

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ РАКУ

**ЗАСТОСУВАННЯ ІНФОРМАЦІЙНОЇ
ТЕХНОЛОГІЇ НАЦІОНАЛЬНОГО
КАНЦЕР-РЕЄСТРУ В СИСТЕМІ
ДИСПАНСЕРИЗАЦІЇ ОНКОЛОГІЧНИХ
ХВОРИХ**

МЕТОДИЧНИЙ ПОСІБНИК

КРОПИВНИЦЬКИЙ

2017

УДК 616-006:007(477)+614.2:658.5(477)

Рекомендовано до друку Вченою радою
Національного інституту раку,
протокол № 8 від 31.08.2017 р.

ISBN 978-966-8559-58-7

Установа-розробник:

Національний інститут раку МОЗ України

Укладачі:

Колеснік О.О., д.м.н.

Федоренко З.П., к.м.н.

Гулак Л.О., к.тех.н.

Горох Є.Л., к.тех.н.

Рижов А.Ю., к.фіз.-мат.н.

Сумкіна О.В., наук. співроб.

Куценко Л.Б., інженер I кат.

Рецензент:

Присяжнюк А.Є., д.м.н., професор, керівник лабораторії
епідеміології раку ДУ «Науковий центр радіаційної медицини»
НАМН України

Застосування інформаційної технології Національного
канцер-реєстру в системі диспансеризації онкологічних хворих /
Колеснік О.О., Федоренко З.П., Гулак Л.О., Горох Є.Л., Рижов А.Ю.,
Сумкіна О.В., Куценко Л.Б. : методичний посібник для наукових
співробітників та лікарів-онкологів. – Кр-й.: «ПОЛІУМ», 2017. – 32 с.

УДК 616-006:007(477)+614.2:658.5(477)

ISBN 978-966-8559-58-7

Перелік скорочень

БД	— База даних
ЗН	— Злоякісне новоутворення
МАДР	— Міжнародна агенція дослідження раку
МКХ	— Міжнародна статистична класифікація хвороб
МОЗ	— Міністерство охорони здоров'я
НКР	— Національний канцер-реєстр
ПМЗН	— Первинно множинні злоякісні новоутворення
ПКР	— Популяційний канцер-реєстр
РД	— Рік встановлення діагнозу
РН	— Рік народження хворого
ЦНС	— Центральна нервова система

Зміст

ВСТУП	5
ОСНОВНА ЧАСТИНА	7
1. Рівень спостереження контингентів хворих на рак в Україні	7
2. Застосування інформаційної технології Національного канцер-реєстру при диспансеризації та спостереженні за онкологічними хворими	21
Представлення даних диспансеризації в популяційному канцер-реєстрі	21
Дати останнього й наступного спостережень	21
Результати огляду хворих і дати госпіталізації до стаціонару.....	22
Формування списків хворих для проведення диспансеризації за допомогою пошукової системи НКР.....	22
Списки хворих, які не спостерігалися впродовж визначеного інтервалу часу.....	23
Списки хворих із простроченою датою огляду	23
Списки контролю за диспансеризацією хворих для районних онкологів	24
Роздруківка списків хворих для співставлення даних з даними районних онкологів.....	24
Використання раніше сформованих списків	25
Введення даних у режимі роботи з картотекою.....	26
Швидке введення даних амбулаторного прийому	26
Зняття з обліку за списком хворих, що вибули з-під нагляду ...	26
ВИСНОВКИ.....	29
ПЕРЕЛІК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	31

ВСТУП

Організація протиракової боротьби в Україні здійснюється через систему державних заходів, спрямованих на профілактику, діагностику, лікування, диспансерне спостереження і реабілітацію онкологічних хворих.

Однією з найважливіших складових організації онкологічної допомоги населенню є проведення диспансерного нагляду за хворими на рак, які отримали спеціалізовану медичну допомогу в лікувально-профілактичних закладах, що регламентується Наказом МОЗ України № 845 від 01.10.2013 р. «Про систему онкологічної допомоги населенню України».

Хворі на злоякісні новоутворення (ЗН) перебувають під диспансерним наглядом впродовж всього життя. На теперішній час кількість таких хворих в Україні досягає 1 млн. осіб. Періодичність диспансерних оглядів визначають «Стандарти діагностики та лікування онкологічних хворих», які затверджено Наказом МОЗ України № 554 від 17.09.2007 р. «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «онкологія». Згідно з Наказом, кратність обстежень онкологічних хворих при диспансеризації становить на першому році спостереження – 1 раз на 3 місяці, на другому – 1 раз на 6 місяців, в подальшому – 1 раз на рік. Порушення в термінах обстеження, формальний підхід до моніторингу життєвого статусу хворого на рак перешкоджає своєчасному виявленню пролонгації хвороби, виконанню необхідних лікувальних процедур, зменшує шанси хворого на одужання, суттєво скорочує тривалість його життя.

Для дотримання принципів диспансеризації в обласних онкологічних диспансерах впродовж багатьох років функціонує система обміну інформацією між обласним закладом та районними онкологами, які здійснюють облік онкологічних хворих та їх життєвого статусу (живий/помер), контролюють дотримання термінів диспансерного спостереження.

Впровадження у практику онкологічної служби України інформаційної технології Національного канцер-реєстру (НКР) суттєво розширило можливості об'єктивізації показників, за

якими оцінюється стан організації онкологічної допомоги населенню, в тому числі диспансерного спостереження. Як інтегральний критерій оцінки якості надання онкологічної допомоги населенню, в тому числі диспансерного спостереження хворих на рак, за рекомендацією Міжнародної агенції дослідження раку (МАДР), у світовій практиці загальноприйнятим є показник популяційної виживаності, зокрема 5-річної загальної виживаності. Для оцінки стану протиракової боротьби в Україні цей показник дотепер не використовується, а застосовується лише в клінічній епідеміології [1-11]. Обчислення показника виживаності потребує спостереження за групою, що досліджується, з визначенням життєвого статусу хворого (живий чи помер). Згідно з рекомендаціями МАДР, аналіз виживаності хворих доцільно проводити, якщо ступінь спостереження когорти хворих досягає 95 % і кількість випадків, про яких немає відомостей протягом досліджуваного періоду, не перевищує 5%. Тобто виживаність не можна використовувати в якості оперативного показника без забезпечення високого рівня спостереження хворих, який формується за рахунок неухильного дотримання принципів диспансеризації онкологічних хворих – щорічного огляду відповідними фахівцями.

Представлені методичні рекомендації базуються на результатах наукових досліджень, проведених у відділенні епідеміології раку з Національним канцер-реєстром Національного інституту раку МОЗ України за період з 1998 по 2016 роки, зокрема НДР «Розробити стратегію застосування інформаційної технології Національного канцер-реєстру для оптимізації управління галуззю та проведення наукових досліджень» (№ держреєстрації 0115U000811).

Методичні рекомендації підготовлені в Україні вперше і призначені фахівцям з організації протиракової боротьби, науковим дослідникам та лікарям-онкологам. Основний акцент зроблено на методи обчислення показників спостереження контингентів хворих на рак, які розраховують як питому вагу тих, хто має статус «перебуває під наглядом» впродовж останніх років спостереження.

ОСНОВНА ЧАСТИНА

1. Рівень спостереження контингентів хворих на рак в Україні

Онкоепідеміологічна ситуація в регіоні характеризується показниками захворюваності, смертності та розповсюженості ЗН. На відміну від показника захворюваності, який характеризує кількість зареєстрованих впродовж року нових випадків захворювання, розраховану на 100 тисяч населення даного регіону, показник розповсюженості на 100 тисяч населення відображає кількість хворих на ЗН, що перебувають на онкологічному обліку на момент обчислення показника (т. зв. «контингенти хворих»). Принцип накопичення контингентів хворих на ЗН у базі даних НКР пасивний, оскільки за відсутності інформації про смерть, переїзд або вибуття з-під нагляду хворого дана особа продовжує перебувати на обліку і тому входить до складу контингентів хворих регіону за місцем своєї постійної реєстрації. Достовірність показника розповсюженості обумовлюється рівнем спостереження контингентів хворих – питомою вагою тих хворих, які були зареєстровані зі статусом «перебуває під наглядом» впродовж останніх років спостереження.

Як приклад, наведемо результати дослідження рівня спостереження в 2014-2015 роках контингентів хворих на рак, що перебували на диспансерному обліку на кінець 2015 р.; аналіз було виконано з урахуванням року встановлення діагнозу захворювання на ЗН (тут і надалі: при наявності у хворого ПМЗН – основного діагнозу), нозологічної групи, до якої належить основне ЗН, а також віку хворого. Загальна когорта хворих на ЗН (код МКХ-10 С00-С96), що перебували на обліку онкологічних закладів України на кінець 2015 року, становила 1 157 323 особи. В таблиці 1.1А наведено кількість хворих цієї когорти в залежності від року встановлення діагнозу (РД), а також їх структура за нозологічною формою ЗН, в таблиці 1.1Б – кількість хворих з цієї когорти, життєвий статус яких було зареєстровано впродовж 2014-2015 рр. (тобто простежених у 2014-2015 рр.), в таблиці 1.1В – питому вагу хворих, які спостерігались (з таблиці 1.1Б), відносно загальної кількості хворих, що перебували на обліку (наведеної у таблиці 1.1А).

Таблиця 1.1А
Контингенти хворих у розподілі за нозологічною формою ЗН та роком встановлення
основного діагнозу станом на кінець 2015 р.

РД	Код МКХ-10															
	C00- C14	C15- C26	C30- C39	C40- C41	C43- C44	C45- C49	C50	C51- C58	C60- C63	C64- C68	C69- C72	C73- C75	C81- C96	C00- C96		
1950-1959	66	13	3	13	60	21	32	184	0	2	9	8	7	419		
1960-1969	424	138	37	73	523	86	368	1307	29	45	45	60	106	3243		
1970-1979	1326	1029	282	239	2051	299	2360	4533	138	271	234	361	711	13849		
1980-1989	3088	5236	1813	639	6488	909	9809	14441	648	1570	802	2055	2689	50270		
1990-1999	6066	18137	6118	1195	37348	2230	26281	34030	3173	8246	2374	7915	8496	162132		
1950-1999	10970	24553	8253	2159	46470	3545	38850	54495	3988	10134	3464	10399	12009	229913		
2000-2009	10825	54859	18900	1561	108470	4577	62618	69786	15312	29585	5337	17536	20489	422662		
2010	1527	9078	3151	199	16108	673	10037	9573	3366	5069	859	2443	3378	65995		
2011	1784	10177	3668	234	17099	751	11035	10542	4095	5822	897	2903	3791	73433		
2012	2037	11860	4121	210	18904	814	12277	11529	4901	6375	1076	2952	4273	82043		
2013	2497	14442	5463	234	20331	901	13552	12805	5758	6951	1179	3334	4710	93084		
2014	2774	16341	6383	261	18033	980	13070	12760	6238	6899	1161	3186	4936	94277		
2015	3688	18822	8539	222	16006	984	12322	12094	5922	6743	1211	2786	4992	95916		
1950-2013	29640	124969	43556	4597	227382	11261	148369	168730	37420	63936	12812	39567	48650	967130		
1950-2015	36102	160132	58478	5080	261421	13225	173761	193584	77578	15184	45539	9081	58578	1157323		
Структура, %	3,1	13,8	5,1	0,4	22,6	1,1	15,0	16,7	4,3	6,7	1,3	3,9	5,1	100,0		

Таблиця 1.15
Кількість контингентів хворих, які спостерігались впродовж 2014-2015 рр.

РД	Код МКХ-10													
	C00- C14	C15- C26	C30- C39	C40- C41	C43- C44	C45- C49	C50	C51- C58	C60- C63	C64- C68	C69- C72	C73- C75	C81- C96	C00- C96
1950-1959	24	7	1	9	27	6	4	74	0	2	4	5	4	168
1960-1969	178	57	15	24	222	32	157	483	6	22	16	22	40	1275
1970-1979	541	415	101	105	733	137	978	1702	46	92	95	150	304	5406
1980-1989	1253	2157	656	274	2332	365	4240	5778	249	575	341	991	1104	20338
1990-1999	2508	7226	2131	543	14249	999	12010	14448	1189	3117	1009	3904	3594	67095
1950-1999	4504	9862	2904	955	17563	1539	17389	22485	1490	3808	1465	5072	5046	94282
2000-2009	4759	24293	7577	787	46679	2138	31631	33805	6838	12932	2417	9080	10304	194207
2010	747	4326	1470	97	7305	323	5540	5215	1755	2483	417	1271	1854	33018
2011	881	4925	1641	122	8025	397	6313	5967	2085	2858	443	1526	2113	37542
2012	1039	6038	1948	126	9127	447	7328	6683	2630	3248	547	1606	2573	43619
2013	1536	8305	3002	152	10164	567	9391	8434	3448	3931	654	2151	3248	55390
2014	2774	16341	6383	261	18033	980	13070	12760	6238	6899	1161	3186	4936	94277
2015	3688	18822	8539	222	16006	984	12322	12094	5922	6743	1211	2786	4992	95916
1950-2013	13466	57749	18542	2239	98863	5411	77592	82589	18246	29260	5943	20706	25138	458058
1950-2015	19928	92912	33464	2722	132902	7375	102984	107443	30406	42902	8315	26678	35066	648251

Таблиця 1.1В
Питома вага контингентів хворих, які спостерігались у 2014-2015 рр., %

РД	Код МКХ-10													
	C00- C14	C15- C26	C30- C39	C40- C41	C43- C44	C45- C49	C50	C51- C58	C60- C63	C64- C68	C69- C72	C73- C75	C81- C96	C00- C96
1950-1959	36,4	53,8	33,3	69,2	45,0	28,6	12,5	40,2	-	100,0	44,4	62,5	57,1	40,1
1960-1969	42,0	41,3	40,5	32,9	42,4	37,2	42,7	37,0	20,7	48,9	35,6	36,7	37,7	39,3
1970-1979	40,8	40,3	35,8	43,9	35,7	45,8	41,4	37,5	33,3	33,9	40,6	41,6	42,8	39,0
1980-1989	40,6	41,2	36,2	42,9	35,9	40,2	43,2	40,0	38,4	36,6	42,5	48,2	41,1	40,5
1990-1999	41,3	39,8	34,8	45,4	38,2	44,8	45,7	42,5	37,5	37,8	42,5	49,3	42,3	41,4
1950-1999	41,1	40,2	35,2	44,2	37,8	43,4	44,8	41,3	37,4	37,6	42,3	48,8	42,0	41,0
2000-2009	44,0	44,3	40,1	50,4	43,0	46,7	50,5	48,4	44,7	43,7	45,3	51,8	50,3	45,9
2010	48,9	47,7	46,7	48,7	45,4	48,0	55,2	54,5	52,1	49,0	48,5	52,0	54,9	50,0
2011	49,4	48,4	44,7	52,1	46,9	52,9	57,2	56,6	50,9	49,1	49,4	52,6	55,7	51,1
2012	51,0	50,9	47,3	60,0	48,3	54,9	59,7	58,0	53,7	50,9	50,8	54,4	60,2	53,2
2013	61,5	57,5	55,0	65,0	50,0	62,9	69,3	65,9	59,9	56,6	55,5	64,5	69,0	59,5
2014-2015	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
1950-2013	45,4	46,2	42,6	48,7	43,5	48,1	52,3	48,9	48,8	45,8	46,4	52,3	51,7	47,4
1950-2015	55,2	58,0	57,2	53,6	50,8	55,8	59,3	55,5	61,3	55,3	54,8	58,6	59,9	56,0

На кінець 2015 року в БД НКР перебувало на обліку 1 157 323 хворих, в тому числі у 19,9% з них (229 913 осіб) діагноз було встановлено у 1950-1999 рр., у 36,5% (422 662 особи) – у 2000-2009 рр., 27,2% (314 555 осіб) складали хворі з діагнозом, виявленим у 2010-2013 рр., і 16,4% (188 511 осіб) – з виявленим у 2014-2015 рр. (див. табл. 1.1А).

У структурному розподілі за нозологічними групами найбільшу частину контингентів 2015 р. складали хворі на меланому й немеланомні ЗН шкіри (код МКХ-10 С43-С44) – 22,6%, ЗН жіночих статевих органів (С51-С58) – 16,7%, ЗН молочної залози (С50) – 15,0% та ЗН органів травлення (С15-С26) – 13,8%, і хворі на всі інші ЗН разом складали 31,8% контингентів. Структура контингентів хворих, які спостерігались у 2014-2015 рр., була схожою (див. табл. 1.1Б).

Проведений розрахунок показав, що загальний показник рівня спостереження всіх зареєстрованих у НКР на кінець 2015 р. контингентів хворих складав 56,0%, при цьому він варіював від найнижчого – 53,6% – у групі хворих на ЗН шкіри (С43-С44) до найвищого – 61,3% – у групі хворих на ЗН чоловічих статевих органів (С60-С63).

Проте, оскільки до складу контингентів входять і вперше зареєстровані у 2014-2015 рр. хворі, які тому мають найвищий показник спостереження (100%), для об'єктивізації оцінки рівня спостереження всіх контингентів хворих розділимо їх за роком встановлення діагнозу на наступні категорії: хворі з діагнозом, встановленим у 1950-1999 рр., у 2000-2009 рр., у 2010-2013 рр. і у 2014-2015 рр.

Хворі на ЗН з РД 1950-2009 рр. (перебували на обліку більше 6-ти років) склали більше половини контингентів (56,4%, або 652 575 осіб) і при цьому мали рівень загального спостереження 41,0-45,9%; хворі з РД 2010-2013 рр. були простежені трохи краще, оскільки відповідний показник у них був у межах 50,0-59,5% (див. табл. 1.1В).

Рівень спостереження залежав також від нозологічної форми захворювання: серед контингентів хворих з РД 1950-1999 рр. найвищий рівень спостереження був у хворих на ЗН щитоподібної та інших ендокринних залоз (С73-С75) – 48,8%, у інших нозологічних групах цієї когорти було простежено 35,2-44,8% хворих. Аналіз контингентів хворих з РД 2000-2009 рр. показав найвищий рівень спостереження у хворих на ЗН щитоподібної залози (С73-С75) – 51,8%, молочної залози (С50), кісток

(С40-С41) і лімфоїдної та кровотворної тканин (С81-С96) – 50,3-50,5%; коефіцієнт спостереження інших хворих був нижчим. Подібний розподіл рангових місць за показником спостереження був і в когорті контингентів хворих з РД 2010-2013 рр., у яких, окрім перелічених вище нозологій, високим був рівень коефіцієнта спостереження хворих на ЗН жіночих статевих органів (С51-С58).

Показники спостереження хворих з РД 1950-2013 рр., які відображають реальний рівень спостереження контингентів хворих, зареєстрованих до 2014 року, були значно нижчими порівняно з показниками всіх хворих, що перебували на обліку на кінець 2015 р. (47,4% проти 56,0% для всіх ЗН); вищими за 50% були показники спостереження хворих на ЗН молочної залози (С50) та щитоподібної та інших ендокринних залоз (С73-С75) – 52,3%, а також на ЗН лімфоїдної та кровотворної тканин (С81-С96) – 51,7%. Найнижчі показники спостереження були при ЗН органів дихання й грудної клітини (С30-С39) та ЗН шкіри (С43-С44) – 44,3% та 44,9%, відповідно.

Аналіз регіональних характеристик спостереження всіх контингентів хворих на ЗН встановив, що рівень спостереження контингентів хворих з РД 1950-2013 рр. у регіонах України суттєво різниться, перебуваючи в загальних межах від 4,0% до 100% (див. табл. 1.2, рис. 1.1)

Таблиця 1.2

Рівень спостереження контингентів хворих у регіонах України в залежності від року встановлення діагнозу, %

Адміністративна територія	РД		
	1950-1999	1950-2013	1950-2015
Україна	41,0	47,4	56,0
АР Крим	12,2	14,0	22,5
Вінницька	100,0	100,0	100,0
Волинська	91,9	95,9	96,6
Дніпропетровська	48,8	52,2	61,9
Донецька	15,6	24,8	30,4
Житомирська	18,2	32,5	45,8
Закарпатська	65,0	64,2	71,1

Адміністративна територія	РД		
	1950-1999	1950-2013	1950-2015
Ів.-Франківська	77,0	83,9	87,5
Київська	66,6	68,4	74,1
Кіровоградська	90,8	93,0	94,6
Луганська	1,1	4,0	9,7
Львівська	29,0	37,2	48,8
Миколаївська	11,6	20,4	34,7
Одеська	14,8	17,3	30,5
Полтавська	25,1	26,9	40,9
Рівненська	21,6	31,2	43,8
Сумська	99,5	87,1	89,7
Тернопільська	8,7	22,7	36,9
Харківська	59,0	62,5	69,2
Херсонська	11,8	27,3	41,6
Хмельницька	99,8	99,9	99,9
Черкаська	9,3	23,4	38,2
Чернівецька	3,6	10,6	25,3
Чернігівська	75,7	79,4	83,3
м. Київ	80,4	84,5	87,3

Найнижчі рівні спостереження контингентів хворих з РД 1950-2013 р.р. було зареєстровано у Чернівецькій, Одеській, Миколаївській, Тернопільській та Черкаській областях – 10,6-23,4%, тобто в цих регіонах у 2014-2015 рр. не було оновлено відомості про життєвий статус у 75-90% хворих, які перебувають на обліку більше двох років; у п'яти областях – Полтавській, Херсонській, Рівненській, Житомирській та Львівській було простежено близько третини хворих з цієї когорти. У всіх інших областях показник спостереження контингентів хворих на ЗН з РД 1950-2013 рр. був вищим за середньоукраїнський, при цьому у Вінницькій, Хмельницькій, Волинській та Кіровоградській областях він перевищував 90%.

Порівняння показника спостереження цієї когорти хворих (РД 1950-2013 рр.) з показниками тих, у кого діагноз був встановлений у 1950-1999 рр., виявляє велику різницю між ними у Чернівецькій, Тернопільській, Черкаській, Херсонській і

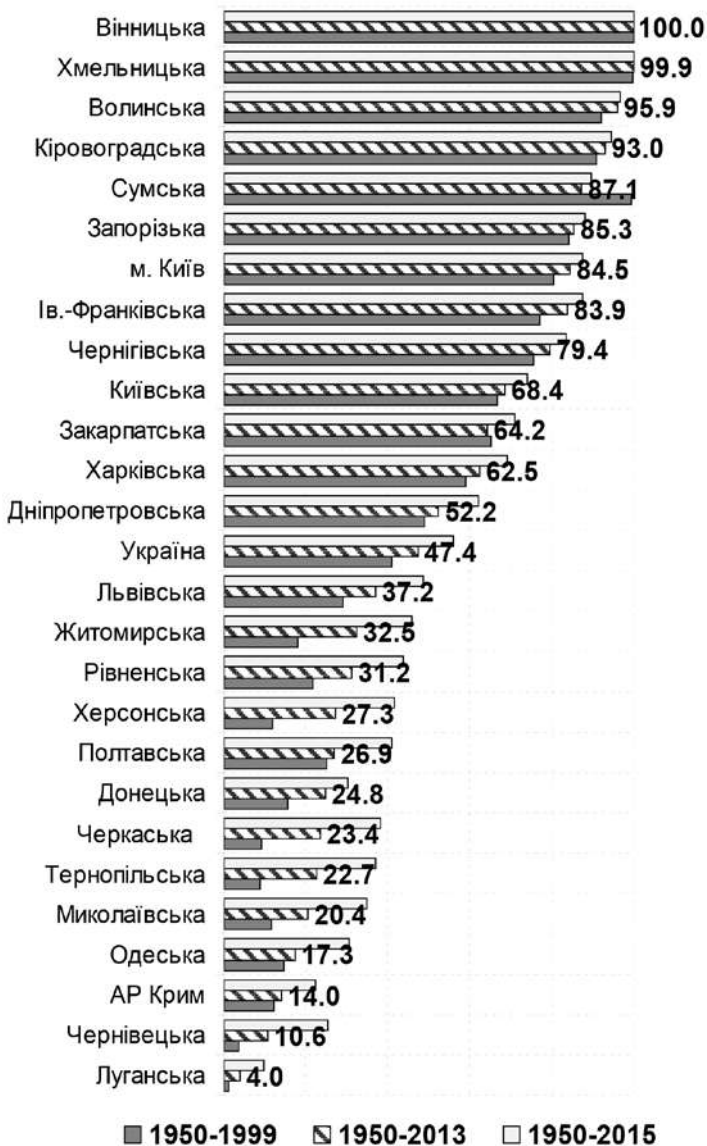


Рис. 1.1 - Рівень спостереження контингентів хворих у регіонах України в залежності від року встановлення діагнозу, %

Житомирській областях. Така відмінність між показниками характеризує значно меншу увагу до спостереження хворих, які перебувають на обліку понад 15 років, у цих регіонах.

Проведемо дослідження віку хворих, які перебувають на обліку в онкологічних закладах України. Вивчення вікової структури контингентів встановило, що у 2015 р. на онкологічному диспансерному обліку перебували хворі 1900-2015 років народження (РН), з них 34,6% хворих (400 391 особа) були старшими 75-ти років (РН 1900-1940 рр.), 24,9% – хворі з РН 1941-1950 рр. Тобто 60% контингентів складають хворі віком 65-115 років, при цьому 9,7% контингентів хворих (112 001 особа) – це пацієнти старші 85-ти років (див. табл. 1.3А). Питома вага контингентів хворих вікової групи 75+ років перевищує чверть у кожній нозологічній групі захворювання за виключенням ЗН кісток (С40-С41), головного мозку і ЦНС (С69-С72), щитоподібної залози (С73-С75), лімфоїдної та кровотворної тканин (С81-С96). Пацієнти віком старше 85-ти років складають понад 10% контингентів хворих на ЗН губи та ротової порожнини (С00-С14), шкіри (С43-С44) та чоловічих статевих органів (С60-С63).

Аналіз рівня спостереження контингентів хворих залежно від віку було виконано у кожній групі за нозологічною формою ЗН (див. табл. 1.3Б, рис. 1.2). Встановлено, що контингенти хворих на ЗН вікової категорії 105-115 років (РН 1900-1910 рр.) було простежено на 12,5%, хворих віком 95-104 роки (РН 1911-1920 рр.) – на 21,1%, хворих віком 85-94 роки (РН 1921-1930 рр.) – на 37,6% і хворих віком 75-84 роки (РН 1931-1940 рр.) – на 50,1%.

Таблиця 1.3А
Розподіл контингентів хворих за роком народження в нозологічних групах ЗН
станом на кінець 2015 р.

РН	Код МКХ-10															
	C00- C14	C15- C26	C30- C39	C40- C41	C43- C44	C45- C49	C50	C51- C58	C60- C63	C64- C68	C69- C72	C73- C75	C76- C80	C81- C96	C00- C96	
Кількість																
1900-1910	32	30	8	2	164	4	29	51	19	20	1	2	1	8	371	
1911-1920	304	801	287	18	3282	46	672	944	269	348	26	49	34	153	7233	
1921-1930	4257	14816	3930	214	42283	811	10827	12258	5405	5420	378	787	797	2214	104397	
1900-1930	4593	15647	4225	234	45729	861	11528	13253	5693	5788	405	838	832	2375	112001	
1931-1940	10112	49420	13456	587	87049	2268	36102	37250	17343	18758	1434	4249	2394	7968	288390	
1900-1940	14705	65067	17681	821	132778	3129	47630	50503	23036	24546	1839	5087	3226	10343	400391	
1941-1950	8601	45269	16530	683	61277	2589	44466	46391	14177	21634	2236	8573	2323	9749	284498	
1951-1960	8016	34119	16395	922	41926	2888	48096	51439	6488	19456	3108	12604	2088	10723	258268	
1961-1970	3335	11461	5595	728	16324	1873	24650	28350	2320	7692	2426	8754	893	7992	122393	
1971-1980	1046	3203	1517	711	6352	1170	7667	13004	2007	2360	1963	6001	329	6956	54276	
1981-1990	305	788	508	679	2398	768	1235	3475	1263	912	1767	3690	134	6915	24837	
1991-2000	76	128	141	398	344	359	27	364	218	405	1029	689	34	3656	7868	
2001-2010	16	69	82	127	21	307	0	52	49	451	677	104	42	1963	3960	
2011-2015	2	29	29	11	1	142	0	5	22	122	139	37	12	281	832	
1900-2015	36102	160132	58478	5080	261421	13225	173761	193584	49580	77578	15184	45539	9081	58578	1157323	

Таблица 1.3А (продовження)

РН	Код МКХ-10															
	C00- C14	C15- C26	C30- C39	C40- C41	C43- C44	C45- C49	C50	C51- C58	C60- C63	C64- C68	C69- C72	C73- C75	C76- C80	C81- C96	C00- C96	
1900-1910	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1911-1920	0,8	0,5	0,5	0,4	1,3	0,3	0,4	0,5	0,5	0,4	0,2	0,1	0,4	0,3	0,6	0,6
1921-1930	11,8	9,3	6,7	4,2	16,2	6,1	6,2	6,3	10,9	7,0	2,5	1,7	8,8	3,8	9,0	9,0
1900-1930 (85+)	12,7	9,8	7,2	4,6	17,5	6,5	6,6	6,8	11,5	7,5	2,7	1,8	9,2	4,1	9,7	9,7
1931-1940	28,0	30,9	23,0	11,6	33,3	17,1	20,8	19,2	35,0	24,2	9,4	9,3	26,4	13,6	24,9	24,9
1900-1940 (75+)	40,7	40,6	30,2	16,2	50,8	23,7	27,4	26,1	46,5	31,6	12,1	11,2	35,5	17,7	34,6	34,6
1941-1950	23,8	28,3	28,3	13,4	23,4	19,6	25,6	24,0	28,6	27,9	14,7	18,8	25,6	16,6	24,6	24,6
1951-1960	22,2	21,3	28,0	18,1	16,0	21,8	27,7	26,6	13,1	25,1	20,5	27,7	23,0	18,3	22,3	22,3
1961-1970	9,2	7,2	9,6	14,3	6,2	14,2	14,2	14,6	4,7	9,9	16,0	19,2	9,8	13,6	10,6	10,6
1971-1980	2,9	2,0	2,6	14,0	2,4	8,8	4,4	6,7	4,0	3,0	12,9	13,2	3,6	11,9	4,7	4,7
1981-1990	0,8	0,5	0,9	13,4	0,9	5,8	0,7	1,8	2,5	1,2	11,6	8,1	1,5	11,8	2,1	2,1
1991-2000	0,2	0,1	0,2	7,8	0,1	2,7	0,0	0,2	0,4	0,5	6,8	1,5	0,4	6,2	0,7	0,7
2001-2010	0,0	0,0	0,1	2,5	0,0	2,3	0,0	0,0	0,1	0,6	4,5	0,2	0,5	3,4	0,3	0,3
2011-2015	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	1,1	0,0	0,0	0,0	0,2	0,9	0,1	0,1	0,5	0,1	0,1

Таблиця 1.3Б
Питома вага контингентів хворих, які спостерігались у 2014-2015 рр.,
у нозологічних групах ЗН в залежності від року народження, %

РН	Код МКХ-10														
	C00-14	C15-C26	C30-C39	C40-C41	C43-C44	C45-C49	C50	C51-C58	C60-C63	C64-C68	C69-C72	C73-C75	C76-C80	C81-C96	C00-C96
1900-1910	18,8	10,0	12,5	0,0	9,1	25,0	17,2	22,4	5,9	10,0	0,0	50,0	0,0	0,0	12,5
1911-1920	21,4	20,5	15,0	11,1	22,5	13,0	21,1	21,8	20,8	15,5	34,6	20,4	11,8	19,0	21,1
1921-1930	37,4	36,6	31,0	25,2	39,7	33,8	38,6	34,1	42,4	34,9	31,5	36,6	30,9	32,8	37,6
1900-1930 (85+)	36,2	35,7	29,9	23,9	38,3	32,6	37,6	33,2	41,3	33,7	31,6	35,8	30,0	31,8	36,5
1931-1940	48,4	52,3	47,6	45,1	49,8	48,8	51,1	45,4	58,6	49,0	44,9	50,3	50,3	50,8	50,1
1900-1940 (75+)	44,6	48,3	43,4	39,1	45,8	44,4	47,8	42,2	54,3	45,4	42,0	47,9	45,1	46,4	46,3
1941-1950	56,3	60,5	57,7	52,1	54,4	55,1	58,5	53,9	68,2	56,8	49,1	54,2	57,6	61,4	57,3
1951-1960	64,1	66,8	65,2	54,0	56,1	57,5	62,4	59,6	71,4	60,0	55,3	58,6	65,7	63,9	61,4
1961-1970	71,4	71,6	71,3	54,0	58,9	60,7	69,9	66,5	59,7	65,5	58,2	60,4	68,0	63,2	65,9
1971-1980	70,7	72,6	70,0	53,6	60,7	60,9	76,8	68,0	58,7	66,4	58,6	63,4	67,5	60,0	66,1
1981-1990	67,2	75,1	63,4	54,2	62,1	61,8	83,2	70,8	65,0	60,2	56,3	67,0	73,1	59,7	64,4
1991-2000	78,9	73,4	73,0	72,1	71,8	66,3	85,2	72,3	75,2	57,8	58,2	77,2	73,5	66,6	67,4
2001-2010	75,0	66,7	73,2	85,0	76,2	67,4	-	82,7	61,2	67,4	66,5	73,1	71,4	70,6	69,9
2011-2015	100,0	96,6	75,9	90,9	100,0	92,3	-	100,0	81,8	92,6	87,1	94,6	83,3	93,2	91,1
Всього	55,2	58,0	57,2	53,6	50,8	55,8	59,3	55,5	61,3	55,3	54,8	58,6	56,8	59,9	56,0

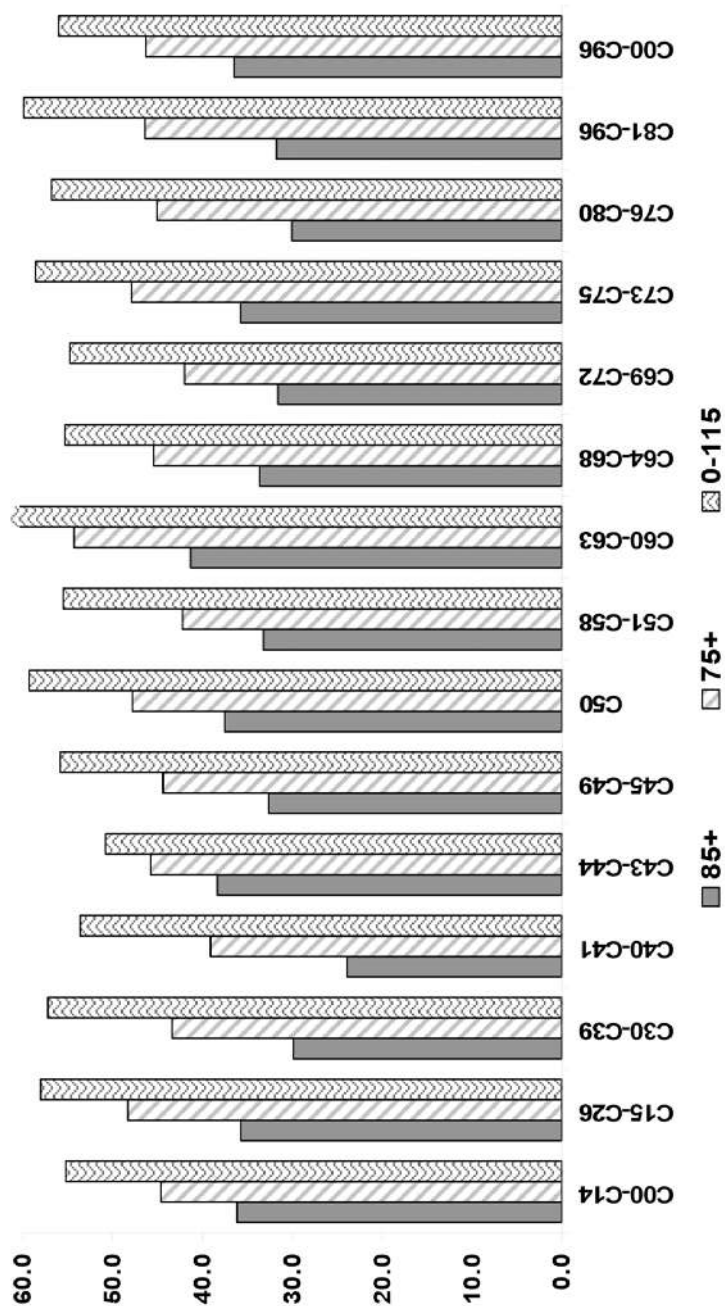


Рис. 1.2 - Рівень спостереження у 2014-2015 р.р. контингентів хворих в залежності від вікової групи, %

Безпосередній нагляд за хворими на рак виконують районні онкологи, кожен з яких має на обліку велику чисельність (1-2,5 тисячі) хворих. Щорічне накопичення нових випадків захворювання на ЗН збільшує цей обсяг, внаслідок чого менше уваги приділяється хворим з новоутвореннями, виявленими понад двадцять років тому, значна кількість яких вірогідно вже вибула з-під спостереження через зміну місця проживання, смерть на території іншої області тощо. Цілком можливо, що велике навантаження спричиняє формальне відношення районних онкологів до проведення нагляду та уточнення життєвого статусу хворих. Отримані дані свідчать про суттєві порушення принципів диспансеризації онкологічних хворих, включені у стандарти діагностики, лікування та нагляду за хворими на рак, затвердженими МОЗ України, які вимагають щорічного огляду онкологічних хворих відповідними фахівцями.

Отже, доведено нагальну необхідність проведення ревізії контингентів, які перебувають під наглядом онкологічної служби, з метою об'єктивізації показників та з'ясування дійсної кількості онкологічних хворих, що перебувають на обліку, для планування заходів онкологічної допомоги населенню.

2. Застосування інформаційної технології Національного канцер-реєстру при диспансеризації та спостереженні за онкологічними хворими

Представлення даних диспансеризації в популяційному канцер-реєстрі

У паспортній частині бази даних (БД) популяційного канцер-реєстру (ПКР) зберігається остання дата спостереження хворого, а при отриманні відомостей про вибуття (смерті, виїзду, інше) хворого заноситься дата вибуття та поточний статус хворого – в поле “Стан” з електронного довідника вноситься відповідний термін: «перебуває під спостереженням»; «помер (прогресування онкологічного захворювання)»; «помер (ускладнення спеціального лікування)»; «помер з інших причин»; «вибув з-під нагляду»; «знято з обліку (діагноз знято або не підтверджено)»; «зміна місця проживання».

Дати останнього й наступного спостережень

При одержанні нових відомостей про хворого поновлюється дата останнього спостереження й за необхідності – статус хворого. На цій інформації базується аналіз виживаності онкологічних хворих, що, в свою чергу, вимагає, щоб хворі були простежені, тобто останньою датою спостереження була дата поточного року, а для померлих хворих – дата смерті. Для цього необхідно проводити регулярні звірення стану хворих, що перебувають на обліку онкологічного закладу. Зокрема, якщо хворий вибув з-під спостереження, але це стало відомо через рік або більше, то в цьому випадку разом з датою вибуття (смерть, виїзд та ін.) необхідно вводити й дату реєстрації даного факту. Наприклад, у 2012 році хворому діагностовано рак стравоходу, у 2014 році хворий помер, а відомо про це стало у 2016 році. У цьому випадку необхідно внести реальну дату смерті хворого – 2014 рік, а датою реєстрації цього факту – дату 2016 року; у такому випадку при підготовці річного звіту цей хворий буде зарахований тільки у підтабличні значення державної звітності як померлий у попередні роки, а при аналізі виживаності буде указана реальна дата його смерті.

Для одержання достовірних даних про останню дату спостереження хворого та його життєвий статус (живий чи помер) необхідна чітка організація диспансерного спостереження та проведення регулярних звірень інформації між картотеками районних онкологів та комп'ютерною БД обласних КР.

У паспортних даних ПКР також зберігається дата наступного виклику хворого на диспансерний огляд, яка регламентується «Стандартами діагностики та лікування онкологічних хворих».

Результати огляду хворих і дати госпіталізації до стаціонару

Дата останнього спостереження зберігається в паспортних даних і поновлюється при надходженні нових відомостей про стан хворого. Записи про всі факти амбулаторних прийомів, патронажних відвідувань і госпіталізацій до стаціонару зберігаються в БД оглядів і патронажів. При кожному відвідуванні хворого додається новий запис, що дозволяє оцінити частоту та своєчасність оглядів хворих; у кожному записі про огляд слід вказати клінічну групу на момент огляду для реєстрації динаміки стану хворого. При виявленні у хворого рецидивів, метастазів, ускладнень хвороби відповідна інформація вноситься до розділу БД «Факти спостереження хворого»; якщо внаслідок проведеного лікування раніше виявлені метастази та рецидиви не підтверджуються, то до попередніх записів додається визначення «Рецидивів, метастазів не виявлено».

Формування списків хворих для проведення диспансеризації за допомогою пошукової системи НКР

Спочатку з БД ПКР формується загальний список хворих, що підлягають диспансеризації. Залежно від завдань, які вирішуються, списки можуть бути сформовані на різних умовах. Найчастіше списки контингентів хворих можуть бути сформовані за допомогою макросів або раніше збережених умов пошуку; отримані списки слід зберегти у вигляді файла ідентифікаторів, що дозволить роздрукувати список хворих для диспансеризації у форматі документа-запиту та вносити відповіді на нього за допомогою програми вводу даних до картотеки, використовуючи цей список. Програмою пошуку також можна сформуванати список безпосередньо в режимі його вводу «вручну» за умови вільного володіння можливостями цієї програми.

Списки хворих, які не спостерігалися впродовж визначеного інтервалу часу

Для одержання списку хворих, які не спостерігалися впродовж тривалого часу, необхідно в режимі роботи з пошуковою системою в розділі “Паспортні дані” визначити наступні умови:

- ◇ Останній стан обліку хворого – перебуває під спостереженням (живий).
- ◇ Дата останнього спостереження – інтервал від початкової до необхідної кінцевої дати (наприклад, якщо необхідно сформувати списки всіх хворих, які не були простежені впродовж 10-ти років до 01.01.2017, то часовий інтервал має вигляд 01.01.2007–31.12.2016).

Необхідні списки хворих також можливо формувати не для всього регіону, а й для окремих територіально-адміністративних одиниць.

Для реалізації такого завдання можна використовувати готовий пошуковий макрос **NENAB**, при цьому окреслюється регіон і дата останнього огляду хворих; отриманий результат буде внесено до файлу **Nenab.txt** у вигляді таблиці та до файлу **Nenab.sea** як список ідентифікаторів. Ці файли містяться у відповідних каталогах; файл таблиці використовувати не обов'язково, а можна роздруковувати запити чи запрошення із програми ведення картотеки (режим “Робота зі списком”); власне макрос можна запустити й прямо з командного рядка: **X30_sear NENAB**.

Пошукова програма дозволяє формувати власні файли макросів або зберігати умови пошуку та формати таблиць для формування таких списків.

Списки хворих із простроченою датою огляду

Списки хворих, які не з'явилися на запланований огляд, формуються за умови регулярного внесення до БД у розділі “Паспортні дані” дати наступного огляду; умова пошуку записується у вигляді:

- ◇ Останній стан обліку хворого – перебуває під спостереженням (живий).
- ◇ Дата наступного огляду – інтервал від початкової до необхідної кінцевої дати (наприклад, від 01.01.2016 до 31.12.2017).

Окремо слід зазначити, що хворі, у яких відсутня дата наступного огляду, до списку не потраплять. Щоб оптимізувати роботу для автоматизованого формування списків слід постійно виставляти дати наступного огляду при введенні інформації до БД ПКР, інакше використовуйте списки хворих, які не спостерігалися впродовж певного часу.

Для формування списків з простроченою датою огляду застосовується макрос **NEYAV** (створюються файли **Neyav.txt**, **Neyav.sea**).

Списки контролю за диспансеризацією хворих для районних онкологів

Списки для контролю мають охоплювати всіх хворих, які перебувають на обліку в картотеці даного району, тому умова запиту пошукової програми наступна:

- ◇ Останній стан обліку хворого – перебуває під спостереженням (живий).

У пошуковій системі можливо сформувати таблицю, що вміщує наступну інформацію – прізвище, ім'я, по батькові, код МКХ, адреса, рік народження, дата останнього спостереження. Для зручності роботи районного онколога списки хворих, які внесені до таблиці, можна впорядкувати за прізвищем хворого або за кодом МКХ. Зразок такої таблиці можна знайти у списку збережених форматів таблиць і за потреби ним користуватись. Таблицю роздрукуйте, а файл ідентифікаторів слід зберегти для зручності внесення відповіді на запити. Проте це не обов'язково – достатньо користуватись режимом роботи з картотекою, встановивши фільтр по хворим, які перебувають на обліку, за прізвищами у алфавітному порядку.

Окрім зазначених умов пошуку можна створити власні вимоги для формування списків хворих для контролю за диспансеризацією, виходячи з місцевих умов і особливостей ведення картотеки, а також зручні формати таблиць результатів пошуку. Власні вимоги можна зберігати у пошуковій системі для повторного користування у вигляді записаних умов або макросів.

Роздруківка списків хворих для співставлення даних з даними районних онкологів

У пункті меню “Робота зі списком” програми ведення картотеки слід вибрати раніше сформований Вами файл списку й завантажити його, позначити за допомогою клавіші “+” усі

картки, при потребі впорядкувати список за кодом МКХ або прізвищем хворого, використовуючи клавішу **F2**. Після цього за допомогою клавіші **F10** обирається макрос “Друк” та необхідний тип документа. Для всіх позначених Вами карток у текстовий файл із попередньо заданим Вами ім'ям у каталозі **TEXT** буде сформовано відповідний документ. Для роздрукування цього файла на принтері задається команда **Copy Zapr.txt PRN**, або цей текст можна передати до текстового редактора. Сформовані списки передаються районним онкологам, запрошення на огляд розсилаються пацієнтам.

Відповіді на запити або будь-які нові відомості про стан хворих необхідно вносити в БД канцер-реєстру.

Використання раніше сформованих списків

Якщо для роздруківки запитів Ви користувалися сформованим пошуковою системою списком ідентифікаторів, то для введення отриманої у відповідь на запит інформації слід використовувати саме цей список. Обирають відповідний файл списку в режимі “Робота зі списком” (для полегшення подальшої роботи доцільно файли списку поіменовувати так, щоб їх назви нагадували Вам про їхній зміст). Якщо список містив позначки, які були внесені під час друкування запитів, то їх потрібно зняти за допомогою клавіші “-”; якщо зберегти той же порядок проходження карток, як і при роздрукуванні запиту, то буде легше їх позначати для внесення відповідей на запити.

Карткам з однаковими відомостями, наприклад, живим на однакову дату, можна зробити помітки і запустити макрос “Введення відповідей на запити”, що виконає оновлення дати останнього спостереження у всіх помічених хворих. Цей макрос можна запускати кілька разів, позначаючи різні групи карток і вводячи різні дати.

Можливо також просто проходити список і в режимі редагування вносити необхідну інформацію до карток.

Всі оброблені картки позначаються символом “п”. Наприкінці роботи можна позначити всі невідпрацьовані картки (тобто ті, на які не отримано відповідей) і повторно роздрукувати запит. Не обов'язково виконувати весь обсяг роботи за один сеанс, оскільки після виходу з режиму роботи зі списком усі позначки будуть збережені при повторному зверненні до списку. Списки, обробка яких цілком завершена, слід видаляти для запобігання засміченню каталогів ПКР.

Введення даних у режимі роботи з картотекою

Отримані дані про хворих, після співставлення їх з інформацією районних онкологів, можливо вводити в БД у режимі “Робота з картотекою”, якщо це зручніше або відправний файл списку втрачено. Зручно встановити фільтр по тим хворим, які перебувають на обліку – у цьому разі Ви працюєте з картками тих хворих, що й у списку районного онколога, і при цьому інформація вноситься тільки в режимі вводу даних до картки (макроси не є доступними).

Швидке введення даних амбулаторного прийому

Цей режим використовується для введення поточної інформації з амбулаторних карт, які надходять до реєстру після амбулаторного прийому хворих в поліклініці онкологічного закладу. Якщо дотримуватись цих вимог, то інформація про велику кількість хворих буде регулярно поновлюватися й без проведення звірок, запитів та інш. Для пошуку картки у картотеці застосовується режим швидкого позиціонування за літерою, пошук за ідентифікатором (**F4**) або за прізвищем (**F2**). Якщо потрібно лише поновити дату останнього спостереження хворого без доповнення іншими даними, слід користуватись клавішею **F10**.

Зняття з обліку хворих, що вибули з-під нагляду, за списком

За рекомендацією МОЗ щодо формування контингентів хворих на ЗН, наприкінці кожного року слід знімати з обліку хворих, інформація про яких відсутня впродовж 5 років. Зняття з обліку хворого з наданням йому статусу «знято з обліку (діагноз знято або не підтверджено)» мають передувати відповідні обов’язкові організаційні процедури, які не входять до компетенції працівників канцер-реєстру. Тому для запобігання накопиченню у реєстрі хворих, статус яких впродовж тривалого строку оцінити неможливо, проте діагноз ЗН у яких не знято, в інформаційній технології НКР передбачено реєстрацію в картці статусу «вибув з-під нагляду». При цьому поле «Дата останнього нагляду» залишають без змін – останньою датою, в яку хворого було обстежено (тобто були отримані достовірні відомості, що хворий був живий на вказану дату). Одночасно поточна дата вказується в якості «Дати реєстрації вибуття».

Наприклад: останнього разу пацієнт був у районколога 01.09.2008 р., інших відомостей про пацієнта немає, контакт

встановити не вдається. У 2014 році, не виявивши пацієнта за вказаним місцем проживання, районколог знімає його з-під диспансерного нагляду. Статус пацієнта слід замінити на «вибув з-під нагляду», дату останнього спостереження залишити незмінною (01.09.2008 р.), датою реєстрації вибуття вказати дату у 2014 р. Починаючи з 2014 року, надалі хворий не буде зараховуватись до контингентів, що перебувають на обліку на кінець звітного року. В таблиці 35-здоров за 2014 р. він буде зарахований тільки до підтабличного значення «Знято з обліку осіб, про яких немає відомостей впродовж 5 років».

Для автоматизованого зняття таких хворих з обліку макросом **NENAB** пошукової програми слід сформувати списки тих, кого не спостерігали протягом більше 5-ти років. Далі у режимі «Робота зі списком» в програмі ведення картотеки **X30.exe** позначити картки хворих, що підлягають зняттю з обліку, натиснути клавішу **F10** і вибрати макрос «Зняття з обліку», який виконає всі описані вище дії. При цьому відбудеться повторна перевірка обґрунтованості зняття з обліку кожного хворого (відсутність спостереження впродовж не менше 5-ти років). Тому не слід включати до списку тих хворих, які не відповідають такій умові; при необхідності їх краще зняти з обліку вручну. Результати відпрацювання макросу можна отримати у файлі сформованого протоколу, де буде перелічено хворих, яких зняли з обліку, й тих, кого не зняли, та причини цього.

Цей засіб надає змогу вилучити таких хворих із щоквартальних списків (тих, хто перебуває «під наглядом» і підлягає спостереженню) для звіряння з районними онкологами. Раз на декілька років пошуковою програмою можна складати окремі списки хворих, що вибули з-під нагляду, для проведення додаткової перевірки можливої їх появи на території обслуговування даним реєстром (можливо, в іншому районі). Якщо такий хворий буде «знайдений» знов, то у його картці спочатку вилучають дату реєстрації вибуття, а потім змінюють статус на «перебуває під спостереженням», дату взяття на облік змінюють на дату його знаходження, інші дати не міняють. Якщо надійдуть відомості про смерть хворого, то у його картці встановлюють статус «помер...», вказують дату смерті та змінюють дату реєстрації вибуття на поточну.

Порушення правил та строків диспансерного спостереження онкологічних хворих і технології співставлення контингентів, які перебувають на обліку обласного онкологічного закладу та

районних онкологів, призводять до накопичення так званих “мертвих душ”, тобто хворих, що перебувають на обліку у ПКР, хоча вони вже вибули з-під диспансерного нагляду (не з’являлись для огляду, змінили місце проживання, померли).

Таким чином, застосування інформаційної технології Національного канцер-реєстру не тільки надає інструментарій інформаційної підтримки диспансерного спостереження онкологічних хворих та відображення їх життєвого статусу в електронній реєстраційній карті, але й дозволяє окреслити основні дефекти в організації диспансерного нагляду, що унеможливають впровадження показника виживаності, як найбільш об’єктивного критерію оцінки стану організації онкологічної допомоги населенню України.

ВИСНОВКИ

1. Впровадження в практику онкологічної служби України єдиної програмно-інформаційної технології Національного канцер-реєстру дає можливість вивчати реальний стан онкоепідеміологічної ситуації в Україні, зокрема оцінювати кількість хворих, що перебувають на диспансерному обліку.

2. Застосування інформаційної технології НКР дозволяє об'єктивно відображати у персоніфікованій базі даних реєстру дати останнього контакту з хворим або вибуття з-під нагляду внаслідок смерті, зміни місця постійної реєстрації, зняття онкологічного діагнозу та з інших причин і чергового огляду.

3. Інформаційна технологія НКР забезпечує працівників онкологічної служби дієвими засобами для організації диспансерного спостереження, зокрема, автоматизованим впорядкуванням списків хворих, що підлягають диспансеризації, за різними критеріями: діагнозом, роком встановлення діагнозу, датою народження, тривалістю відсутнього контакту та іншими, можливістю реєстрації дат амбулаторних відвідувань, стаціонарного лікування та патронажних оглядів онкологічних хворих й отримання відповідних статистичних звітів.

4. Інформаційна технологія НКР надає зручний інструментарій для контролю за здійсненням диспансерного спостереження онкологічних хворих, а саме: можливість формувати порайонні списки хворих для районних онкологів і проведення звірень, списки хворих за датою чергового виклику, за датою останнього спостереження, списки тих, хто пропустив черговий диспансерний огляд, а також можливість знімати з обліку хворих, контакт онкослужби з якими втрачено, і поновлювати їх на обліку при отриманні нових відомостей про таких хворих.

5. Використання інформаційної технології НКР дає змогу виявляти недоліки в організації диспансерного спостереження

онкологічних хворих, зокрема реєстрації їх вітального статусу. Виявлено, що станом на кінець 2015 року рівень спостереження життєвого статусу хворих на ЗН, які перебувають на диспансерному обліку більше двох років, становить 47,4% в Україні в цілому, від 4,0% до 100,0% у різних регіонах.

6.3а допомогою наявних можливостей НКР необхідно планувати та регулярно проводити поетапну ревізію персоніфікованої інформації про онкологічних хворих, які перебувають на обліку регіональних онкологічних закладів зі статусом «під наглядом», оскільки виявлено, що станом на кінець 2015 р. в Україні більше 7 тисяч таких осіб віком старше 90 років і майже у 4-х тисяч таких хворих діагноз було встановлено понад 50 років тому.

ПЕРЕЛІК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Застосування показників популяційної виживаності як критерію оцінки онкологічної допомоги хворим на рак сечостатевого органу / З.П. Федоренко, Л.О. Гулак, А.Ю. Рижов [та ін.] // Клиническая онкология – 2014. – № 3 (15). – С. 11–14.

2. Мерабишвили В.М. Онкологическая статистика (традиционные методы, новые информационные технологии): руководство для врачей, изд. 2-е, доп. / В.М. Мерабишвили – СПб., 2015. – Ч.1. – 248 с.

3. Показники виживаності хворих на основні форми злоякісних новоутворень / З.П. Федоренко, Л.О. Гулак, Є.Л. Горох [та ін.] – Рак в Україні. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби // Бюлетень Національного канцер-реєстру України. – Київ, 2000. – С. 48–61.

4. Аналіз виживаності хворих на рак в Україні / З.П. Федоренко, Л.О. Гулак, А.Ю. Рижов [та ін.] – Рак в Україні. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби. // Бюлетень Національного канцер-реєстру України. – Київ, 2010. – № 11. – С. 4–13.

5. Виживаність хворих як індикатор якості організації онкологічної допомоги хворим на рак шийки матки / З.П. Федоренко, А.В. Гайсенко, Л.О. Гулак [та ін.] – Рак в Україні. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби // Бюлетень Національного канцер-реєстру України. – Київ. – 2012. – № 13. – С. 72–87.

6. Порівняльний аналіз виживаності хворих на злоякісні новоутворення 2002-2004 і 2005-2007 рр. в Україні / З.П. Федоренко, Ю.Й. Михайлович, Л.О. Гулак [та ін.] – Рак в Україні. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби // Бюлетень Національного канцер-реєстру України. – Київ, 2014. – № 15. – С. 72–87.

7. Використання показника виживаності як критерію оцінки якості онкологічної допомоги населенню / І.Б. Щепотін, З.П. Федоренко, Л.О. Гулак [та ін.] // Клиническая онкология. – 2013. – № 4 (12). – С. 21–24

8. Мерабишвили В.М. Онкологическая статистика (традиционные методы, новые информационные технологии): руководство для врачей, изд. 2-е, доп. / В.М. Мерабишвили. – СПб., 2015. – Ч.2. – 223 с.

9. Оцінка показника виживання як індикатора якості надання спеціалізованої медичної допомоги хворим онкологічного профілю / А.В. Гайсенко, Ю.Й. Михайлович, Л.О. Гулак, А.В. Журбенко // Онкологія. – 2010. – Т. 12. – № 1 (43). – С. 97–102.

10. Застосування показника популяційної виживаності хворих на злоякісні новоутворення як критерію оцінки якості надання онкологічної допомоги населенню України / З.П. Федоренко, Л.О. Гулак, А.Ю. Рижов [та ін.] // методичний посібник. – К., 2015. – 44с.

11. Рак в Україні, 2015-2016. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби / З.П. Федоренко, Ю.Й. Михайлович, Л.О. Гулак [та ін.] // Бюлетень Національного канцер-реєстру України. – Київ, 2017. – № 18. – 124 с.

Виробничо-практичне видання

Застосування інформаційної технології Національного канцер-реєстру в системі диспансеризації онкологічних хворих

Підписано до друку 28.09.2017 р. Формат 60*84/16. Папір офсетний.

Ум-друк. арк. 1,86. Друк різнографічний. Гарнітура “Arial”.

Зам. № 48554. Тираж 70 прим.



Виготовлювач: **Видавництво “Поліум”**

25006, м. Кропивницький, а/с-1/42

polium@ukr.net

Свідоцтво про внесення до Державного реєстру видавничої справи ДК № 593 від 13.09.2001 р.