

Объективизация оценки состояния онкологической помощи

С.А.Берзин, д.м.н., проф., зав. кафедрой онкологии и медицинской радиологии ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия» Росздрава, г.Екатеринбург

Objectivity estimations of a condition of the oncological help

S.A. Berzin

Резюме

Используемые в настоящее время для оценки состояния онкологической помощи на различных территориях показатели соотношений ранних (I,II) и запущенной (IV) стадий, процент больных, выявленных на профосмотрах, процент среди состоящих на учёте живущих более 5 лет не являются объективными, так как часто корректируются. Автором, как действительно объективные, предложены - относительная смертность (процент умерших от числа заболевших) и относительная выживаемость (число обратное от относительной смертности: 100% - процент умерших) за 5-летние промежутки времени. Их сопоставление с первогодичной летальностью позволяет получить представление о вкладе в динамику результатов онкологической помощи совершенствования лечебных мероприятий и ранней диагностики.

Ключевые слова: онкологическая помощь, оценка

Resume

Conditions of the oncological help Now in use for an estimation in various territories parameters of parities early (I, II) and started (IV) stages, percent of the patients revealed on профосмотрах, percent among living 5 years consisting on the account more are not objective as it is frequent корректируются. The author as really objective, are offered - relative death rate (percent died from number ill) and relative survival rate (number the return from relative death rate: 100 - percent died) for 5-years time intervals. Their comparison with первогодичной летальностью allows to receive representation about the contribution to dynamics of results of the oncological help of perfection of medical actions and early diagnostics.

Keywords: the oncological help, an estimation

Документами, на основании которых в настоящее время оценивается работа онкологических служб являются годовые отчёты — формы №7 и №35. По сведениям из них, как оценочные, рассчитываются: удельный вес больных, выявленных в начальных (I-II) и в запущенных (IV) стадиях, процент больных, выявленных на профилактических осмотрах, процент умерших в течение первого года от постановки диагноза (первогодичная летальность), процент живущих более 5 лет среди состоящих на учёте, неверно именуемый, как 5-летняя выживаемость.

Работая с отчётными формами на протяжении 40 лет и сопоставляя вышеназванные показатели с действительным состоянием онкологической помощи на разных территориях, мы пришли к убеждению, что объективно оценить её качество с помощью этих показателей не возможно. Все они, кроме первогодичной летальности - корректируются. А процент живущих более 5ти лет среди состоящих на учёте ещё и невер-

но интерпретируется, так как при успешности паллиативного лечения он не растёт, а наоборот – снижается.

Между тем, объективные показатели онкологической помощи крайне необходимы, и не столько для её сравнения на различных территориях, сколько для правильной оценки её динамики в отдельном регионе. И мы в поиске такого показателя решили взять за основу в отчётных формах то, что не корректируется. А не корректируется в них только число умерших от злокачественных новообразований, т.к. оно должно соответствовать данным службы ЗАГСов. Но вычисляемые по ним интенсивные показатели смертности (на 100 тысяч населения) сами по себе при меняющейся заболеваемости характеризовать состояние онкологической помощи не могут. Они должны быть с заболеваемостью как то соотносены. И нами совместно с институтом математики УРО РАН (С.М.Демидов, С.А.Берзин, В.Д.Мазуров 2000г.) была проведена работа по изучению возможности оценки онкологической помощи на основании сравнений процента умерших из числа заболевших за пятилетние промежутки времени. Её результаты убедили нас в полной репрезентативности этих показателей. Мы их назвали показателями относительной смертности. Они являются практически интеграль-

Ответственный за ведение переписки -
Берзин Сергей Александрович, e-mail: berzin@r66.ru
620219, г.Екатеринбург, ул. Репина, 3, УГМА.

Таблица 1. Выживаемость больных с различными локализациями злокачественных опухолей в г. Екатеринбурге в средних значениях за пятилетия с 1979 по 2008гг в %.

Локализации	1979-84гг	1985-89гг	1990-94гг	1995-99гг	2004-08гг
Все	31,6	38,4	40,5	39,4	42,6
Полость рта	59,3	41,6	31,5	30,6	43,2
Пищевод	0	12,0	13,9	15,0	25,2
Желудок	8,7	15,2	17,6	17,9	25,4
Толстая кишка	19,1	34,6	32,8	30,4	48,3
Прямая кишка	33,5	39,4	33,4	34,5	45,2
Гортань	32,9	39,4	34,8	41,4	50,0
Лёгкие	11,0	12,6	14,3	12,1	24,6
Соединительная ткань	42,6	47,7	44,2	41,4	64,2
Меланома	58,2	58,0	58,5	59,7	60,5
Молочная железа	56,0	56,0	57,6	59,8	61,6
Шейка матки	47,3	61,3	31,2	34,0	47,2
Эндометрий	61,5	72,3	68,7	66,6	73,8
Яичники	11,7	23,4	29,8	27,8	36,7
Предстательная железа	*	29,1	29,4	35,1	60,7
Мочевой пузырь	31,8	40,7	30,9	30,0	50,1
Лимфомы	*	*	45,0	47,5	49,0

ными, характеризующими итог и своевременной диагностики и качества лечения при любой локализации опухолей. К примеру, относительная смертность в г.Екатеринбурге в последние 5 лет составляет при раке молочной железы 38,8%, раке лёгкого – 67,7%, желудка – 63,9%, шейки матки – 30,8%, предстательной железы – 33,4%, а кожи – 1,0%.

Пользуясь этими показателями, мы смогли объективно оценить динамику состояния онкологической помощи в городе Екатеринбурге в последних десятилетиях, в период наибольшего развития и совершенствования технологий обследования и лечения. И она оказалась положительной при большинстве наиболее важных локализаций: при раке пищевода, желудка, лёгких, молочных желёз, яичников и других. Но для лучшей демонстративности динамики результатов онкологической помощи, что важно при представлении их общей лечебной сети или руководству здравоохранения, мы сочли целесообразным рассчитывать показатели обратные относительной смертности, т.е. относительной (к заболевшим) выживаемости. Для этого из 100% (т.е. заболевших) мы вычитали относительную смертность в % и т.о. получали относительную выживаемость, то есть удельный вес из числа заболевших тех, кто на протяжении 5 лет числился в живых. Сравнение этих показателей при различных локализациях опухолей за по-

следние 30 лет (табл.№1) позволило нам получить истинное и наглядное представление о динамике результатов помощи онкобольным в различные отрезки этого периода времени.

Как видно из таблицы №1, за 30 лет в г.Екатеринбурге относительная выживаемость суммарная по всем локализациям увеличилась с 31,6 до 42,6%, при раке пищевода – с 0 до 25,2%, желудка – с 8,7 до 25,4%, толстой кишки – с 19,1 до 48,3%, прямой кишки – с 33,5 до 45,2%, гортани – с 32,9 до 50,0%, лёгких – с 11,0 до 24,6%, молочной железы – с 56,0 до 61,6%, эндометрия – с 61,5 до 73,8%, яичников – с 11,7 до 36,7%, простаты – с 29,1 до 60,7%, мочевого пузыря – с 31,8 до 50,1%, при опухолях соединительной ткани – с 42,6 до 64,2%. Не достигнуто существенной положительной динамики при таких нозологиях, как рак полости рта (43,2%), меланома (60,5%), шейка матки (47,2%), лимфомы (49,0%).

Но относительная выживаемость является интегральным показателем качества онкологической помощи, включающим оценку и лечебных мероприятий и ранней диагностики. Получить же представление о том, какой из этих компонентов оказал на динамику рассчитанных показателей наибольшее влияние – можно, сопоставив относительную выживаемость с первогодичной летальностью, которая всего объективнее указывает на уровень первичной запущенности (таблица №2).

Таблица 2.Первогодичная летальность больных с различными локализациями злокачественных опухолей в г. Екатеринбурге в средних значениях за пятилетия с 1979 по 2008г в %

Локализации	1979-84гг	1985-89гг	1990-94гг	1995-99г	2004-08гг
Все	33,5	30,9	27,5	29,5	25,6
Полость рта	35,9	34,1	32,7	37,2	34,7
Пищевод	58,2	55,6	47,1	52,6	48,9
Желудок	48,6	48,5	43,8	44,2	41,3
Толстая кишка	44,3	34,2	32,9	34,3	25,6
Прямая кишка	25,6	21,9	26,6	25,9	21,0
Гортань	20,7	21,8	23,3	19,9	16,2
Лёгкие	47,0	44,9	44,9	50,2	41,7
Соединительная ткань	19,0	19,8	25,8	21,6	19,4
Меланома	12,8	14,0	15,5	16,4	12,2
Молочная железа	7,3	7,9	7,7	8,8	8,7
Шейка матки	8,4	8,9	14,6	13,1	13,2
Эндометрий	11,8	12,1	8,6	10,1	7,4
Предстательная железа	*	29,4	30,7	24,6	13,8
Мочевой пузырь	23,0	23,1	33,4	25,0	17,1
Лимфомы	*	*	27,7	19,7	21,1

*локализация в этот период отдельно не учитывалась

Таблица 3. Сопоставление кратностей изменений в относительной выживаемости и первогодичной летальности при опухолевых заболеваниях в г.Екатеринбурге с 1979 по 2008гг

Локализации	Кратность роста выживаемости	Кратность снижения относительной смертности
Полость рта	-1,37	-1,03
Пищевод	Более 25	1,19
Желудок	2,91	1,17
Толстая кишка	2,52	1,73
Прямая кишка	1,35	1,21
Гортань	1,52	1,27
Лёгкие	2,23	1,12
Соединительная ткань	1,50	Динамики нет
Меланома	1,03	Динамики нет
Молочная железа	1,10	-1,19
Шейка матки	Динамики нет	-1,57
Эндометрий	1,20	1,59
Яичники	3,13	1,67
Предстательная железа	2,08	2,13
Мочевой пузырь	1,57	1,35
Лимфомы	1,08	1,31

Из таблицы №2 видно, что за 30 лет в г.Екатеринбурге первогодичная летальность при большинстве локализаций снизилась. При раке пищевода – с 58,2 до 48,9%, желудка – с 48,6 до 41,3%, толстой кишки – с 44,3 до 25,6%, прямой – с 25,6 до 21,0%, гортани – с 20,7 до 16,2%, лёгких – с 47,0 до 41,7%, эндометрия – с 11,8 до 7,4%, яичников – с 34,2 до 20,4%, предстательной железы – с 29,4 до 20,4%, мочевого пузыря – с 23,1 до 17,1%, при лимфомах – с 27,7 до 21,1%. Не достигнуто прогресса при меланоме (12,2%), а при таких локализациях, как полость рта, молочная железа, шейка матки – первичная запущенность даже несколько выросла (соответственно – 34,7%, 8,7%, 13,2%)

В таблице №3 сопоставлена кратность роста относительной выживаемости и снижения первогодичной летальности.

Из нее видно, что рост выживаемости при раке пищевода был связан исключительно с лечебными мероприятиями (с 2000 года в областном онкологическом диспансере начали оперировать больных с этой локализацией рака). С совершенствованием лечебных мероприятий связан рост выживаемости и при раке желудка (освоение расширенных и комбинированных операций), при раке лёгкого, яичников (успешность лекарственного лечения). При раке молочной железы и шейки матки совершенствование лечения нивелировало даже рост первичной запущенности.

При раке прямой кишки, гортани, эндометрия, мочевого пузыря рост выживаемости можно более всего связать со снижением первичной запущенности. Отсутствие существенных изменений выживаемости при меланоме соответствует неизменности в показателях её запущенности и отсутствию прогресса в методах лечения. При раке полости рта рост запущенности нивелировал результаты совершенствующегося лечения.

Таким образом, продемонстрированная нами динамика показателей относительной выживаемости и первогодичной летальности, а также их соотношений при различных локализациях злокачественных опухолей в городе Екатеринбурге во-первых убедительно показывает истинное состояние онкологической помощи при этих локализациях, а во-вторых — позволит правильно спланировать мероприятия по совершенствованию этой помощи.

Вывод

Относительная выживаемость (процент выживших больных из числа заболевших) и первогодичная летальность за пятилетние промежутки времени являются наиболее объективными показателями онкологической помощи при различных локализациях злокачественных опухолей. С их помощью можно выявить истинную динамику успешности этой помощи в отдельном городе, а также репрезентативно сравнивать её уровень на различных территориях. ■

Литература:

1. С.М.Демидов, С.А.Берзин, В.Д.Мазуров Способ оценки эффективности мероприятий направленных на снижение смертности от рака молочной железы. Уральское медицинское обозрение №3-4. Екатеринбург 2000г.С.27-28.