметом исследовательского интереса.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Гарбуз А.Е. Современное состояние проблемы по внелегочному туберкулезу // Пробл. туб., 1998. – №2. – С. 32-33; 2. Каржавина Г.И., Севрюков В.И., Сокалина О.В. и др. Особенности клиники и течения туберкулеза пери-