

**Козлов В.А.<sup>1</sup>, Поляков Б.А.<sup>2</sup>, Мушников Д.Л.<sup>2</sup>**

## **ПОЛИТИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ В ЧАСТИ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

1. Ивановский областной онкологический диспансер, г. Иваново  
**Козлов Владимир Александрович** - главный врач;
2. Ивановская государственная медицинская академия, г. Иваново  
**Поляков Борис Александрович** - зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения, информатики и истории медицины,  
**Мушников Дмитрий Львович** – доцент; ob.zdor@mail.ru.

**Резюме.** Представлено научное обоснование медико-организационной модели формирования политики регионального здравоохранения в части онкологической помощи населению. Разработаны и апробированы методические подходы к ее изучению по 4 компонентам: инфраструктурному, имиджевому, технологическому, медико-социальному. Показана эффективность комплекса предложений.

**Ключевые слова:** политика здравоохранения, онкологическая помощь, эффективность здравоохранения.

***Kozlov V.A., Polyakov B.A., Mushnikov D.L.***

## **HEALTH POLICY OF IVANOVO REGION IN CANCER CARE**

**Abstract.** The article scientifically proves a regional organizational model of health policy in cancer care. Methodological approaches have been developed and tested to study it by 4 components: infrastructure, image, technological, medico-social. A set of proposals is shown to be effective.

**Key words:** health policy, cancer care, health care efficiency.

Злокачественные новообразования (ЗН) остаются одной из актуальных и социально значимых проблем здравоохранения многих стран мира [2]. В Российской Федерации они устойчиво занимают второе место среди причин смертности населения [1]. Не стала исключением и Ивановская область. Их удельный вес в общей структуре смертности составляет более 13%. По смертности от рака Ивановская область занимает 29 место в РФ, хотя по заболеваемости - 6. В структуре заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований женщин лидирует рак молочной железы, мужчин - рак органов дыхания, простаты и желудка. На долю этих видов опухолей прихо-

дится более половины случаев всех ЗН. В соответствии с указом президента РФ от 7 мая 2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения», смертность от рака к 2018 г. должна быть снижена до 192,8 на 100 тыс. населения. В настоящий момент она составляет 207,0 в нашем регионе. Для реализации указа необходимы исключительно эффективные и целенаправленные мероприятия.

Проблема борьбы с ЗН – многоаспектная: это образ жизни и медицинская активность самих граждан, экологическая ситуация, ранняя диагностика и профилактика онкопатологии, своевременное, доступное и качественное лечение, паллиативная помощь [3]. В организации онкологической помощи населению России остается целый ряд нерешенных вопросов: повышение эффективности использования финансовых, кадровых и материальных ресурсов; мотивация граждан к сохранению собственного здоровья и участию в мероприятиях по профилактике онкопатологии; формирование информационной и коммуникационной политики. Таким образом, требуется научное обоснование новой модели формирования политики онкологической службы регионального уровня с учетом современных вызовов и возможностей и на основе комплексного анализа всех ее компонентов.

База исследования: ГБУЗ ИвООД, онкологическая служба Ивановской области. Время проведения исследования: 2014-2017 гг. Объем исследования: учетно-отчетная медицинская документация (34 524 единицы), карты экспертной оценки (456 случаев оказания помощи, 23 экспертизы материально-технической базы), опрос 426 медицинских работников и 565 пациентов.

Методом экспертных оценок выделены основополагающие критерии успешности региональной политики здравоохранения в части онкологической помощи населению, предложена методика ее количественной оценки и даны нормативные значения по 4 компонентам:

- 1) инфраструктурный (ресурсное обеспечение);
- 2) технологический (политика в области качества помощи);
- 3) медико-социальный (политика работы с населением, пациентами);
- 4) имиджевый (восприятие службы, результатов ее работы населением, собственником, партнерами).

При достаточной подготовленности материально-технической базы к проведению мероприятий (коэффициент соответствия 8,8), эффективность ее использования остается низкой уровне и не обеспечивается должным образом организационными мероприятиями. Качество структуры кадров онкослужбы в целом высокое (0,78), однако отставание по ряду ключевых параметров (онкоподготовленность, онконастроенность, организация труда, мотивация к профилактической работе, фондовооруженность) снижает общую эффективность диагности-

ки. Подготовка значительной части (56,7%) врачей первичного звена по ряду позиций неудовлетворительна, что осложняется не осознанием медицинскими работниками значимости профилактических мероприятий в структуре профессиональной деятельности и их низкой мотивацией к регулярной актуализации и пополнению знаний. Наиболее низка онкоподготовленность врачей стационара, специалистов хирургического профиля, врачей 50 лет и старше, с низкой квалификацией и сроком после ее последнего повышения 3 года и больше.

Высокая онкоподверженность населения (153,4 на 100 опрошенных) сочетается с низкой онконастороженностью (34,1) и онкоинформированностью (40,5).

Количество диагностических и медико-организационных дефектов онкологической помощи в среднем составляет 1,7 на каждый случай диагностированного рака, что приводит к запущенным случаям онкопатологии. Первые ранговые места по частоте нарушений принадлежат следующим аспектам качества медицинских услуг: своевременность – 121,8 на 100 случаев; адекватность – 96,4; преемственность – 90,8; результативности - 83,6; доступности – 82,7. В структуре медико-организационных дефектов помощи, по результатам экспертной оценки, преобладают: диагностические (не выполнение медицинским персоналом стандарта онкоскрининга, не использование инструментальных и лабораторных методов исследования) - 70,5%; организационно-тактические (нарушение преемственности на каналах связи «женская консультация - поликлиника», «стационар - поликлиника», «поликлиника-онкодиспансер»; нарушение правил оформления результатов онкоосмотра в первичной медицинской документации) – 28,0%; лечебно-профилактические (недостаточное внимание к лицам с факторами риска онкопатологии, низкий уровень санитарно-просветительной работы) -11,5%.

С 2010 г. Ивановская область в числе первых регионов приступила к реализации Национальной онкологической программы. В области сформирована этапная система оказания онкологической помощи, где головным учреждением является онкологический диспансер со стационаром мощностью 628 коек (из них 195 коек дневного пребывания, 20 коек отделения паллиативной онкологии «Хоспис») и консультативной поликлиникой на 78 900 посещений в год. Организованы 14 первичных онкологических кабинетов со сертифицированными онкологами. Функционируют 47 женских смотровых кабинетов. Совершенствуется организация ранней диагностики предопухолевых и злокачественных новообразований. Открываются мужские смотровые кабинеты (8). Организованы осмотры населения на визуальные формы рака, в т.ч. «подворные» обходы сельского населения (не реже раза в год). Активизирован скрининг населения (маммография, флюорография, исследования на онко-маркеры). Активно формируется «онкологическая насто-

роженность» у населения и врачей: ежемесячные выступления специалистов онкодиспансера на радио, телевидении, выпуск видеороликов, брошюр по профилактике и ранним симптомам опухолей, методических рекомендаций для врачей первичного звена по ранней диагностике рака. Производятся выплаты врачам первичного звена в размере 500 руб. за каждый случай раннего выявления ЗН. Организован выезд сотрудников онкодиспансера в муниципальные образования не реже 2 раз в год. Проводятся «Дни открытых дверей» в поликлинике онкодиспансера, краткосрочные курсы обучения на месте врачей различных специальностей, акушерок смотровых кабинетов, фельдшеров ФАПов по теме «Ранняя диагностика визуальных с форм злокачественных новообразований». Совершенствуется материально-техническая база онкологической службы. Оцифровка приводит к значительной экономии средств, которые тратились на формирование и содержание больших пленочных пожароопасных архивов. Автоматизация способствует консолидации отделений ЛПУ, поднимает лечебно-диагностический процесс на принципиально новый качественный уровень. С помощью телерадиологии медицинское изображение передается из первичного источника в центры с опытными врачами-онкологами, которые могут не только дать экспертную оценку сложного случая, но и определить целесообразность лечения на месте или необходимость оказания пациенту высокотехнологичной медицинской помощи в федеральном медицинском учреждении. С целью повышения удовлетворенности населения качеством медицинской помощи оптимизирована работы диспансера. Перевод консультативной поликлиники на двухсменный режим позволило значительно сократить время ожидания пациентом приема специалиста. Операционные также начали работать в 2 смены, что способствовало уменьшению очередей на оперативное вмешательство. Внедряется массовое анкетирование населения (анамнестический скрининг) на выявление ЗН.

Эффективность разработанной организационно-функциональной модели повышения эффективности онкологической помощи подтверждается снижением числа запущенных случаев онкопатологии в 2016 г. на 12%; повышением профилактической активности пациентов на 15%, их онкоинформированности на 26%.

### **Литература**

1. Злокачественные новообразования в России в 2015 г. (заболеваемость и смертность). - М.: ФГБУ «МНИОИ им. П. Герцена» Минздрава России, 2016.
2. Общественное здоровье и здравоохранение. Национальное руководство. - М.: ГОЭТАР-Медиа, 2013.
3. Филатов В.Ф. с соавт. Политика здравоохранения: вопросы теории и практики: монография. – М.: ГУ ННИИ Общественного здоровья и

**Корнейчук Л.С., Рахимкулов А.С., Борисова Н.А.**

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ИНСУЛЬТОВ  
В БЕЛЕБЕЕВСКОМ РАЙОНЕ БАШКОРТОСТАНА**

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

**Корнейчук Лариса Сергеевна** – студент;  
lara.korneichuk@yandex.ru,

**Рахимкулов Азамат Салаватович** – к.м.н., доцент;  
medik.rb@mail.ru,

**Борисова Нинель Андреевна** – д.м.н., профессор.

**Резюме.** Приводится сравнительный анализ инсультов по ишемическому и геморрагическому типу в зависимости от места жительства, пола, возраста и времени года.

**Ключевые слова:** ишемический инсульт, геморрагический инсульт, цереброваскулярные заболевания, Белебеевский район.

**Korneychuk L.S., Rakhimkulov A.S., Borisova N.A.**

**COMPARATIVE ANALYSIS OF CEREBRAL STROKES IN BELEBEEV  
DISTRICT OF BASHKORTOSTAN**

**Abstract.** The article provides a comparative analysis of ischemic type cerebral thrombosis and hemorrhagic stroke by place of residence, sex, age and time of year.

**Key words:** cerebral thrombosis, hemorrhagic stroke, cerebrovascular diseases, Belebeyev district.

За последние годы достигнуты большие успехи в диагностике, профилактике и лечении острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК), но и в XXI в. инсульт остается одной из наиболее частых причин смерти и причиняет огромный материальный и моральный ущерб обществу. Несмотря на совершенствование методов диагностики, терапии и реабилитации, последствия ОНМК остаются во всех отношениях чрезвычайно тяжелыми как в личном, социальном плане, так и в отношении пенсионного обеспечения, поэтому первостепенное внимание к мерам профилактики инсульта абсолютно необходимо [2].  
Смертность от сосудистых заболеваний головного мозга в странах Запада стоит на третьем месте после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, в России удерживает вторую позицию после кардиоваскулярных заболеваний, а в структуре причин стойкой утраты трудоспособности прочно лидирует, что обуславливает особую актуальность исследований, посвященных данной проблеме [3, 5, 6].  
Наиболее распространенным и тяжелым по своим последствиям сре-