

Э. Э. Вальчук

МЕТОДИКА ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ЖЕНСКОЙ ПОЛОВОЙ СФЕРЫ

Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации

Представлен комплексный подход к оценке эффективности медицинской реабилитации у женщин со злокачественными новообразованиями половой сферы. Оценке подлежат отдельные компоненты общей эффективности, в наиболее полной мере отражающие ее характеристики. Для оценки вычисляется интегральный показатель, представляющий собой среднее взвешенное арифметическое значение оценочных показателей параметров, выделенных для оценки.

Ключевые слова: новообразования половой сферы, женщины, медицинская реабилитация, эффективность.

E. E. Valchuk

METHODS OF EVALUATING THE EFFECTIVENESS OF MEDICAL REHABILITATION IN PATIENTS WITH MALIGNANT NEOPLASM OF FEMALE GENITAL

Presented a comprehensive approach to evaluating the effectiveness of medical rehabilitation in women with malignant genital tumors. Assessment of the individual components are subject to the overall performance, most fully reflect its characteristics. To evaluate the integral index is calculated, which is a weighted average of the arithmetic mean estimates of parameters selected for evaluation.

Key words: genital neoplasm, female, medical rehabilitation, efficiency.

Современные подходы в лечении рака женских половых органов позволяют достичь достаточно высоких отдаленных результатов лечения. Так у пациентов с I-II стадиями болезни пятилетняя выживаемость без рецидивов и метастазов опухоли варьирует от 80 до 95 процентов. В этой ситуации выполнение радикального объема лечения требует решения задач, направленных не только на профилактику рецидива болезни, но и способствующих улучшению качества жизни пациенток.

Распространенность злокачественных новообразований женских половых органов, агрессивность течения и специального лечения, большие экономические затраты на оказание онкологической помощи, трудопотери, неблагоприятные социально-экономические последствия, все это делает проблему преодоления злокачественных новообразований социально значимой.

Потребность в реабилитации таких пациентов высока. Неуклонно растет число женщин после завешенного радикального лечения половых органов, в том числе с наличием инвалидности, с риском инвалидизации. Значимую часть из них составляют лица трудоспособного возраста.

Диапазон колебаний интенсивного уровня показателя заболеваемости женского населения республики раком шейки матки в течение 1971-2009 годов находился в пределах 14,3-17,9 на 100 тыс. женского населения (рис. 1). Динамика интенсивного уровня первичной заболеваемости раком шейки матки для женского населения в последнее десятилетие следующая: 2000 г. – 15,7 на 100 тыс. населения; 2004 г. – 16,8 на 100 тыс. населения; 2009 – 17,9 на 100 тыс. населения. Уровень заболеваемости городского населения несколько выше уровня первичной заболеваемости раком шейки матки для сельского женского населения. Наиболее высокие уровни по возрастной заболеваемости раком шейки матки отмечаются в возрасте 40 лет и старше с максимумом в группе 55-59 лет (32,0 – 71,0 на 100 тыс. населения).

За период 1971-2009 годы произошел рост интенсивного показателя первичной заболеваемости женского населения раком тела матки в 5,5 раз. Динамика интенсивного уровня первичной заболеваемости раком тела матки для женского населения: 2000 г. – 20,7 на 100 тыс. населения; 2004 г. – 23,9 на 100 тыс. населения; 2009 – 31,1 на 100 тыс.

населения (рис. 2). Наиболее высокие уровни по возрастной заболеваемости раком шейки матки отмечаются в возрасте 50 лет и старше с максимумом в группах 55-59 лет, 60-64 года, 65-69 лет, 70-74 года (более 50,0 на 100 тыс. населения).

За период 1971-2009 годы произошел двукратный рост интенсивного показателя первичной заболеваемости женского населения раком яичников. На начальном отрезке наблюдения отмечалось некоторое превышение уровней заболеваемости у городского населения, однако, данная разница на более позднем временном отрезке перестала быть статистически достоверной. Возрастной пик заболеваемости приходится на группу женского населения с 45 до 80 лет, с максимумом в возрасте 60-79 лет (рис. 3).

Проведен анализ частоты первичной инвалидности взрослого населения при злокачественных новообразованиях женской половой сферы. Выбранный временной промежуток 2005-2010 годы непосредственно предшествует и включает в себя открытие реабилитационных отделений для данной категории пациентов.

За весь период наблюдения (6 лет) первично признано инвалидами в стране 1415 женщин с раком шейки матки. Интенсивные уровни первичной инвалидности у женщин с данной патологией колебались в пределах 0,27-0,34 на 10 тыс. взрослого населения. Средний многолетний уровень первичной инвалидности взрослого населения за анализируемый период составил 0,30 на 10 тыс. населения. При расчете на базу сравнения, представленную женским населением страны, уровень показателя составил в среднем за 6 лет 0,55 на 10 тыс. женского населения. При этом диапазон колебаний показателя находился в пределах 0,49-0,63 на 10 тыс. женского населения.

Переосвидетельствование за тот же период времени с повторным признанием инвалидом прошло 1496 пациенток. Интенсивные уровни повторной инвалидности колебались в пределах 0,27-0,36 на 10 тыс. населения (0,49-0,66 на 10 тыс. женского населения). Средний многолетний уровень повторной инвалидности взрослого населения за анализируемый период составил 0,32 на 10 тыс. населения (0,58 на 10 тыс. женского населения) (рис. 4).

За период наблюдения первично признано инвалидами

в стране 1060 женщин с раком тела матки. Интенсивные уровни первичной инвалидности колебались в пределах 0,16-0,32 на 10 тыс. взрослого населения. Средний многолетний уровень первичной инвалидности взрослого населения за анализируемый период составил 0,22 на 10 тыс. населения. При расчете на базу сравнения, представленную женским населением страны, уровень показателя составил в среднем за 6 лет-0,41 на 10 тыс. женского населения. При этом диапазон колебаний показателя находился в пределах 0,30-0,59 на 10 тыс. женского населения.

Переосвидетельствование за тот же период времени с повторным признанием инвалидом прошла 901 пациентка с заболеванием тела матки. Интенсивные уровни повторной инвалидности колебались в пределах 0,14-0,25 на 10 тыс. населения (0,25-0,47 на 10 тыс. женского населения). Средний многолетний уровень повторной инвалидности взрослого населения за анализируемый период составил 0,19 на 10 тыс. населения (0,35 на 10 тыс. женского населения) (рис. 5).

За 6 лет наблюдения первично признано инвалидами в стране 1862 женщины с раком яичников. Интенсивные уровни первичной инвалидности колебались в пределах 0,38-0,41 на 10 тыс. взрослого населения. Средний многолетний уровень первичной инвалидности взрослого населения за анализируемый период составил 0,39 на 10 тыс. населения. При расчете на базу сравнения, представленную женским населением страны, уровень показателя составил в среднем за 6 лет-0,73 на 10 тыс. женского населения. При этом диапазон колебаний показателя находился в пределах 0,69-0,76 на 10 тыс. женского населения.

Переосвидетельствование за тот же период времени с повторным признанием инвалидом прошло 2088 пациенток. Интенсивные уровни повторной инвалидности колебались в пределах 0,43-0,46 на 10 тыс. населения (0,78-0,84 на 10 тыс. женского населения). Средний многолетний уровень повторной инвалидности взрослого населения за анализируемый период составил 0,44 на 10 тыс. населения (0,81 на 10 тыс. женского населения) (рис. 6).

Проведен анализ потребности в медицинской реабилитации пациентов трудоспособного возраста со злокачественными новообразованиями женской половой сферы по данным освидетельствования медико-реабилитационными комиссиями. В целом потребность в медицинской реабилитации при первичном освидетельствовании составляет 74,7 процента. В том числе нуждаемость в восстановительном лечении – 73,9 процента, реконструктивной хирургии – 1,0 процента, других видах медицинской реабилитации – 57,7 процента. При повторном освидетельствовании потребность в медицинской реабилитации составила 71,3 процента. В том числе нуждаемость в восстановительном лечении составила 72,0 процента, протезирование – 0,03 процента, реконструктивной хирургии – 0,2 процента, других видах медицинской реабилитации – 28,0 процента.

Нами изучены 67 медицинских карт стационарного пациента, завершивших курс стационарной медицинской реабилитации в РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации, после завершения радикального лечения рака женских половых органов. Наиболее часто на медицинскую реабилитацию направляли пациентов в возрастной категории 51-60 лет, на втором ранговом месте женщины в возрасте 41-50 лет, затем – 61-70 лет. В трудоспособном возрасте было направлено 40 пациентов, что составило 59,7 процентов (рис. 7).

Более половины женщин (55,3 %) были направлены на медицинскую реабилитацию в РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации после завершения радикального ле-

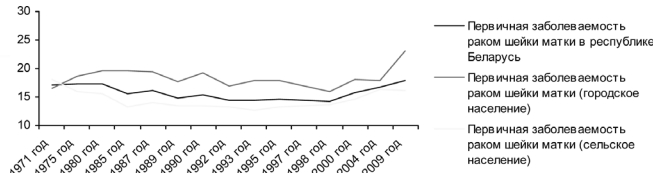


Рисунок 1. Динамика интенсивного уровня первичной заболеваемости раком шейки матки для женского населения (на 100 тыс. женского населения)

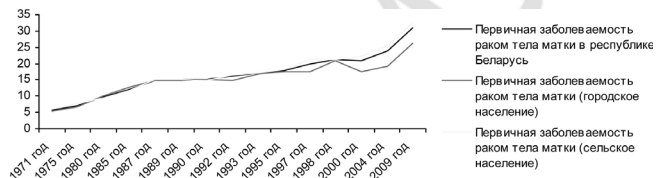


Рисунок 2. Динамика интенсивного уровня первичной заболеваемости раком тела матки для женского населения (на 100 тыс. женского населения)

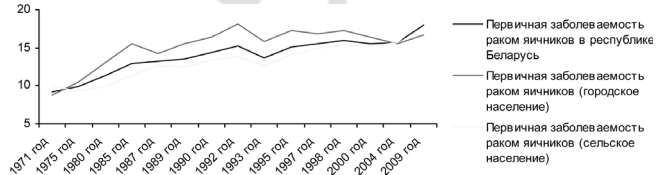


Рисунок 3. Динамика интенсивного уровня первичной заболеваемости раком яичников для женского населения (на 100 тыс. женского населения)

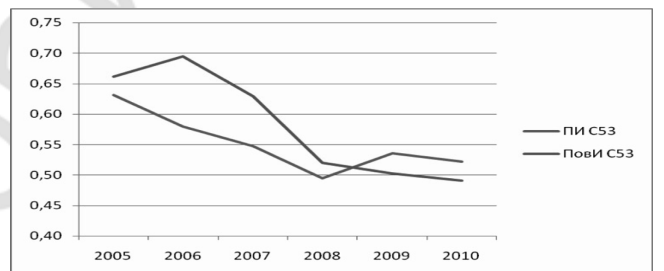


Рисунок 4. Первичная и повторная инвалидность женского населения Республики Беларусь в возрасте 18 лет и старше при раке шейки матки (2005-2010 годы)

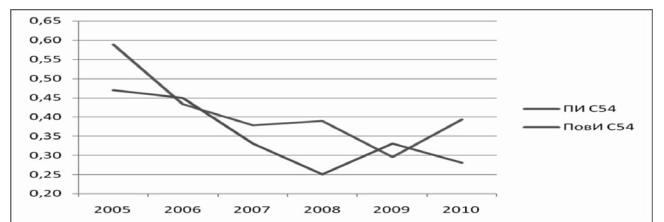


Рисунок 5. Первичная и повторная инвалидность женского населения Республики Беларусь в возрасте 18 лет и старше при раке тела матки (2005-2010 годы)

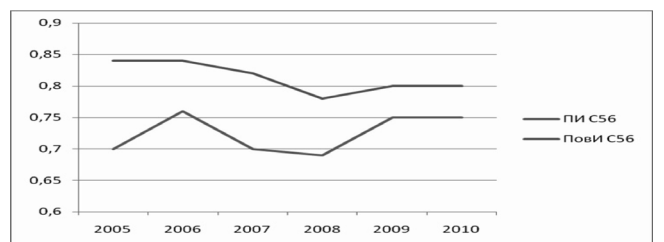


Рисунок 6. Первичная и повторная инвалидность женского населения Республики Беларусь в возрасте 18 лет и старше при раке яичников (2005-2010 годы)

■ Оригинальные научные публикации

чения рака шейки матки, после радикального лечения рака тела матки-19,4%, рака вульвы – 14,9% и рак яичника – 10,4%.

При ретроспективной оценке полученного специального (противоопухолевого) лечения в группе обследуемых пациенток было выявлено, что 85,1 % проводилась послеоперационная лучевая терапия, 35,8 – химиотерапия. Сочетание лучевой терапии с химиотерапией наблюдалось в 20,8 % случаев.

Лимфедема нижних конечностей была выражена у 59,7 % пациенток. Психологические нарушения имели место во всех случаях наблюдения, преобладали тревожные и тревожно-депрессивные состояния. Клинически манифестный посткастрационный синдром имел место у 41,8% женщин после радикального лечения рака половых органов.

На основании проведенного сравнительного анализа нами были выделены отдельные компоненты общей эффективности, в наиболее полной мере отражающие ее характеристики, формирующие основу диагностических, лечебных и реабилитационных услуг, потребление которых должно обеспечить достижение определенного медицинского результата. Соответственно этим параметрам разработаны критерии оценки эффективности медицинской реабилитации для пациенток после комбинированного лечения рака женских половых органов.

Для оценки эффективности медицинской реабилитации использовали следующие критерии:

-отсутствие признаков прогрессирования (рецидива, метастазирования) основного заболевания;

-клиническое состояние пациента (наличие и степень выраженности функциональных нарушений, являющихся проявлением основного заболевания и/или результатом специального лечения): а) состояний, связанных с искусственно вызванной менопаузой (N95.3), нейроэндокринных нарушений (посткастрационный синдром) и психологических (психических) расстройств (соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы); б) нарушений функции нижней конечности или нижних конечностей (другие уточненные неинфекционные болезни лимфатических сосудов и лимфатических узлов (I89.8)-(лимфедема)); в) психологических нарушений и психических расстройств (расстройства настроения (F30-F39); невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40-F48); психологические и поведенческие факторы, связанные с нарушениями или болезнями, классифицированными в других рубриках (F54); г) осложнений лучевой и химиотерапии (некроэпителииты: лучевой цистит (N30.4); радиационный проктит (ректит), K62.7; вульвит, вагинит; свищи (мочеточничково-пузырные и влагалищно-пузырные); анемия, лейкопения, тромбоцитопения, нарушение функции печени и почек; астенический синдром; дефицит массы тела; обменные нарушения);

-наличие и степень выраженности сопутствующих заболеваний (сердечнососудистой, дыхательной систем, органов пищеварения, эндокринной системы, других систем (органов);

-результаты клиничко-лабораторных и клиничко-функциональных методов исследования;

-динамику клинических проявлений имеющих функциональных нарушений, являющихся проявлением основного заболевания и/или результатом специального лечения, и сопутствующих заболеваний;

-динамику данных психологического (психотерапевтического) обследования пациенток;

-динамику степени выраженности ограничений основных категорий жизнедеятельности.

Каждому параметру были присвоены четыре категории характеризующие степень выраженности тех или иных на-

рушений (ограничений) и соответствующие оценки от одного до нуля баллов. Для количественного выражения эффективности медицинской реабилитации вычисляется интегральный показатель (коэффициент), представляющий собой среднее взвешенное арифметическое значение оценочных показателей параметров, выделенных для оценки.

Эффективность реабилитации рассчитывается путем сравнения коэффициентов рассчитанных до и после проведения реабилитационных программ. Увеличение показателя коэффициента, полученного после проведения курса медицинской реабилитации, трактуется как положительный эффект реабилитации. При равных значениях коэффициентов – нет эффекта реабилитации. При уменьшении показателя-ухудшение состояния.

Для расчетов коэффициентов, характеризующих эффективность реабилитации, нами были определены 19 параметров расчетных параметров по 6 категориям. Проведена бальная оценка каждого параметра при поступлении пациента на медицинскую реабилитацию и при выписке из стационара. Длительность курса медицинской реабилитации в стационаре составила от 8 до 21 дня. При среднем показателе 16,2 койко-дней. Коэффициент полученный до начала курса реабилитации составил 0,71, после курса реабилитации – 0,87 разница коэффициентов составила 0,16 баллов, что говорит о положительном эффекте реабилитации. При анализе эффективности реабилитации по отдельным параметрам наиболее выраженный эффект был получен в категориях: «Состояния связанные с искусственно вызванной менопаузой»; «Психологические нарушения и психические расстройства»; «Лимфедема (другие уточненные неинфекционные болезни лимфатических сосудов и лимфатических узлов)».

Оценка эффективности медицинской реабилитации у пациентов со злокачественными новообразованиями женской половой сферы рассматривается как сложная система, состоящая из хорошо известных компонентов. Основу оценочной системы составляет системный подход. Организация использования системы оценки предусматривает единство учета, контроля и оценки выраженности функциональных, психологических и других нарушений, приводящих к ограничениям жизнедеятельности. Оценочные показатели представляют собой коэффициенты, которые являются результатом сравнительного количественного анализа данных о пациенте до проведения курса медицинской реабилитации и после его завершения. Разработанная методика оценки эффективности медицинской реабилитации у пациентов со злокачественными новообразованиями женской половой сферы определяет возможность создания и практического применения научно обоснованной системы этапной медицинской реабилитации для онкологических пациентов в современных условиях.

Литература

1. Грушина, Т. И. Реабилитация в онкологии: физиотерапия / Т. И. Грушина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 240с.
2. Залуцкий, И. В. Заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований населения Республики Беларусь в 1995-2004 гг. / И. В. Залуцкий, Н. Н. Антоненкова, Г. В. Якимович // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2006. – № 2. – С.5 – 10.
3. Залуцкий, И. В. Выживаемость онкологических больных в Республике Беларусь в 1991 – 2005 гг. / И. В. Залуцкий, Н. Н. Антоненкова, И. С. Прыдывус // Минск: ВЭВЭР, 2008. – 352 с.
4. Оценка эффективности деятельности медицинских организаций / под ред. проф. А. И. Вялова. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 112 с.
5. Столярова, И. В., Проблемы больных после лечения рака шейки матки (профилактика и лечение постлучевых осложнений) / И. В. Столярова, В. Л. Винокуров // Практическая онкология: рак шейки матки. – 2002. – Т.3, № 3. – С. 220 – 226.

Поступила 15.03.2012 г.