

ТРАВЛЕНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Лекция №6. Анализ структуры обращаемости онкологических больных на приеме врача – фитотерапевта.

Введение

Современный этап развития фитотерапии в России характеризуется рядом особенностей. Традиционно являясь методом лечения, применимым в самых различных областях клинической практики, он требует от врача - фитотерапевта весьма обширных и разноплановых знаний.

В то же время, наблюдается тенденция к узкому профилированию врача, что обусловлено не только его научными и клиническими предпочтениями, но и рядом разрешительных документов, в первую очередь, сертификатом специалиста.

Взаимоотношения фитотерапии и онкологии, которые буквально до недавнего времени были, мягко говоря, далеки от идеальных, в последние годы стали приобретать более теплые оттенки. Тому имеется две причины.

Во-первых, этому способствует общемировая тенденция, выражающаяся в повышенном интересе к лечебным средствам природного происхождения. Огромный объем экспериментальных работ, проводимых на высочайшем научном уровне, касающихся самых разнообразных сторон воздействия лекарственных трав на патологический процесс, появляется ежегодно на страницах периодической печати. Данный факт не остается незамеченным и активно используется для реализации своих задач врачами разных специальностей, в том числе и онкологами.

Во-вторых, в России активно развивается институт паллиативной помощи онкологическим больным, появляются специализированные структурные подразделения в учреждениях здравоохранения (хосписы, профильные отделения в ЛПУ, центры, кабинеты), предназначенные для оказания помощи такого рода. Паллиативная помощь, имеющая своей задачей улучшение качества жизни больного, нуждается в методах лечения, для которых характерно минимальное количество и выраженность побочных эффектов, а еще лучше, их полное отсутствие. Фитотерапия здесь оказывается как нельзя более кстати.

Весьма важным является также тот факт, что с точки зрения оказания онкологическому больному паллиативной помощи, врачу – фитотерапевту нет необходимости получать специальность онколога. Вполне достаточно иметь сертификат по своей специальности (чаще всего, терапия, анестезиология и т.д.), а также усовершенствование по методу фитотерапии и по паллиативной помощи. Безусловно, при таких условиях врач – фитотерапевт может принимать на самостоятельное ведение почти исключительно больных IV клинической группы. Во всех прочих ситуациях осуществляется лечение совместно с онкологом, который по статусу является лечащим врачом.

Цель

Целью исследования явилось изучение и анализ структуры обращаемости онкологических пациентов за фитотерапевтической помощью, а также

их распределение по клиническим группам и определение «процента возвращаемости» (повторный визит).

Материалы и методы

Прием больных в рамках паллиативной помощи осуществляется врачом – фитотерапевтом на базе ГУЗ Поликлиника городская №82 (гомеопатическая). Обслуживание больных происходит на основании Договора об оказании платных услуг или полиса добровольного медицинского страхования, выданного страховыми компаниями, имеющими договор о сотрудничестве с Поликлиникой №82.

Онкологические больные не являются единственной категорией, обращающихся за помощью к врачу – фитотерапевту. На прием одного пациента (по одному талону) врачу выделяется 30 минут. Для подсчета использовались журнал амбулаторного приема, амбулаторные карты больных (форма 025/у) и статистические талоны (форма 025-2/у).

Подсчитывались следующие показатели:

- общее количество обращений;
- количество первичных и повторных обращений;
- количественное распределение больных по нозологическим формам;
- количественное распределение больных по клиническим группам.

Все показатели подсчитывались в абсолютном выражении, а также вычислялся их удельный вес в процентах по отношению к общему числу случаев. Расчет экстенсивных показателей:

$$p = \frac{d}{n} * 100 \%$$

где p – вычисляемый экстенсивный показатель, d – число наблюдений по данному частному показателю, n – общее число наблюдений.

Для оценки достоверности показателя вычислялся критерий Стьюдента по формуле:

$$m = \frac{p*q}{n} ; t = \frac{p}{n}$$

где t – критерий Стьюдента, m – ошибка показателя, p - частный экстенсивный показатель, q – разница между p и примененным основанием (100), n – общее число наблюдений.

Показатель считался достоверным на 95%, если t равен или больше 1,96.

Собственные данные

За неполный трехлетний период наблюдения, с 2004 по 2006 год, онкологические больные ежегодно составляли в среднем около 21% от числа всех обратившихся пациентов.

Всего за отчетный 2005 год было принято 278 онкологических больных.

Распределение пациентов по клиническим группам было следующим:

I клиническая группа человек (1,83%)	-	5
II клиническая группа человек (50%)	-	139
III клиническая группа человек (29,17%)	-	81
IV клиническая группа человека (19%)	-	53

Все пациенты I клинической группы были направлены к онкологу.

Пациенты II (как правило, после операции, а также после или в ходе ПХТ и лучевой

Обсуждение результатов

Анализ распределения больных по клиническим группам показывает, что первичное выявление онкологических больных не является прерогативой врача – фитотерапевта, ориентированного на оказание паллиативной помощи.

Подавляющее большинство пациентов (98,2%) на момент обращения уже обследованы онкологом и, как правило, прошли или проходят основное лечение.

Пациенты II и III клинических групп, составляющие 3/4 всех больных (79,1%), в качестве основной причины обращения к врачу – фитотерапевту указывают желание устранить имеющиеся или нивелировать вероятные побочные эффекты химио- и лучевой терапии.

Такое положение вещей показывает, что в большей своей массе онкологические больные адекватно оценивают эффективность фитотерапевтического метода, ставят перед врачом реальные и вполне достижимые задачи.

В структуре обращаемости лидирующую позицию занимает рак молочной железы

терапии) и III клинических групп наблюдались совместно с онкологом.

Пациенты IV клинической группы принимались на единоличное ведение.

Повторные посещения по всем группам составили 42,8% (119 визитов). Отследить распределение повторных обращений по клиническим группам не представляется возможным из-за динамического изменения данной категории наблюдения. Однако нужно отметить, что повторные обращения характерны как для больных II – III, так и IV клинических групп.

Всего представлено 37 нозологических форм. Из 18 имеют высокую степень достоверности.

Распределение пациентов по нозологическим формам приводится в таблице №1.

Для наглядности по таблице построена диаграмма.

(20,86%), а также различные формы мастопатии (15,47%). Второе, третье и четвертое место с разрывом примерно в 1% занимают рак желудка, рак легких и бронхов и рак толстого кишечника, соответственно.

Расчет достоверности показателей демонстрирует актуальность той или иной нозологической формы в структуре обращаемости. Таким образом, из 37 представленных нозологических форм, актуальными для врача - фитотерапевта являются 18, и еще две подходят близко к этому (см. таблицу 1).

Такое распределение по нозологическим формам, в целом, соответствует общегородской (Санкт - Петербург), общероссийской и общемировой тенденции. Однако имеет свои особенности.

Более высокий, чем обычно, процент обращений больных раком щитовидной железы и меланомой объясняется, на наш взгляд, следующей причиной. Данные типы опухолей характеризуются

нечувствительностью (или малой чувствительностью) к традиционным схемам химиотерапии. В связи с этим, пациенты данной категории в послеоперационном периоде не получают никакого лечения, за исключением редких случаев иммунотерапии при меланоме и заместительной или супрессивной гормонотерапии при раке щитовидной

железы. Данный факт весьма негативно сказывается на психологическом состоянии больных, вынужденных искать альтернативные методы лечения. Эта же причина лежит в основе высокого процента обращений больных мастопатией.

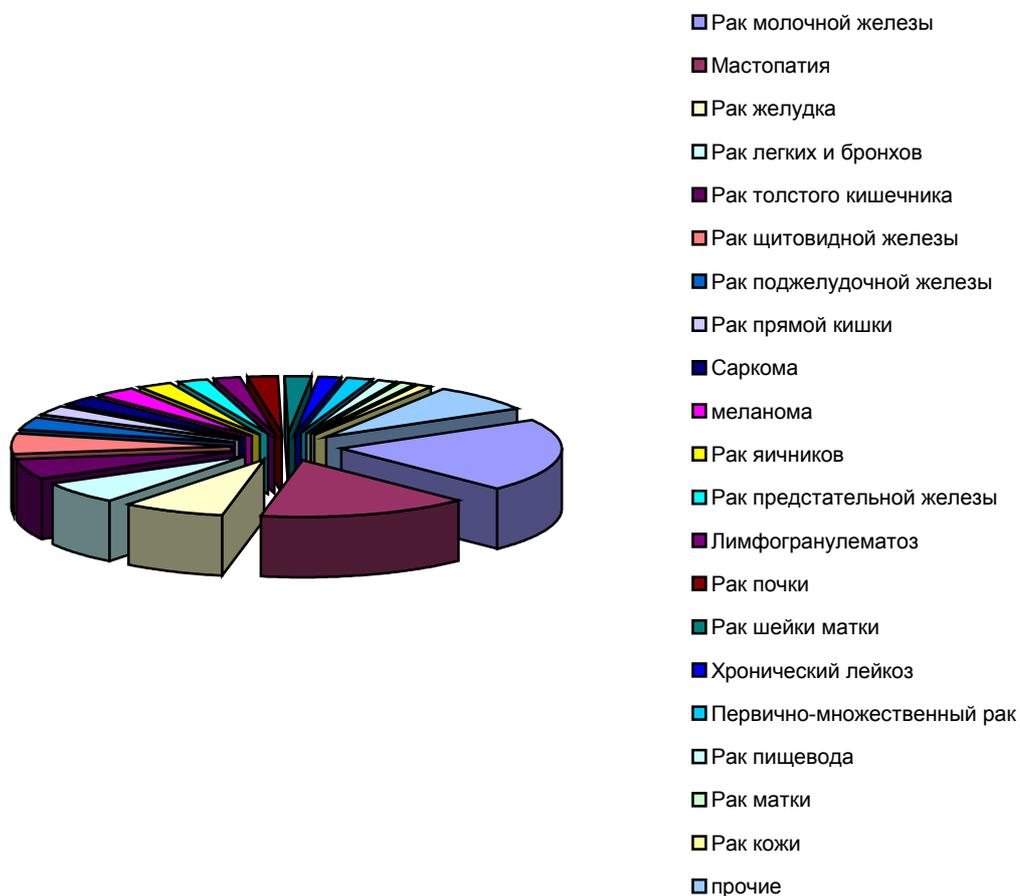
Выводы

1. Метод фитотерапии является весьма востребованным онкологическими больными.
2. Высокий процент повторных визитов, имеющий место даже при условии оказания исключительно платных услуг, с одной стороны говорит о высокой заинтересованности больного в помощи такого рода, а с другой стороны свидетельствует об эффективности фитотерапевтического метода и соответствии его предъявляемым требованиям.
3. Больные адекватно оценивают эффективность и роль фитотерапии в лечении своего заболевания.
4. Необходимо учитывать особенности структуры обращаемости при теоретической подготовке врача – фитотерапевта к работе с онкологическими больными, а также при расчете потребности лекарственного растительного сырья на год.

Таблица 1. Структура обращаемости онкологических больных к врачу фитотерапевту.

	Нозологическая форма	Абсолютное число	Процент, %	Критерий Стьюдента, t
1	Рак молочной железы	58	20,86	8,56
2	Мастопатия	43	15,47	7,13
3	Рак желудка	21	7,55	4,77
4	Рак легких и бронхов	18	6,47	4,39
5	Рак толстого кишечника	16	5,76	4,12
6	Рак щитовидной железы	16	5,76	4,12
7	Рак поджелудочной железы	10	3,60	3,22
8	Рак прямой кишки	8	2,88	2,87
9	Саркома	8	2,88	2,87
10	Меланома	8	2,88	2,87
11	Рак яичников	7	2,52	2,68
12	Рак предстательной железы	6	2,16	2,48
13	Лимфогранулематоз	6	2,16	2,48
14	Рак почки	6	2,16	2,48
15	Рак шейки матки	5	1,80	2,26
16	Хронический лейкоз	5	1,80	2,26
17	Первично-множественный рак	5	1,80	2,26
18	Рак пищевода	4	1,44	2,01
19	Рак матки	3	1,08	1,74
20	Рак кожи	3	1,08	1,74
21	Рак печени	2	0,72	1,42
22	Рак желчного протока	2	0,72	1,42
23	Глиобластома	2	0,72	1,42
24	Рак средостения	2	0,72	1,42
25	Базалиома	2	0,72	1,42
26	Карциноид	1	0,36	1,00
27	Лимфосаркома	1	0,36	1,00
28	Злокачественная гистиоцитома	1	0,36	1,00
29	Рак без первичного очага	1	0,36	1,00
30	Рак слюнной железы	1	0,36	1,00
31	Рак языка	1	0,36	1,00
32	Рак яичка	1	0,36	1,00
33	Рак желчного пузыря	1	0,36	1,00
34	Шваннома	1	0,36	1,00
35	Рак брюшинного пространства	1	0,36	1,00
36	Мезотелиома	1	0,36	1,00
37	Рак глотки	1	0,36	1,00
	Всего	278	100,00	

Структура обращаемости онкологических больных



Примечание. В категорию «Прочие» включены нозологические формы, составляющие менее 1 % от общего числа обращений.