

Organization of specialized medical care for patients with blood disorders in Saint Petersburg

L.Yu. Zhiguleva and K.M. Abdulkadyrov

ABSTRACT

Over the past decade, the significant progress was achieved in the outcomes of treatment of blood disorders that reflects not only the advances in the medicine as a whole, but also in molecular biology, chemistry, genetics, nanotechnologies, etc. The rational organization is the key factor for the increased efficacy of specialized medical care. This article includes analysis of the structure, organization, and results of the work of St Petersburg hematological institutions and their influence on the city population health parameters in 2000–2012. The importance of the system approach to the organization of hematological care is also noted. The findings are the decreased mortality from malignancies of hematopoietic, lymphoid, and related tissues, increased their incidence (prevalence) due to increased mean life expectancy of patients, increased 5-year survival rate, decreased total and 1st-year mortality after the diagnosis. The weak link of the hematological care was identified, i.e. insufficient knowledge of hematology among general medical practitioners and pediatricians. The need for further research of personnel workload adequacy and its influence on of hematological care quality is indicated.

Keywords: morbidity, mortality, lethality, hematological care, blood disorders, malignancies of hematopoietic, lymphoid, and related tissues, out-patients-based follow-up, hematopoietic stem cells transplantation, high-tech medical care.

Accepted November 5, 2013

Russian Research Institute of Hematology and Transfusiology, FMBA
191024, ul. 2-ya Sovetskaya, d. 16, St. Petersburg, Russian Federation

L.Yu. Zhiguleva, PhD, Leading scientific worker, Division of chemotherapy for hematological malignancies, hematopoiesis depression, and bone marrow transplantation

K.M. Abdulkadyrov, DSci, Professor, Head of Division of chemotherapy for hematological malignancies and hematopoiesis depression

Correspondence should be sent to L.Yu. Zhiguleva

191024, ul. 2-ya Sovetskaya, d. 16, St. Petersburg, Russian Federation
Tel.: +7 (812) 7170995, e-mail: RNIHT@mail.ru

Организация специализированной медицинской помощи лицам с заболеваниями системы крови в Санкт-Петербурге

Л.Ю. Жигулева, К.М. Абдулкадыров

РЕФЕРАТ

В последнее десятилетие достигнут существенный прогресс в лечении заболеваний системы крови, что отражает успехи не только медицины в целом, но и молекулярной биологии, химии, генетики, нанотехнологий и т. д. Важное значение для повышения эффективности специализированной медицинской помощи имеет и ее рациональная организация. В работе подввергнуты анализу структура, организация и результаты деятельности учреждений гематологической помощи Санкт-Петербурга, их влияние на показатели здоровья населения города в 2000–2012 гг. Отмечена важность системного подхода при организации гематологической помощи. Установлены снижение смертности от злокачественных новообразований кроветворной, лимфоидной и родственных им тканей, рост заболеваемости (распространенности) за счет увеличения средней продолжительности жизни, увеличение 5-летней выживаемости, снижение общей летальности и летальности в первый год жизни после установления диагноза. Отмечено слабое звено в организации гематологической помощи — недостаточная квалификация врачей общего профиля и педиатров в вопросах гематологии. Обозначена необходимость дальнейшего исследования адекватности нагрузки на персонал и ее влияния на качество гематологической помощи.

Ключевые слова:

заболеваемость, смертность, летальность, гематологическая помощь, заболевания системы крови, злокачественные новообразования кроветворной, лимфоидной и родственных им тканей, диспансерное наблюдение, трансплантация гемопоэтических стволовых клеток, высокотехнологичная медицинская помощь.

Принято в печать: 5 ноября 2013 г.

ВВЕДЕНИЕ

Прогресс в теоретической и клинической гематологии, достигнутый за последние 20 лет и способствовавший существенному улучшению результатов лечения, отражает успехи не только в медицине, но и в молекулярной биологии, химии, генетике, нанотехнологиях. Важное значение в повышении эффективности специализированной медицинской помощи имеет и ее рациональная организация.

Начало создания гематологической службы (ГС) Санкт-Петербурга как подсистемы здравоохранения города относится к послевоенному

времени, когда в 1945 г. была создана первая в Ленинграде гематологическая клиника на базе Ленинградского института переливания крови. В 1958 г. в этом же институте было организовано поликлиническое отделение. Создание специализированных подсистем здравоохранения происходит в тех областях медицины, где их успехи отчетливы, число больных значительное, а оказываемая им практическим здравоохранением помощь отстает от результатов, достигнутых в отдельных лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) — клиниках научно-исследовательских институтов, медицинских вузов,

университетов [1]. Организация специализированных служб здравоохранения в значительной степени есть следствие анализа реальной ситуации, в т. ч. уровня распространенности заболеваний, ущерба для общества в связи с потерей трудоспособности и смертностью населения от этих заболеваний, наличия эффективных лечебно-диагностических технологий и возможности их внедрения в клиническую практику, подготовки высококвалифицированного персонала [2]. В связи с этим формирование и дальнейшее развитие ГС города проходили параллельно с формированием ГС России (в условиях государственной системы здравоохранения и административного правового регулирования) в соответствии с приказами МЗ СССР, МЗ РФ, а также Главного управления здравоохранения Ленинграда, а затем — Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга. Этими нормативными документами было определено создание сети гематологических отделений и кабинетов, а также штатные нормативы для стационарных и амбулаторных звеньев ГС [3–11]. Существенные изменения качественного характера, затронувшие структуру ГС, процесс оказания специализированной гематологической помощи и ее эффективность, произошли за последние 10–15 лет.

Цель работы — анализ структуры и организации деятельности ГС Санкт-Петербурга и их влияния на показатели здоровья населения за 2000–2012 гг.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Анализ деятельности учреждений ГС проводился на основании отчетов заведующих гематологическими отделениями и гематологическими кабинетами ЛПУ, оказывавших специализированную гематологическую помощь населению города в 2000–2012 гг. Всего проанализировано 83 отчета о деятельности амбулаторной ГС (межрайонных гематологических кабинетов для взрослых, детских гематологических кабинетов, Городского центра по лечению гемофилии, консультативно-поликлинического отделения ФГБУ «Российский научно-исследовательский институт гематологии и трансфузиологии Федерального медико-биологического агентства») и 112 отчетов о деятельности стационарной ГС (гематологических отделений городских больниц, в т. ч. детских, а также федеральных и ведомственных учреждений: ФГБУ «Российский научно-исследовательский институт гематологии и трансфузиологии Федерального медико-биологического агентства», ФГБУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. акад. В.А. Алмазова», Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова, в т. ч. Института детской онкологии, гематологии и трансплантологии им. Р.М. Горбачевой, Дорожной клинической больницы ОАО «РЖД»).

Изучение показателей заболеваемости и смертности населения проводилось на основе учетных форм № 7 «Сведения о заболеваниях злокачественными новообразованиями», № 35 «Сведения о больных злокачественными новообразованиями», № 14 «Сведения о деятельности стационара». Использовались данные информационно-аналитического центра Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга и Петростата, популяционного ракового регистра Санкт-Петербурга и городского патолого-анатомического бюро, а также материалы Росстата о численности, основных

демографических тенденциях населения и показателях заболеваемости в России.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В настоящее время ГС Санкт-Петербурга включает в себя учреждения городского, федерального и ведомственного подчинения. В 2012 г. ГС располагала 575 специализированными койками (в т. ч. для трансплантации гемопоэтических стволовых клеток), из которых 402 — для взрослых, 173 — для детей; 3 межрайонными гематологическими кабинетами (МГК) для взрослых; 2 гематологическими кабинетами для детей в структуре детской городской больницы, Городским центром по лечению гемофилии (ГЦ), реанимационно-гематологической бригадой «скорой помощи», обеспечивающей экстренную помощь при тяжелых кровотечениях, посттрансфузионных осложнениях, острых тромбозах магистральных сосудов; 8 отделениями трансплантации костного мозга. В Санкт-Петербурге находится ФГБУ «Российский научно-исследовательский институт гематологии и трансфузиологии Федерального медико-биологического агентства» (РосНИИГТ), среди пациентов которого 81 % составляют жители города.

Число специализированных гематологических коек в городе возросло с открытием в 2007 г. Института детской онкологии, гематологии и трансплантологии им. Р.М. Горбачевой (ИДОГиТ) Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова (СПбГМУ), а в 2009 г. — ФГБУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. акад. В.А. Алмазова» (ФЦ СКЭ). Учреждения федерального и ведомственного подчинения — РосНИИГТ, СПбГМУ, ИДОГиТ, ФЦ СКЭ, ФГБУ «НИИ онкологии им. акад. Н.Н. Петрова» МЗ РФ, Дорожная клиническая больница ОАО «РЖД» — усиливают городскую ГС. На базе этих учреждений, а также в гематологических отделениях городских больниц работают дневные гематологические стационары. Кроме того, в ФЦ СКЭ, некоторых поликлиниках (детский диагностический центр, дорожная поликлиника и др.) дополнительно организованы консультативные приемы гематолога, а на базе Родильного дома № 6 им. проф. Снегирева функционирует акушерско-гематологический центр, занимающийся проблемами нарушения гемостаза, анемиями и другой патологией системы крови у беременных. Центр работает в тесном контакте с РосНИИГТ. На базе РосНИИГТ функционирует также Республиканский центр иммунологического типирования тканей.

Обеспеченность Санкт-Петербурга специализированными койками для лечения заболеваний системы крови (в т. ч. для трансплантации гемопоэтических стволовых клеток) составила в 2012 г. в целом по городу 1,15 на 10 000 населения; обеспеченность только койками Комитета по здравоохранению — 0,5 на 10 000 населения, что соответствует нормативу, утвержденному приказом Минздрава РСФСР № 696 от 06.12.1982 г. «О дополнительных мерах по улучшению специализированной медицинской помощи больным с заболеваниями системы крови». Средний показатель по России в 2012 г. составил 0,4 на 10 000 населения [12].

Учреждения федерального и ведомственного подчинения (РосНИИГТ, СПбГМУ, ИДОГиТ, ФЦ СКЭ, ФГБУ «НИИ онкологии им. акад. Н.Н. Петрова» МЗ РФ), а

также некоторые многопрофильные городские больницы (в т. ч. детская), на базе которых работают гематологические отделения, располагают широкой диагностической базой и обеспечивают для жителей города возможность выполнения иммунологических, цитогенетических, иммуногистохимических, культуральных, молекулярно-биологических и других современных методов исследования. Участие этих учреждений в многоцентровых международных клинических исследованиях по лечению заболеваний системы крови свидетельствует о современном уровне лечения таких больных в Санкт-Петербурге.

Формирование ГС Санкт-Петербурга проходило системно. Под системой обычно понимается такая совокупность взаимосвязанных элементов, которая функционирует как единое целое [13]. МГК, в основном работающие по территориальному принципу, функционально связаны с гематологическими отделениями крупных многопрофильных больниц, имеющих специализированную клиничко-лабораторную базу, и с научными учреждениями, оказывающими консультативную и методическую помощь (РосНИИГТ, кафедры СПбГМУ), а также с популяционным раковым регистром, функционирующим в городе с 1996 г. Подобная структурная организация специализированной гематологической помощи в условиях мегаполиса приближает помощь к населению, увеличивает ее транспортную доступность, обеспечивает преемственность между амбулаторным и стационарным этапом, способствуя своевременному проведению программного лечения онкогематологических больных. Кроме того, имеется возможность комплексной оценки качества специализированной медицинской помощи по конечному результату, повышая ответственность медицинского персонала за результаты своей работы. Обеспечивается достоверный статистический учет злокачественных новообразований кроветворной, лимфоидной и родственных им тканей.

Профессионально-кадровый потенциал ГС Санкт-Петербурга достаточно высок. Все должности врачей-гематологов укомплектованы высококвалифицированными специалистами со средним стажем работы 17,9 года. Из них 79,5 % врачей имеют высшую квалификационную категорию, 11,9 % — первую категорию, 4,8 % — вторую категорию. Не имеют категории лишь молодые гематологи со стажем работы менее 3 лет (3,7 %) (рис. 1).

В 2012 г. подразделения амбулаторной гематологической помощи обеспечили 86 405 посещений, из них взрослых — 73 970, детей — 12 435; посещений МГК — 70 920, детских гематологических кабинетов — 8272, ГЦ — 7213 (из них взрослых — 3050, детей — 4163). В табл. 1 представлена динамика некоторых показателей деятельности ГС на амбулаторном этапе за 12 лет.

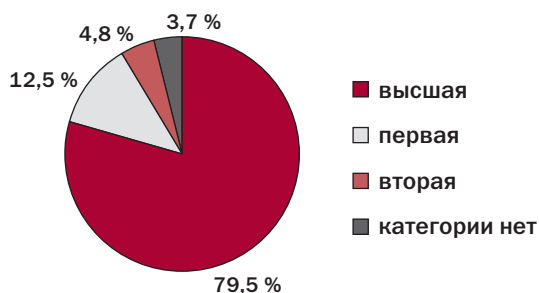


Рис. 1. Квалификационные категории врачей гематологов Санкт-Петербурга, 2012 г.

Таблица 1. Динамика некоторых показателей деятельности гематологической службы на амбулаторном этапе (2000–2012 гг.)

Показатели деятельности	Годы				
	2000	2004	2009	2011	2012
Число посещений	64 766	68 231	68 674	77 363	86 405
Расхождение диагнозов между поликлиникой и МГК, %	20,4	24,8	28,3	24,6	30,3
Расхождение диагнозов между МГК и гематологическим отделением, %	1,25	1,1	1,25	1,5	1,5
Число впервые выявленных онкогематологических больных, л	950	1070	1087	1193	1082
Число больных, состоящих на диспансерном учете в МГК, л	8447	8678	8902	9376	9636
Доля онкогематологических больных в структуре диспансерных больных МГК, %	28,0	38,6	49,1	47,3	50,4
Число больных, состоящих на диспансерном учете в ГЦ, л	2763	2990	3197	3198	3222

ГЦ — Городской центр по лечению гемофилии; МГК — межрайонный гематологический кабинет.

Как видно из данных табл. 1, в динамике с 2000 г. число посещений увеличилось на $\frac{1}{3}$ (33,4 %). Расхождение диагнозов между поликлиниками и гематологическими кабинетами за исследуемый период увеличилось на 10 % и составило в 2012 г. 30,3 %. Отрицательная динамика этого показателя свидетельствует о недостаточном уровне квалификации терапевтов и педиатров поликлиник в вопросах гематологии. Так, проведенный нами опрос гематологов города показал, что 78,7 % специалистов не доверяют данным обследований, представленных поликлиникой, причем 41,2 % гематологов всегда перепроверяют поликлинические анализы. Достаточно высокий процент расхождения диагнозов между МГК и поликлиниками прикрепленных территорий может свидетельствовать также об отсутствии надлежащей обратной связи между гематологом и врачами районных поликлиник, а следовательно, о недостатках преемственности и организационно-методической работы МГК, задачей которых при их создании было усиление специализированной гематологической помощи на прикрепленной территории. В настоящее время работа МГК организована таким образом, что из нее исчез так называемый диспансерный день, позволявший врачу более внимательно сосредоточиться на диспансерной и организационно-методической работе в зоне обслуживания, оценить качество своей работы. Поток пациентов, как первичных, требующих оперативного обследования, так и диспансерных, нуждающихся кроме всего прочего в выписке рецептов на дорогостоящие лекарственные средства для льготных категорий граждан (что занимает много времени у врача), не оставляет врачу возможности для организационно-методической работы.

В то же время показатель расхождения диагнозов между гематологическими кабинетами и гематологическими стационарами не имел отрицательной динамики, что объясняется почти 100%-й прижизненной морфологической верификацией диагноза.

В 2012 г. впервые выявлено 1082 больных со злокачественными новообразованиями кроветворной, лимфоидной и родственных им тканей, из них 56,1 % составляли женщины. Половозрастной состав впервые



Рис. 2. Динамика заболеваемости населения Санкт-Петербурга злокачественными новообразованиями кроветворной, лимфоидной и родственных им тканей в 2001–2012 гг. (стандартизованные показатели; мировой стандарт)

выявленных пациентов на протяжении всего периода изучения оставался стабильным. Максимальное число первичных случаев заболевания выявлено в возрасте 70–74 лет. Тенденция нарастания числа впервые выявленных больных с опухолями кроветворной и лимфоидной тканей с увеличением возраста пациентов при максимуме в возрастной группе 70–74 года и снижением их числа к 85 годам характерна почти для всех онкогематологических заболеваний, кроме острых лимфобластных лейкозов (максимум выявления первичных больных в возрастной группе до 4 лет) и лимфомы Ходжкина (максимум выявления первичных больных в возрасте 30–34 лет).

На рис. 2 представлены показатели первичной заболеваемости населения Санкт-Петербурга опухолями кроветворной и лимфоидной тканей за период 2001–2012 гг.

Как видно на рис. 2., наблюдался постепенный, с небольшими колебаниями рост стандартизованных показателей заболеваемости с 14,5 до 15,1 случая на 100 000 населения. Заболеваемость мужчин превышала заболеваемость женщин, составляя в 2001 г. для мужчин 17,2 случая на 100 000 населения, для женщин — 12,8, а в 2012 г. — 17,3 и 14,4 для мужчин и женщин соответственно.

Заболеваемость злокачественными новообразованиями кроветворной, лимфоидной и родственных им тканей в Санкт-Петербурге превышает уровень заболеваемости в Москве и в среднем по России (рис. 3).

По данным, представленным на рис. 3, в Санкт-Петербурге стандартизованный показатель заболеваемости в 2011 г. составил 16, в Москве — 12,9, а в РФ — 12,5 на 100 000 населения соответственно [14].

Высокий уровень заболеваемости опухолями кроветворной и лимфоидной тканей в Санкт-Петербурге объясняется рядом причин. Прежде всего, сохранением тенденции к увеличению доли лиц пожилого и старческого возраста в структуре населения города (по данным переписи населения 2010 г., лица старше трудоспособного возраста составляют в структуре населения 25,4 %, а в структуре населения России в целом — 22,2 %). Средний возраст жителей Санкт-Петербурга на начало 2012 г. был 41,4 года [15, 16]. Кроме того, имеют значение экологические факторы, характерные для крупных промышленных городов, каким является Санкт-Петербург. Необходимо иметь в виду кризисные явления в социально-экономической жизни населения, способствующие снижению иммунной защиты в популяции [17], а также климатические

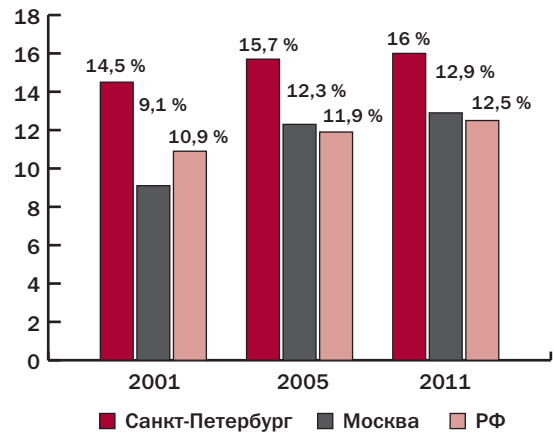


Рис. 3. Динамика заболеваемости населения Санкт-Петербурга, Москвы и Российской Федерации злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей в 2001–2011 гг. (стандартизованные показатели; мировой стандарт)

условия, усугубляющие воздействие экологических факторов и снижение иммунной защиты. Важнейшим фактором, от которого зависят показатели заболеваемости, служит достоверность статистической информации, которая обеспечивается в Санкт-Петербурге работой популяционного ракового регистра.

Смертность населения Санкт-Петербурга от злокачественных новообразований кроветворной, лимфоидной и родственных им тканей снизилась с 10 случаев на 100 000 населения в 2001 г. до 7,6 на 100 000 в 2011 г. (рис. 4).

Смертность мужского населения превышала смертность женского, составляя в 2001 г. у мужчин 13 случаев на 100 000 населения, у женщин — 8,2, а в 2011 г. — 9,7 и 6,4 у мужчин и женщин соответственно.

В 2012 г. на диспансерном учете в МГК и в консультативно-поликлиническом отделении РосНИИГТ состояло 9636 человек. Прирост числа диспансерных больных за последние 5 лет (с 2007 г.) составил 30,3 %. Прирост обеспечивался увеличением количества практически всех нозологических форм, за исключением миелодиспластического синдрома (–7,1 %), гемолитических анемий (–6,6 %), гистиоцитозов (прирост 0 %), а также дефицитных анемий (В₁₂/фолиево-дефицитных и железodefицитных). Последнее объясняется тем, что пациенты с дефицитными анемиями при стабильном уровне гемоглобина переводятся под наблюдение терапевтов поликлиник



Рис. 4. Динамика смертности населения Санкт-Петербурга от злокачественных новообразований кроветворной, лимфоидной и родственных им тканей в 2001–2011 гг. (стандартизованные показатели; мировой стандарт)

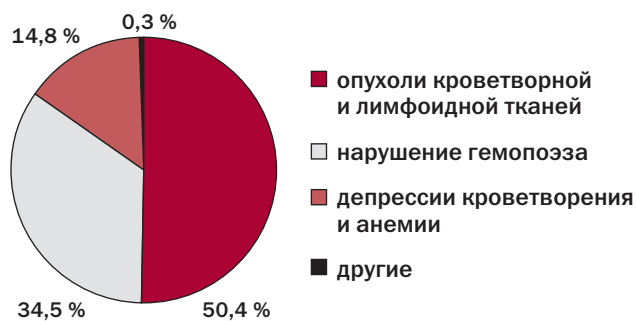


Рис. 5. Структура диспансерной группы больных, наблюдавшихся у гематолога в 2012 г.

по месту жительства. Число диспансерных больных, наблюдавшихся в центре по лечению гемофилии, за этот же период было наиболее стабильным. Максимальной была диспансерная группа лиц с болезнью Виллебранда и тромбоцитопатиями — 86,9 % (в 2000 г. — 85,7 %). Пациенты с гемофилией в структуре диспансерных больных составляли 12,1 % (показатель колебался от 11 до 12,1 %). На рис. 5 представлена структура диспансерной группы больных, наблюдавшихся у гематолога в 2012 г.

Самую многочисленную группу диспансерных больных составляют пациенты с опухолями кроветворной и лимфоидной тканей. Число лиц с онкогематологическими заболеваниями в структуре общей диспансерной группы увеличилось с 28 % в 2000 г. до 50,4 % в 2012 г. Эти пациенты представляются наиболее тяжелыми с точки зрения течения заболевания, прогноза, а также ресурсных и финансовых затрат для диагностики и лечения. Так, группа пациентов с хроническими миелопролиферативными заболеваниями (хронический миелолейкоз, хронический моноцитарный лейкоз, истинная полицитемия, первичный миелофиброз, эссенциальная тромбоцитемия) возросла на 37,8 %, а группа пациентов со злокачественными лимфоэпителиальными заболеваниями (хронический лимфолейкоз, неходжкинские лимфомы, лимфома Ходжкина, множественная миелома) — в 1,5 раза. Сопоставление приведенных данных с динамикой числа впервые выявленных пациентов свидетельствует о том, что прирост числа лиц с онкогематологическими заболеваниями обусловлен не столько увеличением количества первичных случаев заболевания, сколько увеличением продолжительности жизни. На рис. 6 представлена динамика показателей распространенности онкогематологических заболеваний в Санкт-Петербурге.

Показатель распространенности лимфом за исследуемый период времени возрос с 69,9 случая на 100 000 населения до 96. Распространенность лейкозов увеличилась с 49,7 до 79,3 на 100 000 населения. При этом летальность

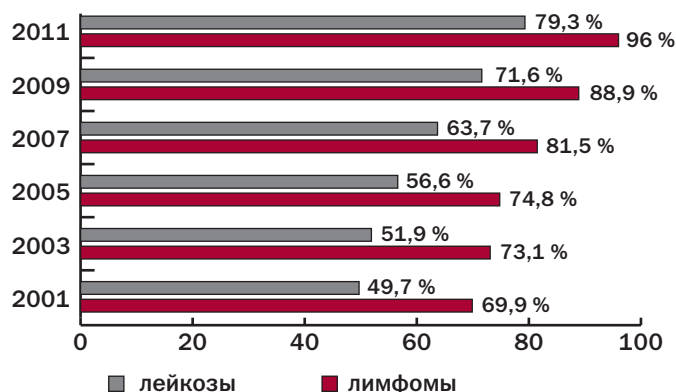


Рис. 6. Динамика распространенности (общей заболеваемости) среди населения Санкт-Петербурга злокачественных новообразований кроветворной, лимфоидной и родственных им тканей в 2001–2011 гг.

при лимфомах снизилась с 8,1 % в 2001 г. до 5,3 % в 2012 г., а при лейкозах — с 9,2 до 3,6 % соответственно.

Снижение смертности при росте общей заболеваемости (распространенности) свидетельствует об увеличении продолжительности жизни больных, что связано главным образом с высокоэффективным современным лечением и рациональной системой организации диспансерного наблюдения. Об эффективности современных высокотехнологичных методов лечения, а также о своевременной диагностике и рациональной организации диспансерного наблюдения свидетельствует также рост числа пациентов, переживающих 5-летний рубеж и уменьшение показателей летальности в течение первого года жизни после установления диагноза. Так, число больных лейкозами, состоящих на диспансерном учете 5 лет и более, повысилось за 3 года (с 2010 по 2012 г.) с 59,6 до 63,2 %, а летальность в течение первого года от момента установления диагноза уменьшилась за этот период времени с 18,1 до 13,3 %.

В табл. 2 представлена сравнительная динамика некоторых статистических показателей качества онкогематологической помощи в Санкт-Петербурге, Москве и Российской Федерации в 2002–2011 гг. [18].

Данные табл. 2 свидетельствуют о том, что летальность при злокачественных новообразованиях кроветворной, лимфоидной и родственных им тканей в Санкт-Петербурге ниже, чем в Москве и РФ (4,2 vs 5,7 % в Москве и 6,8 % в среднем по РФ), а число больных, переживших 5-летний рубеж, больше (57,7 vs 48,1 % в Москве и 51,2 % по РФ) при более высокой распространенности (87,7 случая на 100 000 населения vs 67,5 в Москве и 56,9 в РФ). Эта тенденция сохранялась в динамике на протяжении всего изучаемого периода.

Таблица 2. Динамика некоторых статистических показателей качества онкогематологической помощи в Санкт-Петербурге, Москве и Российской Федерации в 2002–2011 гг.

Годы	Лица с онкогематологическими заболеваниями, состоящие на учете у гематолога (на 100 000 населения)			Из них наблюдались ≥ 5 лет, %			Летальность, %		
	СПб	Москва	РФ	СПб	Москва	РФ	СПб	Москва	РФ
2002	59,8	39,6	47,2	50,3	49,9	47,1	8,7	9,3	10,8
2004	65,2	39,0	40,7	52,3	49,9	48,5	7,7	8,7	10,0
2006	70,3	46,8	44,9	53,7	46,9	48,9	7,1	8,2	9,1
2008	75,8	53,6	49,2	55,8	47,2	49,8	7,1	7,5	8,4
2010	84,3	62,6	54,4	56,6	47,7	50,9	4,0	6,3	7,3
2011	87,7	67,5	56,9	57,7	48,1	51,2	4,2	5,7	6,8

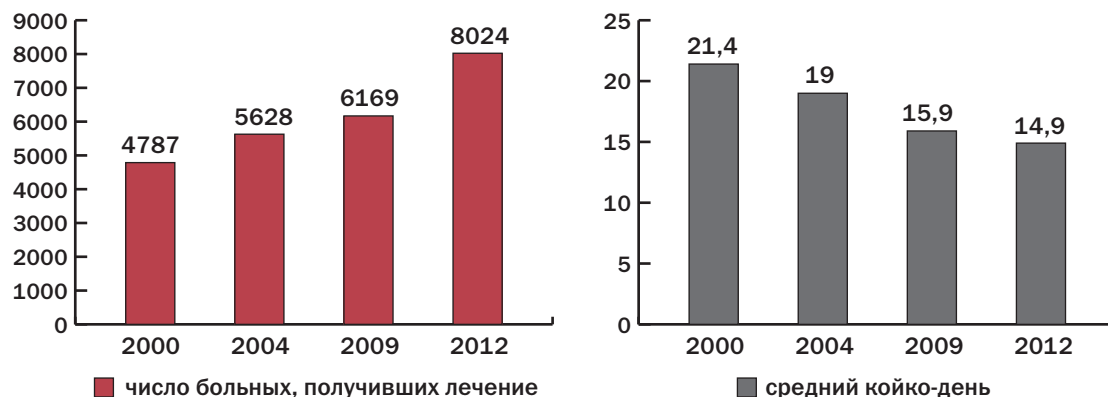


Рис. 7. Динамика числа больных, получивших лечение, и средней длительности пребывания в гематологических отделениях для взрослых в 2000–2012 гг.

В 2012 г. в гематологические отделения города госпитализирован 10 231 больной, из них 21,6 % в детские гематологические отделения, 78,4 % — во взрослые. Максимальное число больных в структуре госпитализированных в гематологические отделения взрослых составляли пациенты с множественной миеломой (21 %), пациенты с неходжкинскими лимфомами — 19 %. Среди госпитализированных больные острыми лейкозами составили 13,8 %, а хроническим лимфолейкозом — 14,7 %. В структуре острых лейкозов 60,2 % были острые миелоидные лейкозы, 27 % — острый лимфобластный лейкоз. В то время как хронический лимфолейкоз по количеству пациентов занимает 1-е место среди диспансерных больных (21,4 %) и это объясняет его сравнительно большую долю среди госпитализированных (14,7 %), острые лейкозы в структуре диспансерных больных составляют всего 1,8 % (в структуре госпитализированных — 13,8 %), множественная миелома — 6,4 % (среди госпитализированных — 21 %), неходжкинские лимфомы — 7,9 % (среди госпитализированных — 19 %), что свидетельствует о тяжести этих заболеваний.

В структуре госпитализаций в детские гематологические отделения острые лейкозы составляют 43,3 %, затем следуют дефицитные анемии (12,3 %) и идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (5,2 %). Среди острых лейкозов у детей 68,7 % составляют острые лимфобластные лейкозы, 30,4 % — острые миелоидные лейкозы.

Средняя длительность пребывания больных в гематологических отделениях для взрослых составила в 2012 г. 14,9 дня, в детских гематологических отделениях — 17,1 дня. Эти показатели практически не отличались от среднероссийских: 15 и 16,7 дня соответственно [12]. На рис. 7 представлена динамика числа больных, прошедших лечение в гематологических отделениях Санкт-Петербурга, и динамика средней длительности госпитализации в 2000–2012 гг.

На основании данных, представленных на рис. 7, можно сделать вывод о том, что повышение числа больных, получивших лечение, связано не только с увеличением коечного фонда, но и со снижением средней длительности госпитализации, что, в свою очередь, обусловлено применением эффективных лечебно-диагностических технологий и развитием амбулаторной помощи.

Летальность в гематологических отделениях у взрослых снизилась с 6,9 % в 2000 г. до 5,3 % в 2012 г., а у детей — с 2,1 до 1,6 % соответственно.

Объем трансфузий компонентов, препаратов крови, кровезаменителей и препаратов для парентерального питания, осуществленных в гематологических стационарах города, увеличился в 2012 г. по сравнению с 2011 г. на 57,4 %. Объем перелитых компонентов крови вырос на 53,8 %. В 5 раз увеличился объем трансфузий препаратов крови (в основном, за счет альбумина). Объем трансфузий кровезаменителей возрос на 4,6 %. Существенно увеличился объем трансфузий препаратов для парентерального питания (в 8,6 раза), причем расширился спектр применяемых препаратов. Вышеизложенное свидетельствует о существенном улучшении снабжения гематологических отделений города трансфузионными средами, что обеспечило возможность соблюдения стандарта высокотехнологичной медицинской помощи, требующего мощного и широкого спектра терапии поддержки. Это сыграло важную роль в улучшении результатов лечения, увеличении продолжительности жизни больных и улучшении ее качества.

В 2012 г. осуществлено 386 трансплантаций гемопоэтических стволовых клеток периферической крови и костного мозга, из них аллогенных неродственных трансплантаций — 106, аллогенных родственных — 41; ауто трансплантаций — 194; гаплоидентичных — 45. Трансплантаций гемопоэтических стволовых клеток пуповинной крови в 2012 г. не проводилось (в 2009 г. их было осуществлено 6, в 2011 г. — 20). На рис. 8 представлена динамика количества и структуры трансплантаций с 1998 по 2012 г.



Рис. 8. Динамика количества и тип трансплантаций гемопоэтических стволовых клеток в 1998–2012 гг.

Как следует из представленных на рис. 8 данных, за 15 лет число трансплантаций увеличилось в 11,7 раза. Это связано с увеличением количества отделений трансплантации костного мозга и расширением возможности подбора доноров гемопоэтических стволовых клеток периферической, пуповинной крови и костного мозга, а также возможности обеспечить адекватную трансфузионную, антибактериальную, антимикотическую и другую поддержку в посттрансплантационный период. При нарастании общего числа трансплантаций в их структуре повысилось число аллогенных. Кроме того, увеличилось количество аллогенных трансплантаций от неродственных доноров. Возросло также число трансплантаций гемопоэтических стволовых клеток периферической крови по сравнению с клетками костного мозга. Этот метод дает меньше осложнений, он дешевле и менее трудоемок.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Структура и организация гематологической службы Санкт-Петербурга позволяют обеспечить всех профильных больных специализированной стационарной и амбулаторной помощью, осуществлять учет и регистрацию лиц с заболеваниями системы крови. В этом немаловажную роль сыграл системный подход при формировании службы. Городскую ГС существенно усиливают медицинские учреждения федерального и ведомственного подчинения, обладающие значительным научным, лечебным и кадровым потенциалом. Учреждения гематологического профиля укомплектованы высококвалифицированными кадрами, способными осуществлять диагностику и лечение гематологических заболеваний на уровне европейских стандартов. Об этом свидетельствуют результаты деятельности учреждений гематологической помощи города за период 2000–2012 гг.: снижение смертности от злокачественных новообразований кроветворной, лимфоидной и родственных им тканей при росте общей заболеваемости (а следовательно, увеличении средней продолжительности жизни больных), увеличение 5-летней выживаемости больных, снижение общей летальности и летальности в течение первого года жизни после установления диагноза. Увеличение объемов высокотехнологичной медицинской помощи, в т. ч. трансплантации гемопоэтических стволовых клеток периферической крови и костного мозга, при снижении показателя средней продолжительности пребывания больного в стационаре свидетельствует об экономической эффективности внедрения современных лечебно-диагностических и организационных (дневные стационары) технологий в клиническую практику. Наиболее слабым звеном в системе оказания специализированной гематологической помощи остается недостаточная квалификация в вопросах гематологии врачей общего профиля и педиатров. В отдельном изучении нуждается также вопрос об адекватности нагрузки персонала гематологических кабинетов и стационаров в связи с возросшими объемами высокотехнологичной медицинской помощи и требованиями к организации и контролю обеспечения льготных категорий граждан лекарственными средствами в амбулаторных условиях.

КОНФЛИКТЫ ИНТЕРЕСОВ

Авторы подтверждают отсутствие скрытых конфликтов интересов.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Эльштейн Н.В. Терапевты и специализация медицины: клинико-организационные очерки. Таллинн: Валгус, 1973.
[Elshhteyn N.V. Terapevty i spetsializatsiya meditsiny: kliniko-organizatsionnye ocherki (Physicians and specialization of medicine: clinic-organizational outlines). Tallinn: Valgus, 1973.]
2. Чавпецов В.Ф. Внебольничная кардиологическая помощь населению РСФСР (обоснование путей интенсификации специализированной медицинской службы): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Л., 1989.
[Chavpetsov V.F. Vnebolnichnaya kardiologicheskaya pomoshch naseleniyu RSFSR (obosnovaniye putey intensivatsii spetsializirovannoy meditsinskoy sluzhby). Dokt. diss. (Outpatient cardiological care for RSFR population (rationale for approaches to intensification of specialized medical service). Dr. med. sci. diss.). L., 1989.]
3. Приказ МЗ СССР № 215 от 24 апреля 1958 г. «Об углубленной и всесторонней экспериментально-клинической разработке проблемы лейкозов и организации широкой лечебно-профилактической помощи населению». М., 1958.
[Prikaz MZ SSSR № 215 ot 24 aprelya 1958 g. «Ob uglublennoy i vsestoronney eksperimentalno-klinicheskoy razrabotke problemy leykozov i organizatsii shirokoy lechebno-profilakticheskoy pomoshchi naseleniyu» (Decree № 215 of USSR MH dated April 25, 1958, On profound and comprehensive experimental and clinical development of leukemia problem and organization of broad therapeutic and prophylactic care for population). M., 1958.]
4. Приказ МЗ СССР № 490 от 20.06.67 г. «О мерах по улучшению медицинской помощи больным с заболеваниями крови». М., 1967.
[Prikaz MZ SSSR № 490 ot 20.06.67 g. «O merakh po uluchsheniyu meditsinskoy pomoshchi bolnym s zabolevaniyami krovi» (Decree № 490 of USSR MH dated June 06, 1967, On measures for improving medical care for patients with blood disorders). M., 1967.]
5. Приказ МЗ РСФСР № 356 от 27 ноября 1967 г. «О мерах по дальнейшему улучшению гематологической помощи населению РСФСР». М., 1967.
[Prikaz MZ RSFSR № 356 ot 27 noyabrya 1967 g. «O merakh po dalneyshemu uluchsheniyu gematologicheskoy pomoshchi naseleniyu RSFSR» (Decree № 356 of RSFSR MH dated November 27, 1967, On measures for further improvement of hematological care for RSFSR population). M., 1967.]
6. Приказ МЗ СССР № 672 от 29 декабря 1978 г. «О состоянии и мерах по дальнейшему совершенствованию организации и повышению качества специализированной медицинской помощи больным с заболеваниями системы крови». М., 1978.
[Prikaz MZ SSSR № 672 ot 29 dekabrya 1978 g. «O sostoyanii i merakh po dalneyshemu sovershenstvovaniyu organizatsii i povysheniyu kachestva spetsializirovannoy meditsinskoy pomoshchi bolnym s zabolevaniyami sistemy krovi» (Decree № 672 of USSR MH dated December 29, 1978, On status and measures for further improvement of organization and quality of specialized medical care for patients with blood disorders). M., 1978.]
7. Приказ Главного управления здравоохранения Ленинграда № 1248 от 29.09.78 г. «Об организации межрайонных гематологических кабинетов». Л., 1978.
[Prikaz Glavnogo upravleniya zdravookhraneniya Leningrada № 1248 ot 29.09.78 g. «Ob organizatsii mezhrayonnykh gematologicheskikh kabinetov» (Decree № 1248 of Leningrad Head public health office dated September 29, 1978, On organization of inter-regional hematological offices). L., 1978.]
8. Приказ МЗ РСФСР № 696 от 06.12.82 г. «О дополнительных мерах по совершенствованию специализированной медицинской помощи больным с заболеваниями системы крови». М., 1982.
[Prikaz MZ RSFSR № 696 ot 06.12.82 g. «O dopolnitelnykh merakh po sovershenstvovaniyu spetsializirovannoy meditsinskoy pomoshchi bolnym s zabolevaniyami sistemy krovi» (Decree № 696 of RSFSR MH dated December 6, 1982, On additional measures for improvement of specialized healthcare for patients with blood disorders). M., 1982.]
9. Приказ МЗ СССР № 824 от 16.11.88 г. «О мерах по дальнейшему совершенствованию качества медицинской помощи больным с заболеваниями системы крови». М., 1988.
[Prikaz MZ SSSR № 824 ot 16.11.88 g. «O merakh po dalneyshemu sovershenstvovaniyu kachestva meditsinskoy pomoshchi bolnym s zabolevaniyami sistemy krovi» (Decree № 824 of USSR MH dated November 16, 1988, On measures for improving quality of healthcare for patients with blood disorders). M., 1988.]
10. Приказ МЗ СССР № 103 от 11.03.90 г. «О мерах по внедрению в лечебную практику метода трансплантации костного мозга». М., 1990.
[Prikaz MZ SSSR № 103 ot 11.03.90 g. «O merakh po vnedreniyu v lechebnuyu praktiku metoda transplantatsii kostnogo mozga» (Decree № 103 dated March 11, 1990, On measures for implementation of bone marrow transplantation into clinical practice). M., 1990.]
11. Приказ МЗ РСФСР № 31 от 25.02.1991 г. «О внедрении в практику здравоохранения трансплантации костного мозга». М., 1991.
[Prikaz MZ RSFSR № 31 ot 25.02.1991 g. «O vnedrenii v praktiku zdravookhraneniya transplantatsii kostnogo mozga» (Decree № 31 dated February 25, 1991, On implementation of bone marrow transplantation into public healthcare practice). M., 1991.]

12. Состояние онкологической помощи населению России в 2012 г. Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М.: ФГБУ «МНИО им. П.А. Герцена» Минздравсоцразвития России, 2013.

[Sostoyaniye onkologicheskoy pomoshchi naseleniyu Rossii v 2012 g. Pod red. A.D. Kaprina, V.V. Starinskogo, G.V. Petrovoy (Status of oncological care for population of Russia in 2012. Ed. by A.D. Kaprin et al.). М.: FGBU MNIO im. P.A. Gertsena Minzdravsoctsvitiya Rossii 2013.]

13. Найговзина Н.Б., Ковалевский М.А. Система здравоохранения в Российской Федерации: организационно-правовые аспекты, 2-е изд., испр. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2004: 98.

[Naygovzina N.B., Kovalevskiy M.A. Sistema zdravookhraneniya v Rossiyskoy Federatsii: organizatsionno-pravovyye aspekty, 2-e izd., ispr. i dop. (Public health system in the Russian Federation: organizational and legal aspects, 2nd ed., rev.&upd.0 М.: GEOTAR-Media, 2004: 98.)]

14. Заболеваемость и смертность населения России в 2011 г. Под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М.: ФГБУ «МНИО им. П.А. Герцена» Минздравсоцразвития России, 2012.

[Zabolevayemost i smertnost naseleniya Rossii v 2011 g. Pod red. V.I. Chissova, V.V. Starinskogo, G.V. Petrovoy (Morbidity and mortality among

population of Russia in 2011. Ed. by: V.I. Chissov et al.). М.: FGBU «МНИО им. П.А. Герцена» Minzdravsoctsvitiya Rossii, 2012.]

15. <http://petrostat.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat>.

16. Концепция модернизации системы здравоохранения Санкт-Петербурга до 2020 г. <http://do.gendocs.ru/docs/index-54181.html>.

[Kontseptsiya modernizatsii sistemy zdravookhraneniya Sankt-Peterburga do 2020 g. (Concept of modernization of St Petersburg public health system up to 2020)]. Available at: <http://do.gendocs.ru/docs/index-54181.html>.

17. Здоровье населения региона и приоритеты здравоохранения. Под ред. О.П. Щепина, В.А. Медика. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.

[Zdorove naseleniya regiona i prioritety zdravookhraneniya. Pod red. O.P. Shchepina, V.A. Medika (Health of regional population and public health priorities. Ed. by: O.P. Shchepin and V.A. Medik). М.: GEOTAR-Media, 2010.]

18. Состояние онкологической помощи населению России в 2011 г. Под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М.: ФГБУ «МНИО им. П.А. Герцена» Минздравсоцразвития России, 2012.

[Sostoyaniye onkologicheskoy pomoshchi naseleniyu Rossii v 2011 g. Pod red. V.I. Chissova, V.V. Starinskogo, G.V. Petrovoy (Status of oncological care for population of Russia in 2011. Ed. by V.I. Chissov et al.). М.: FGBU «МНИО им. П.А. Герцена» Minzdravsoctsvitiya Rossii, 2012.]

Л.Ю. Жигулева — кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник клинического отделения химиотерапии гемобластозов, депрессий кроветворения и трансплантации костного мозга.

К.М. Абдулкадыров — доктор медицинских наук, профессор, главный гематолог Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, руководитель клинического отделения химиотерапии гемобластозов, депрессий кроветворения и трансплантации костного мозга.

Адрес для переписки: Л.Ю. Жигулева, 191024, ул. 2-я Советская, д. 16, Санкт-Петербург, Российская Федерация, тел.: +7 (812) 7170995, e-mail: RNIHT@mail.ru

