

РОЛЬ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ В КАБАРДИНО-БАЛКАРСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

¹Тхабисимова И.К., ¹Карданова Л.Д., ¹Кимова Л.Ф., ²Дакиева Л.М.

¹ФГБОУ «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова», Нальчик, Россия, e-mail: tkhabisim@mail.ru

²ГБОУ «Ингушский государственный университет», Назрань, Россия, e-mail: limara.07@mail.ru

Изучены эпидемиологические аспекты онкологических заболеваний в Кабардино-Балкарской Республике за период 2010-2013 гг. и определена роль сестринского персонала в организации и управлении мероприятиями медико-социальной помощи пациентам с данной патологией. За исследуемый период в республике отмечается незначительное снижение первичной заболеваемости с 240,0 до 236,1 на 100 тыс. населения и летальности, как общей (с 8,8 до 7,9%, темп убыли -10,2%), так и одногодичной (с 34,2 до 31,6%, темп убыли -7,6%). Однако на III-IV стадиях заболевания выявляются 49,7-52,9% всех впервые в жизни установленных диагнозов злокачественного новообразования в республике, что свидетельствует о возможности проведения только паллиативных лечебных мероприятий практически у половины контингента больных с онкологическими заболеваниями. В этих условиях оптимизация сестринской помощи онкологическим больным, а именно организация отделений сестринского ухода, позволит осуществлять сестринскую деятельность на качественно новом, современном уровне и обеспечить необходимый объем паллиативной и медико-социальной помощи пациентам с онкологическими заболеваниями.

Ключевые слова: злокачественные новообразования, заболеваемость, летальность, паллиативная помощь.

THE ROLE OF NURSING STAFF IN THE HEALTH SOCIAL CARE OF CANCER PATIENTS IN KABARDINO-BALKAR REPUBLIC

¹Tkhabisimova I.K., ¹Kardanova L.D., ¹Kimova L.F., ²Dakieva L.M.

¹Kabardino-Balkarian State University, Nalchik, Russia, e-mail: tkhabisim@mail.ru

²Ingush State University, Nazran, Russia, e-mail: limara.07@mail.ru

We studied the epidemiological aspects of cancer in Kabardino-Balkar Republic for the period 2010-2013 and the role of nursing staff in the organization and management of the activities of medical and social care for patients with this pathology. During the study period in the Kabardino-Balkar Republic indicated a slight decrease in the incidence of primary 240.0 to 236.1 per 100 thousand population and mortality as total (from 8.8% to 7.9%, the rate of decline -10.2%), and one-year (from 34.2% to 31.6%, the rate of decline -7.6%). However, at stage III-IV disease detected 49,7-52,9% of all first-ever diagnosis of cancer, which indicates the possibility of only palliative treatment measures in almost half of patients with cancer. Under these conditions, the optimization of nursing care to cancer patients, namely, the organization of nursing departments, will allow nursing activity at qualitatively new, modern level and to provide the necessary amount of palliative medical and social care for patients with cancer.

Keywords: cancer, incidence, mortality, palliative care.

По данным ВОЗ, ежегодно в мире выявляют около 10 млн новых больных злокачественными новообразованиями и 6 млн человек умирают от них [3]. Онкологические заболевания занимают второе место после болезней системы кровообращения в структуре причин смертности и инвалидности населения как в РФ, так и в Кабардино-Балкарской Республике [4; 5; 7]. В РФ злокачественные новообразования III-IV стадии составляют около 42-45% в структуре онкологической патологии, что свидетельствует о возможности проведения только паллиативных лечебных мероприятий практически у половины контингента больных с онкологическими заболеваниями [6].

Вместе с тем в стране по-прежнему остаются недостаточно решенными проблемы организации паллиативной помощи инкурабельным больным как в многопрофильных стационарах, так и в амбулаторно-поликлинических условиях, отсутствует адекватная организационно-функциональная система оказания паллиативной помощи терминальным больным [2; 6]. Между тем именно в паллиативной медицине наиболее полно раскрывается содержание сестринской профессии [1; 9]. Постоянное присутствие и контакт с онкологическим больным делают медицинскую сестру основным связующим звеном между пациентом и внешним миром, следовательно, оптимизация сестринской помощи больным со злокачественными новообразованиями позволит осуществлять сестринскую деятельность на качественно новом, современном уровне.

Целью данной работы стало изучение эпидемиологических аспектов онкологических заболеваний в Кабардино-Балкарской Республике за период с 2010 по 2013 г. и определение роли сестринского персонала в организации и управлении мероприятиями медико-социальной помощи пациентам с данной патологией.

Материалом исследования явились статистические данные Федеральной службы государственной статистики РФ и Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по КБР. В работе использованы статистический, сравнительно-аналитический, математический **методы исследования**.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ показателей первичной и общей заболеваемости злокачественными новообразованиями выявил, что за исследуемый период (2010-2013 гг.) в Кабардино-Балкарии отмечается незначительное снижение первичной заболеваемости и увеличение общего контингента больных со злокачественными новообразованиями (рис. 1).

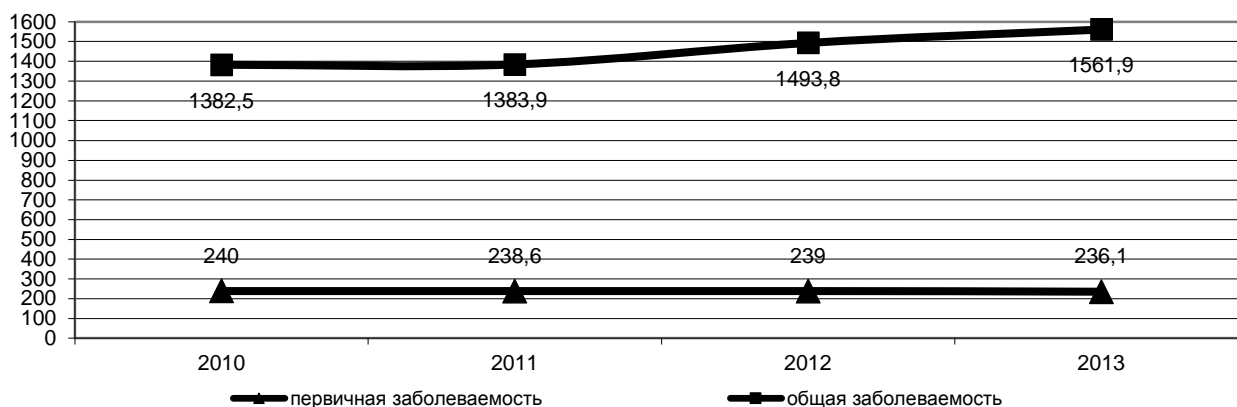


Рис.1. Первичная и общая заболеваемость злокачественными новообразованиями в КБР (2010-2013 гг., на 100 тыс. населения)

Анализ показателей летальности выявил незначительную положительную тенденцию снижения как общей (с 8,8% в 2010 г. до 7,9% в 2013 г., темп убыли -10,2%), так и

летальности на первом году с момента установления диагноза (с 34,2% до 31,6%, темп убыли -7,6%, рис. 2).

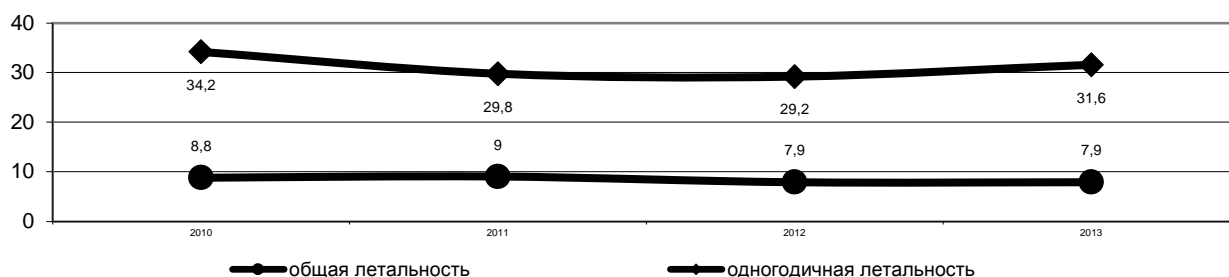


Рис.2. Показатели общей и одногодичной летальности от злокачественных новообразований в КБР (2010-2013 гг., в %)

Самая распространенная по уровню первичной и общей заболеваемости локализация опухоли – молочная железа (32,1 и 269,4 на 100 тыс. населения соответственно). На 2-м месте по уровню первичной заболеваемости – опухоли трахеи, бронхов, легких, на 3-м – злокачественные новообразования кожи, за исключением меланомы (рис. 3).

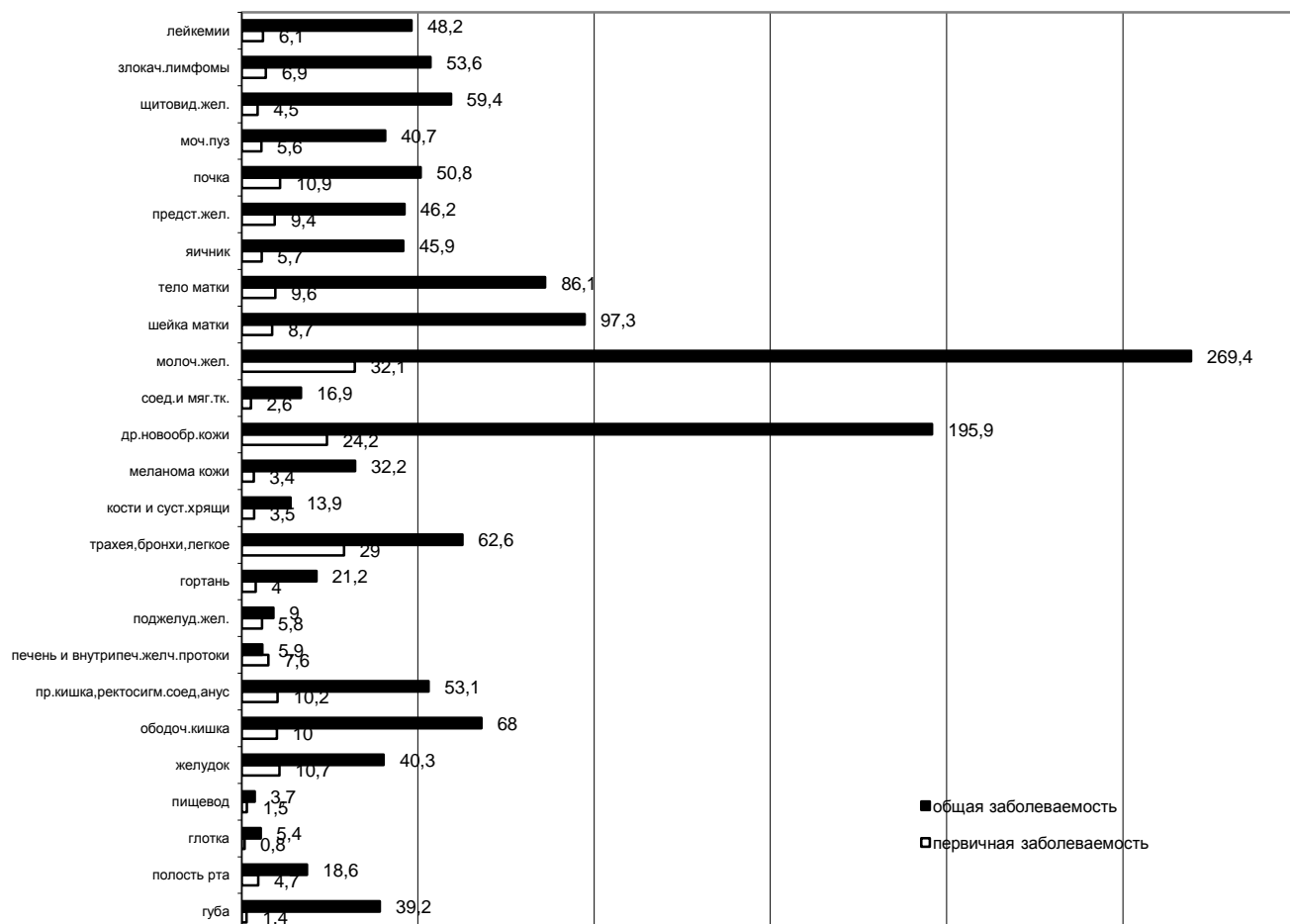


Рис.3. Первичная и общая заболеваемость злокачественными новообразованиями в КБР (2013 гг., на 100 тыс. населения)

При этом прослеживается взаимосвязь уровня общей заболеваемости, т.е. величины контингента больных со злокачественными новообразованиями той или иной локализации, с

показателями летальности – чем выше уровень летальности, тем ниже общая заболеваемость. Самый высокий уровень летальности наблюдается при злокачественных новообразованиях печени и внутрипеченочных желчных протоков (51%), поджелудочной железы (41,2%), пищевода (33,3%), трахеи, бронхов, легкого (29,3%, табл. 1).

Таблица 1

Первичная, общая заболеваемость злокачественными новообразованиями и летальность онкологических больных в КБР в зависимости от локализации опухоли (2013 г.)

Локализация опухоли	Первичная заболеваемость (на 100 тыс.)	Общая заболеваемость (на 100 тыс.)	Летальность (%)
Губа	1,4	39,2	1,7
Полость рта	4,7	18,6	15,3
Глотка	0,8	5,4	17,9
Пищевод	1,5	3,7	33,3
Желудок	10,7	40,3	20,3
Ободочная кишка	10,0	68,0	9,3
Прямая кишка, ректосигмоидное соединение, анус	10,2	53,1	9,0
Печень и внутрипеченочные желчные протоки	7,6	5,9	51
Поджелудочная железа	5,8	9	41,2
Гортань	4,0	21,2	10,3
Трахея, бронхи, легкое	29,0	62,6	29,3
Кости и суставные хрящи	3,5	13,9	15,6
Меланома кожи	3,4	32,2	6,4
Другие новообразования кожи	24,2	195,9	0,6
Соединительная и другие мягкие ткани	2,6	16,9	7,6
Молочная железа	32,1	269,4	4,8
Шейка матки	8,7	97,3	4,1
Тело матки	9,6	86,1	3,4
Яичник	5,7	45,9	7,1
Предстательная железа	9,4	46,2	9,8
Почка	10,9	50,8	6,2
Мочевой пузырь	5,6	40,7	7,4
Щитовидная железа	4,5	59,4	0,8
Злокачественные лимфомы	6,9	53,6	6,1
Лейкемии	6,1	48,2	5,9

Анализируя летальность на первом году с момента установления диагноза, можно проследить четкую взаимосвязь со стадией, на которой было выявлено заболевание – самая высокая доля онкологических больных, выявленных на последней (IV) стадии заболевания, приходится на опухоли печени и внутрипеченочных желчных протоков (78,5%), одногодичная летальность при которых составила самый высокий уровень – 88,6% (табл. 2). Очень высокие уровни одногодичной летальности наблюдались также при опухолях пищевода (72,2%) и поджелудочной железы (65,2%). Соответственно и удельный вес позднего выявления (III-IV стадии) опухолей данных локализаций был очень высок – 60 и

80% соответственно. Нулевой уровень одногодичной летальности наблюдался только при злокачественных новообразованиях губы, соответственно и доля раннего выявления здесь самая высокая – 92,9% больных были выявлены на I-II стадиях заболевания (табл. 2).

Таблица 2

Распределение выявленных злокачественных новообразований по стадиям заболевания и показатели одногодичной летальности в зависимости от локализации опухоли (2013г., в %)

Локализация опухоли	Распределение по стадиям заболевания (%)					Одногодичная летальность, %
	I	II	III	IV	не уст.	
Губа	42,9	50	7,1	0	0	0
Полость рта	2,4	29,3	58,5	7,3	2,4	45,9
Глотка	0	0	85,7	14,3	0	35
Пищевод	0	26,7	40	20	13,3	72,2
Желудок	1,0	28,9	24,7	38,1	7,2	57,6
Ободочная кишка	1,1	23,6	46,1	27	2,2	29,8
Прямая кишка, ректосигмоидное соединение, анус	3,3	42,9	31,9	15,4	6,6	31,4
Печень и внутрипеченочные желчные протоки	1,5	1,5	7,7	78,5	10,8	88,6
Поджелудочная железа	2,0	16,0	20,0	60,0	2,0	65,2
Гортань	16,7	41,7	30,6	11,1	0,0	27,6
Трахея, бронхи, легкое	2,3	7,3	48,3	39,8	2,3	64,9
Кости и суставные хрящи	9,1	15,2	6,1	54,5	15,2	63,6
Меланома кожи	12,1	39,4	27,3	12,1	9,1	19,4
Другие новообразования кожи	56,2	32,3	8,1	2,7	0,8	3,2
Соединительная и другие мягкие ткани	26,1	34,8	13,0	8,7	17,4	18,2
Молочная железа	7,4	42,8	33,1	12,7	4,0	9,1
Шейка матки	16,0	32,0	44,0	6,7	1,3	9,4
Тело матки	27,3	45,5	17,0	1,1	9,1	7,8
Яичник	23,1	17,3	36,5	19,2	3,8	27,5
Предстательная железа	6,8	40,8	25,2	25,2	1,9	29,4
Почка	17,6	30,6	23,5	25,9	2,4	18,8
Мочевой пузырь	26,9	38,5	21,2	13,5	0,0	25,9
Щитовидная железа	41,5	26,8	19,5	12,2	0,0	7,7
Злокачественные лимфомы	1,6	12,9	27,4	22,6	35,5	22,4
Лейкемии	-	-	-	-	-	24,6

Около половины (49,7-52,9%) всех впервые в жизни установленных диагнозов злокачественного новообразования в республике выявляются поздно – на III-IV стадиях заболевания, что свидетельствует о возможности проведения только паллиативных лечебных мероприятий практически у половины контингента больных с онкологическими заболеваниями [6]. За исследуемый период уровень поздней выявляемости злокачественных новообразований в республике снизился незначительно: с 52,9% в 2010 г. до 49,7% в 2013 г.

Вместе с тем по стране в целом паллиативной помощью охвачено всего 7-9% нуждающихся в ней больных [2]. Количество хосписных коек в 10,6 раза меньше количества коек по минимальному и в 17 раз меньше по максимальному критерию количества коек, рекомендованному ВОЗ для оказания паллиативной помощи инкурабельным пациентам. В домах сестринского ухода функционирует лишь 7,39% от общего коечного фонда коек сестринского ухода в РФ, что не позволяет обеспечивать необходимый объем паллиативной и медико-социальной помощи пациентам с хроническими и тяжелыми прогрессирующими заболеваниями [9]. Между тем именно сестринский персонал, составляющий самую многочисленную категорию работников здравоохранения, следует рассматривать как ценный ресурс здравоохранения для удовлетворения потребностей онкологических больных в качественной медицинской помощи. Постоянное присутствие и контакт с онкологическим больным делают медицинскую сестру основным связующим звеном между пациентом и внешним миром, следовательно, оптимизация сестринской помощи больным со злокачественными новообразованиями позволит осуществлять сестринскую деятельность на качественно новом, современном уровне.

Выводы

1. В Кабардино-Балкарской Республике за исследуемый период (2010-2013 гг.) отмечается незначительное снижение первичной заболеваемости 240,0 до 236,1 на 100 тыс. населения (темп убыли -1,6%), и увеличение общего контингента больных со злокачественными новообразованиями с 1382,5 до 1561,9 на 100 тыс. населения (темп прироста +13%).
2. Доля позднего выявления злокачественных новообразований в Кабардино-Балкарской Республике составляет 49,7-52,9% за период 2010-2013 гг., что свидетельствует о возможности проведения только паллиативных лечебных мероприятий практически у половины контингента онкологических больных.
3. Самый высокий уровень летальности наблюдался при злокачественных новообразованиях печени и внутрисеченочных желчных протоков (51%), поджелудочной железы (41,2%), пищевода (33,3%), трахеи, бронхов, легкого (29,3%).
4. Несмотря на то, что в паллиативной помощи нуждается половина контингента онкологических больных (49,7-52,9%), отсутствует адекватная организационно-функциональная система оказания паллиативной помощи терминальным больным. И в этих условиях оптимизация сестринской помощи онкологическим больным, а именно организация отделений сестринского ухода, позволит осуществлять сестринскую деятельность на качественно новом, современном уровне и обеспечить необходимый объем паллиативной и медико-социальной помощи пациентам с онкологическими заболеваниями.

Список литературы

1. Косенок В.К., Педдер В.В., Мироненко В.Н. и др. Новые подходы в паллиативном лечении больных злокачественными новообразованиями // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2008. – № 2. – С. 5-11.
2. Новиков Г.А., Рудой С.В., Вайсман М.А. и др. Современное состояние и перспективы развития паллиативной помощи в Российской Федерации // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2008. - № 3. - С. 5-11.
3. Онкология: национальное руководство [под ред. В.И. Чиссова, М.И. Давыдова]. - М. : ГЕОТАР-Медиа, 2008. – С. 20-25.
4. Официальные периодические издания: демографический ежегодник России : стат. сб. / Росстат. - М., 2010-2014. - URL: http://www.gks.ru/bgd/regl/B14_16/Main.htm (дата обращения: 21.05.2015).
5. Официальные периодические издания: Российский статистический ежегодник : стат. сб. / Росстат. - М., 2010-2014. - URL: http://www.gks.ru/bgd/regl/b14_13/Main.htm (дата обращения: 21.05.2015).
6. Состояние онкологической помощи населению России в 2013 году / ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздрава России [под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой]. - М. : ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздрава России, 2014. – 235 с.
7. Тхабисимова И.К., Инарокова А.М., Карданова Л.Д. и др. Гендерные особенности индекса продолжительности жизни и смертности населения РФ и КБР // Проблемы современной медицины: актуальные вопросы : сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции (Красноярск, 6 ноября 2014 г.). - Красноярск, 2014. - С. 74-77.
8. Шарафутдинов М.Г. Оказание паллиативной помощи инкурабельным больным и их семьям. Опыт Ульяновской области // Заместитель главного врача. – 2008. - № 8 (27). - С. 14-19.
9. Эккерт Н.В. Научное обоснование организационно-функциональной модели системы паллиативной помощи населению : дис. ... докт. мед. наук. – М., 2010. – 408 с.

Рецензенты:

Уметов М.А., д.м.н., профессор, зав. кафедрой факультетской терапии ФГБОУ «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова», г. Нальчик;
Камбачокова З.А., д.м.н., профессор кафедры факультетской терапии Кабардино-Балкарского государственного университета им. Х.М. Бербекова, г. Нальчик.