

города; часто меняющиеся территориальные закрепления обслуживаемого населения за АПО; недостаточно налаженная связь с миграционной службой города, из-за чего возникают проблемы поиска больного. В медицинских организациях города несвоевременно разбираются протоколы запущенных случаев, регулярно направляемые диспансером. Уровень диагностики на догоспитальном этапе проводится не в полном объеме. Сохраняется текучесть медицинских кадров онкологов, терапевтов и медсестер онкологических кабинетов.

Улучшение ранней диагностики и профилактики злокачественных новообразований возможно путем широкого внедрения современных скрининговых программ по раннему выявлению злокачественных новообразований (ЗНО) визуальных локализаций, профилактических осмотров организованного и неорганизованного контингента населения.

Также необходимы широкая пропаганда здорового образа жизни, повышение медицинской грамотности населения по индивидуальной профилактике онкологических заболеваний через средства массовой информации.

Для снижения заболеваемости раком молочной железы и улучшения ранней диагностики необходимо создание в городе маммологической службы и открытие маммологических кабинетов в поликлиниках №№5, 6, 7.

Для улучшения диагностики злокачественных новообразований легких и средостения необходимо оснащение поликлиник современными цифровыми флюорографическими аппаратами, а для улучшения диагностики злокачественных новообразований прямой кишки и простаты – создание в поликлиниках города мужских смотровых кабинетов. Также необходимо внедрение скрининга мужского населения старше 50 лет с определением ПСА (простатспецифического антигена) и трансректального УЗИ.

Также назрела необходимость открытия отделения паллиативной помощи на базе онкологического диспансе-

ра для инкурабельных больных, где можно было бы оказывать психосоциальную поддержку не только больному, но и его семье. Требуется организация своевременной реабилитации онкологических больных, причем, не только медицинской, но и других ее видов (психологическая и социальная), что стало возможно с введением в штаты должностей психологов и социальных работников.

Отмеченные субъективные и объективные проблемы влияют в конечном счете на объемы и качество оказания медицинской помощи населению.

Т Ъ Ж Ы Р Ы М

АУРУДЫ АМБУЛАТОРИЯЛЫҚ-ПОЛИКЛИНИКАЛЫ ОНКОЛОГИЯ КӨМЕГІНІҢ ҰЙЫМДАРЫ ӘБДЕН ЖЕТІЛДІРУ ТУРАЛЫ

К.З. Құсайынов

Астана қалалық онкология диспансері

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

S U M M A R Y

ABOUT PERFECTION OF THE ORGANIZATION OF THE OUT-PATIENT-POLYCLINIC ONCOLOGICAL HELP BY THE PATIENT

K.Z. Kusainov

City oncological clinic, Astana c.

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.

ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ НАСЕЛЕНИЮ В УСЛОВИЯХ РАЗВИТИЯ РЕГИОНАЛЬНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ СЛУЖБЫ

**М.Е. ТУЛЕУТАЕВ, К.А. МУСАБЕКОВ,
К.З. КУСАИНОВ, Д.К. РАХИМБЕКОВА**

Городской онкологический диспансер, г. Астана,

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей

Онкологическая помощь жителям Астаны оказывается городским онкологическим диспансером. В настоящее время плановая мощность по амбулаторно-поликлинической службе составляет 380 посещений в смену. С переводом 29 сентября 2010 года терапевтических отделений во вторую городскую больницу коечный фонд сокращен до 245 коек, открыты отделения: хирургии №1 - 40 коек, отделение общей терапии на 30 коек, расширены отделения химиотерапии до 60 коек, радиологии до 50 коек, гинекологии до 25 коек, хирургия №2 – 40 коек. В структуре общей коечной мощности 195 – онкологических, 50 коек – радиологического профиля.

Имеется дневной стационар на 20 коек. Диагностические подразделения представлены клинико-диагностической лабораторией, централизованной цитологической лабораторией, отделением лучевой диагностики и эндоскопии, патоморфологической лабораторией.

В течение двух последних лет штатные ставки не изменились – 870,0 единицы. Показатель укомплектованности

кадрами в динамике в целом по диспансеру и по кадровой структуре остался прежним: 88,4% по диспансеру; 74,0% – по врачебному персоналу; по средним медработникам – 92,0%; по младшему персоналу – 90,8%; прочим – 97,1%. Но при этом уменьшился коэффициент совместительства (за счет увеличения числа физических лиц по всей кадровой структуре), что является положительным фактом. Так, в целом по диспансеру он составил в 2009 г. 2,3, а в 2010 г. – 1,5. По врачам он уменьшился с 2,2 до 1,38; по среднему персоналу с 2,5 до 1,6; по младшим медработникам с 2,9 до 1,6, прочим – с 1,6 до 1,29. В течение 2010 года были приняты на работу 10 интернов, которые закончили обучение и были приняты на работу.

Анализ показал, что при увеличении числа сотрудников с 74 до 103 человек, преобладающей является стажевая группа до 5 лет – более половины (с увеличением числа сотрудников с 50 до 63 человек), на втором месте – более 10 лет (также отмечено увеличение с 14 до 21 работника) и на третьем месте – от 5 до 9 лет включительно.

В 2010 г. доля врачей, имеющих квалификационные категории, составила 51%. Из них с высшей категорией – 13, с первой категорией – 16 и со второй – 11. 9 специалистов имеют ученые степени: докторов медицинских наук – 2 и кандидатов медицинских наук – 7. Число специалистов, имеющих сертификаты – 61.

В структуре среднего медперсонала имеющие квалификационный уровень составили в 2010 г. – 52%. Из них: с высшей категорией – 27, с первой – 20, второй – 10. Имеют сертификаты 123 работника.

Амбулаторно-поликлиническая служба в диспансере рассчитана на 380 посещений в смену. Дневной стационар развернут при поликлинике с начала 2010 года на 1 койку, но в августе расширен до 20 коек. Специализированный прием ведут следующие специалисты: онкохирурги, онкогинекологи, маммологи, онкоурологи, химиотерапевт, радиолог, эндоскопист, врач УЗИ, детский онколог, стоматолог, нейрохирург, терапевт, онколог – оториноларинголог, онкоортопед.

Всего за 2010 год пролечено 593 больных. В 2010 году проведена 501 амбулаторная операция (в 2009 г. – 326), в основном на коже и подкожной клетчатке и на молочной железе.

В динамике за два года отмечается увеличение посещений с 49455 до 52367 (темпы прироста + 5,9%), однако, их темп в разрезе специальностей отличается (табл. 1).

Таблица 1
Динамика посещаемости первичных больных к различным специалистам (2009-2010 гг.)

Специалист	Количество посещений в год		Темп прироста/снижения
	2009	2010	
Онколог-хирург 1	10109	6296	- 37,7
Онколог-хирург 2	9367	4730	- 44,5
Маммолог 1	8390	5424	- 35,4
Маммолог 2	-	3057	-
Онкогинеколог	6329	6873	+8,6
Химиотерапевт	-	5324	-
Радиолог	-	1821	-
Уролог	-	2422	-
Оториноларинголог	-	1622	-
Эндоскопист	2687	2391	- 11,0
Онколог пол-ки №1	4498	4762	+5,9
Онколог пол-ки №2	4061	3519	- 13,3
Онколог пол-ки №6	4166	4000	- 4,0
Онкоортопед	-	126	-
Итого	49 455	52367	+5,9

Так, отмечено резкое снижение посещаемости по онкохирургии (- 37,7% и 44,5%), маммологии (-35,4%) при увеличении посещений к онкогинекологам (+8,6%), онкологам.

За 2010 год было госпитализировано 8106 больных (в 2009 году – 9028 больных), то есть на 10,2% меньше, и это составило 98% от общего числа нуждавшихся в лечении. В 2010 году число первичных больных с II клинической группой, взятых на учет и закончивших специальное лечение, составило 917 человек или 73%, тогда как в 2009 г. – 859 (69,0%).

Всего проведено за 2010 года 2026 операций (в 2009 г. - 1103), прооперировано 1655 больных (2009 г. – 990), умерло после операции – 17 случаев (8 случаев – в 2009 г.), частота послеоперационных осложнений составила 0,9% (15 случаев) и по сравнению с прошлым годом увеличилась на 0,4% (2009 г. – 5 случаев или 0,5%). Доля прооперированных составила в 2010 г. 87,0% (в 2009 г. – 94,2%).

Проведенный анализ работы отделения радиологии за три смежных года (2008-2010 гг.) показал следующее (табл. 2).

Таблица 2
Основные результаты деятельности отделения радиологии онкологического диспансера за 2008-2010 гг.

	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Предоперационная лучевая терапия	12 (3,7%)	12 (4,3%)	5 (1,3%)
Послеоперационная лучевая терапия	213 (65,7%)	178 (63,3%)	224 (56,1%)
Самостоятельная лучевая терапия	99 (30,6%)	91 (32,4%)	170 (42,6%)
Всего	324	281	399

Как видно из приведенных данных, в целом лучевой терапией в разных периодах лечения больных в 2008 году было охвачено 324 больных, в 2009 г. их число уменьшилось до 13,3%, а в 2010 году возросло на 23,1% по сравнению с 2008 годом. Предоперационная лучевая подготовка в 2008 году составляла 3,7%, в 2009 году – 4,3%, но в 2010 году снизилась до 1,3%. Охват больных послеоперационной лучевой терапией уменьшился с 65,7% до 63,3 – в 2009 г. и 56,1% – в 2010 году. Исключительно лучевая терапия охватывала в 2008 году 30,6% онкологических больных, в 2009 г. – 32,4%, а в 2010 г. она увеличилась до 42,6%.

Распределение больных по видам проводимых курсов лучевой терапии показало следующее (табл. 3).

Таким образом, выявлено, что в основном в условиях диспансера проводится радикальный курс лучевой терапии. Из общего числа больных в 2008 году удельный вес составил 78,1%, в 2009 г. – 81,5% и в 2010 г. – 75,9%. Паллиативная терапия – на втором месте и ее доля возросла в 2010 г. по сравнению с 2008 годом на 6,3% – с 48 до 51, на третьем месте – симптоматические курсы и в 2010 году их число увеличилось по сравнению с 2008 г. с 23 до 45, то есть темп прироста составил 95,7%.

В диспансере внедрена химиолучевая терапия при раке шейки матки, раке легкого, раке пищевода, раке гортани.

В настоящее время внедрены 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 луче-

Таблица 3
Динамика распределения больных по видам курсовой лучевой терапии (2008-2010 гг.) (абс.ч. и %)

Виды курсовой терапии	2008 г.		2009 г.		2010 г.	
	абс.ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%
Всего	324	100,0	281	100,0	399	100,0
Радикальный курс	253	78,1	229	81,5	303	75,9
Паллиативный курс	48	14,8	39	13,9	51	12,8
Симптоматический курс	23	7,1	13	4,6	45	11,3

вой терапии рентгеновский симулятор Acuity. Осваиваются новые методики лечения.

Однако, имеется целый ряд проблем, тормозящих их развитие. Например, 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 мультилифтоколлиматорами, поэтому 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, что увеличило сроки ввода в эксплуатацию.

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 больным с онкологическими заболеваниями.

ОПЫТ РАБОТЫ СЛУЖБЫ ВНУТРЕННЕГО АУДИТА НА УРОВНЕ ГОРОДСКОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

К.А. МУСАБЕКОВ

Городской онкологический диспансер, г. Астана

Решение задачи дальнейшего совершенствования системы здравоохранения возможно путем реализации дополнительных стимулов для оказания эффективной и качественной медицинской помощи. При этом улучшение качества возможно при достижении понимания персоналом требований, предъявляемых к их работе, четкой взаимосвязи между достижением определенных результатов и последующим финансовым стимулированием.

Для проведения внутреннего контроля качества оказываемых медицинских услуг в диспансере организована служба внутреннего аудита (СВА). Как известно, первичная цель процесса внутреннего аудита – достижение улучшения деятельности медицинской организации и подготовка к внешнему аудиту.

Структура службы утверждена руководителем организации. Ее деятельность в настоящее время осуществляется в соответствии с действующими нормативными и правовыми документами:

1. Кодекс Республики Казахстан от 18 сентября 2009 г. №193-4 «О здоровье народа и системе здравоохранения»;

2. Постановление Правительства Республики Казахстан от 22.12.2011 г. №1577 «Об утверждении Правил организации и проведения внутренней и внешней экспертизы качества медицинских услуг»;

3. Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 24.03.2011 г. №152 «Правила организации и проведения внешней и внутренней экспертизы качества медицинских услуг».

Утвержденная штатная численность СВА составляет 4,5 ставки, в настоящее время укомплектована

Т Ы Ж Ы Р Ы М АЙМАҚТЫҚ МАМАНДАНДЫРЫЛҒАН ҚЫЗМЕТТІҢ ДАМУЫҒА ШАРТТАРЫНДАҒЫ ТҰРҒЫҒА ОНКОЛОГИЯ КӨМЕГІ

**М.Е. Төлеутаев, К.А. Мусабеков,
Д.К. Рақымбекова, К.З. Құсайынов**
*Қалалық онкология диспансері, Астана қ.,
Алматы мемлекеттік дәрігерлердің
білім жетілдіру институты*

Онкология диспансерінің жұмыстары талдау барысында көлем төмендететін мәселелердің қатары айқындалған, сапа және онкология ауруын мамандандырылған көмектің көрсетуін уақытылы болу.

S U M M A R Y THE ONCOLOGICAL HELP TO THE POPULATION IN THE CONDITIONS OF DEVELOPMENT OF REGIONAL SPECIALIZED SERVICE

**M.E. Tuleutayev, K.A. Musabekov,
K.Z. Kusainov, D.K. Rakhimbekova**
*City oncological clinic, Astana c.,
Almaty state institute of improvement of doctors*

During the analysis of work of an oncological clinic a number of the problems reducing volumes, quality and timeliness of rendering of the specialized help is revealed by the oncological patient.

полностью. В состав службы вошли: специалист-онколог высшей категории, организатор здравоохранения, преподаватель профильной кафедры.

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.

Онкологическая помощь жителям города Астана оказывается онкологическим диспансером, который в настоящее время сохраняет статус городского казенного коммунального предприятия. Численность обслуживаемого населения по состоянию на 01.11.2010 г. составила 701491 человек. Плановая мощность по амбулаторно-поликлинической службе составляет 380 посещений в смену. С переводом 29 сентября 2010 года терапевтических отделений во вторую городскую больницу коечный фонд сокращен до 245 коек, открыты отделения: хирургии №1 – 40 коек, отделение общей терапии на 30 коек, расширены отделения химиотерапии до 60 коек, радиологии до 50 коек, гинекологии до 25 коек, хирургия №2 – 40 коек. В структуре общей коечной мощности 195 – онкологических, 50 коек – радиологического профиля. Диагностические подразделения – это клинико-диагностическая лаборатория, централизованная цитологическая лаборатория, отделение луче-