

На правах рукописи

**Койчуев Арсен Аскерович**

**Региональная модель профилактики онкологической патологии и  
реабилитации пациентов онкологического профиля**

14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение

**Автореферат  
диссертации на соискание ученой степени  
доктора медицинских наук**

Москва - 2015

Работа выполнена в ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

**Научные консультант:**

доктор медицинских наук, профессор

**Ходжаян Анна Борисовна**

**Официальные оппоненты:**

Доктор медицинских наук,  
профессор

**Нечаева Ольга Брониславовна**, руководитель  
Федерального Центра мониторинга противодействия  
распространению туберкулеза в Российской  
Федерации, главный научный сотрудник отделения  
медико-социальных проблем ФГБУ «Центральный  
научно-исследовательский институт организации и  
информатизации здравоохранения» Министерства  
здравоохранения Российской Федерации

Доктор медицинских наук,  
профессор

**Старинский Валерий Владимирович**, заместитель  
директора по науке ФГБУ «Московский научно-  
исследовательский онкологический институт имени П.А.  
Герцена», член президиума правления и ученый секретарь  
Ассоциации онкологов РФ

Доктор медицинских наук,  
профессор

**Сидоров Геннадий Алексеевич**, заведующий кафедрой  
общественного здоровья и здравоохранения ГБОУ ВПО  
«Курский государственный медицинский университет»  
Минздрава России

**Ведущая организация:** ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России

Защита состоится «30» октября 2015 г. в 10:00 на заседании диссертационного совета Д.208.110.01 в ФГБУ "Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения" Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ "ЦНИИОИЗ" Минздрава России) по адресу: 127254, г.Москва, ул. Добролюбова, 11.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ "ЦНИИОИЗ" Минздрава России по адресу: 127254, г. Москва, ул. Добролюбова, 11 и на сайте института: <http://www.mednet.ru/ru/dissertacionnyj-sovet/svedeniya-o-predstoyashhix-zashhitax.html>

Автореферат разослан « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2015 г.

Ученый секретарь  
диссертационного совета  
доктор медицинских наук, профессор

Тамара Павловна Сабгайда

## Общая характеристика работы

**Актуальность исследования** обусловлена тем, что с начала 2000-х годов в России ежегодно регистрируется более 450 000 новых случаев злокачественных новообразований. Постоянный рост абсолютного числа больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования объясняется, с одной стороны улучшением диагностики и учета, ростом среди населения доли лиц старшего возраста, с другой, истинным ростом заболеваемости злокачественными новообразованиями (Концепция развития здравоохранения до 2020 года).

Смертность населения России от онкологических заболеваний на 30% превышает этот показатель в странах Европейского Союза. Онкологические заболевания в России характеризуются высокой долей смертей в течение первого года после установления диагноза: например, от рака легкого в течение первого года после выявления умирает более половины пациентов (56%), от рака желудка — 55%, что свидетельствует о серьезных недостатках в системе выявления этих заболеваний среди населения. Мужчины трудоспособного возраста умирают от онкологических заболеваний почти в 2 раза чаще, чем женщины, но заболеваемость среди женщин выше (Концепция развития здравоохранения до 2020 года).

Распространенность, тяжесть и неблагоприятный прогноз злокачественных новообразований определяют их важную медико-социальную и экономическую значимость. Очевидно, что разработка стратегий профилактики факторов риска, включая раннее выявление онкологических заболеваний, меры медико-социальной и психологической поддержки пациентов будет способствовать уменьшению смертности от этой патологии.

Несмотря на успехи современной медицинской науки, совершенствование методов диагностики и лечения, улучшение ресурсной базы медицинских организаций, результаты лечения пациентов с онкологическими заболеваниями заметно не улучшаются. Более того, с течением времени наблюдается увеличение диспропорции между продолжающимся прогрессивным

совершенствованием методов специализированного лечения и отсутствием новых эффективных комплексных программ профилактики и реабилитации пациентов, больных злокачественными новообразованиями.

**Цель работы:** научно обосновать, разработать и реализовать на региональном уровне систему организационных мероприятий, повышающих эффективность профилактики онкологических заболеваний и реабилитации пациентов, страдающих от них.

Для достижения этой цели были поставлены следующие задачи:

1. Изучить частоту распространения онкологических заболеваний, а также инвалидность и смертность от этих болезней в Российской Федерации, регионах Северо–Кавказского федерального округа, Ставропольском крае и г. Ставрополе в динамике за 2003 – 2013гг.

2. Оценить имеющиеся ресурсы, необходимые для оказания онкологической и профилактической помощи населению Ставропольского края в динамике за 2003–2013гг.

3. Проанализировать частоту выявляемости злокачественных новообразований и факторов риска при проведении диспансеризации отдельных групп населения в Северо-Кавказском федеральном округе, Ставропольском крае и г. Ставрополе.

4. Провести социологическое исследование вовлеченности населения в программы профилактики онкологических заболеваний и уровень знаний жителей о профилактике злокачественных новообразований.

5. Оценить эффективность мер профилактики, в том числе скрининга онкологических заболеваний, осуществляемых в первичном звене здравоохранения на основе изучения мнения врачей.

6. Оценить мнение пациентов онкологического профиля о качестве их жизни, а также степени доступности онкологической помощи жителям Ставропольского края.

7. Разработать региональную модель профилактики онкологической патологии и реабилитации пациентов, перенесших онкологические заболевания на региональном уровне, и оценить ее эффективность.

**Научная новизна исследования** заключается в том, что впервые:

– представлены результаты комплексного социально-гигиенического исследования проблемы организации профилактической и реабилитационной помощи жителям Ставропольского края в отношении онкопатологии;

- по результатам комплексного эпидемиологического исследования изучена частота онкологических заболеваний, а также смертность от этих болезней в Российской Федерации, Северо–Кавказском федеральном округе, Ставропольском крае в динамике;

- проведена оценка ресурсов, необходимых для оказания онкологической помощи населению Ставропольского края;

- проведен анализ частоты выявляемости злокачественных новообразований и факторов риска при проведении диспансеризации отдельных групп населения в Северо-Кавказском федеральном округе, Ставропольском крае и г. Ставрополе;

- по результатам социологического исследования определены причины низкой эффективности профилактических и реабилитационных мероприятий в отношении онкопатологии;

- проведена оценка уровня знаний населения по вопросам профилактики онкологических заболеваний;

- изучено мнение населения о доступности качественной онкологической помощи населению;

- разработана, научно обоснована система организационных мероприятий, повышающих эффективность онкологической помощи на региональном уровне, и оценена ее эффективность.

**Научно – практическая значимость работы** определяется тем, что в результате проведенных исследований проблем организации профилактической и реабилитационной помощи пациентам онкологического профиля, разработаны предложения, позволяющие повысить эффективность проводимых профилактических и реабилитационных мероприятий в отношении онкопатологии.

Анализ частоты выявляемости злокачественных новообразований и факторов риска позволяет при проведении диспансеризации отдельных групп населения определить зоны неэффективности и повысить настороженность врачей в отношении выявления злокачественных заболеваний на ранних стадиях.

Оценка уровня знаний населения и врачей в области профилактики онкологических заболеваний позволяет определить недостатки в организации профилактической медицинской помощи жителям региона, а также определить адекватные меры по их устранению.

Оценка качества жизни пациентов онкологического профиля позволяет определить «пробелы» в организации программ реабилитации и внести соответствующие изменения в их содержание.

Предложенные организационные мероприятия (региональная модель профилактики и реабилитации) были внедрены в городе Ставрополе и Ставропольском крае и доказали свою эффективность, что следует из положительной динамики ряда показателей, прежде всего, снижения процента пациентов с запущенными формами онкозаболеваний.

### **Апробация результатов исследования**

Результаты исследования доложены и обсуждены на: Всероссийской научно-практической конференции хирургов, Пятигорск (2001); Всероссийской научно-практической конференции «Управление здравоохранением в современных условиях: проблемы и поиски решений», Краснодар (2006); 2-ом съезде колопроктологов России с международным участием, Уфа (2007); V межрегиональной научно-практической конференции Российского научного медицинского общества терапевтов с международным участием, Ставрополь (2011); 15-й ежегодной Неделе медицины Ставрополя, Ставрополь (2011); научно-практической конференции «Актуальные проблемы здоровьесбережения и медицинской профилактики», Ставрополь (2011); международном форуме «Инвестиции в человека», Кисловодск (2012); научно-практической конференции с международным участием «Медицинская реабилитация в колопроктологии», Ставрополь (2012); конференции молодых ученых

Ставропольского края «Инновации молодых ученых Ставрополя — России», Ставрополь (2012); международной конференции ВОЗ «Здоровые города», Санкт-Петербург (2012); международной конференции ВОЗ «Здоровые города», Измир (2013); международной конференции «Здоровая городская среда, здоровая жизнь и снижение неравенства в здоровье», Ставрополь, (2013); совместном заседании кафедр общественного здоровья и здравоохранения, организации здравоохранения, экономики и социальной работы, онкологии, хирургии, внутренних болезней СтГМУ, Ставрополь (2014).

### **Внедрение**

Положения диссертации использованы при подготовке: решений медицинских Советов управления здравоохранением администрации города Ставрополя в 2008-2012гг.; Приказа Министерства здравоохранения Ставропольского края от 15 июля 2010г. № 01-05/ 486 «Об установлении региональных медицинских стандартов при оказании медицинской помощи»; предложений в Программу модернизации здравоохранения Ставропольского края на 2011-2012гг. в части модернизации организации оказания онкологической помощи населению; лекций для руководителей органов управления здравоохранением муниципальных образований Ставропольского края.

Результаты исследования внедрены в работу: ГБУЗ СК «Ставропольский краевой клинический онкологический диспансер», РГБ ЛПУ «Карачаево-Черкесский онкологический диспансер имени С.П. Бутова», ГБУЗ СК «Пятигорский онкологический диспансер», ГБУЗ СК «Городской центр медицинской профилактики» города Ставрополя.

Кроме того, Министерством здравоохранения Ставропольского края утверждены методические рекомендации: «Актуальные вопросы профилактики некоторых онкозаболеваний и повышения качества жизни пациентов онкологического профиля» (К.Р. Амлаев, А.А. Койчуев, Н.А. Шибков, М.Г. Гевандова, З.Д. Махов, Ставрополь, 2012), «Приверженность лечению: причины и следствие» (К.Р. Амлаев, Н.А. Шибков, З.Д. Махов, А.А. Койчуев, Ставрополь, 2012), «Формирование грамотности в вопросах здоровья. Доказательные

рекомендации» (К.Р. Амлаев, С.М. Койчуева, М.Г. Гевандова, З.Д. Махов, А.А. Койчуев, Ставрополь, 2012), «Механизмы снижения неравенства в здоровье населения на муниципальном уровне (на примере г. Ставрополя)» (К.Р. Амлаев, Н.А. Шибков, А.В. Курбатов, А.А. Койчуев, Ставрополь, 2012),

**Основные положения, выносимые на защиту:**

- Результаты анализа частоты распространения онкологических заболеваний в Российской Федерации, регионах Северо–Кавказского федерального округа, Ставропольском крае и г. Ставрополе за 2003 – 2013 гг.

- Результаты анализа первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями в Северо-Кавказском федеральном округе и Ставропольском крае, выявленной при диспансеризации населения.

- Результаты анализа вовлеченности населения в программы профилактики и уровня их знаний о профилактике онкологических заболеваний по результатам социологического исследования.

- Результаты оценки эффективности мер профилактики, в том числе скрининга онкологических заболеваний, осуществляемых в первичном звене здравоохранения на основе изучения мнения врачей.

- Результаты оценки качества жизни пациентов онкологического профиля и степени доступности онкологической помощи жителям Ставропольского края на основе анкетирования пациентов.

- Региональная модель профилактики возникновения злокачественных новообразований и реабилитации пациентов, перенесших онкологические заболевания, и результаты оценки ее эффективности.

**Личный вклад автора в получение научных результатов, изложенных в диссертации.**

Диссертантом лично проведен глубокий анализ современной литературы по проблеме исследования и нормативных актов, регламентирующих вопросы организации онкологической помощи населению, разработаны анкеты, и проведено анкетирование врачей, пациентов. Автором самостоятельно разработаны программа и план исследования, проанализированы показатели, характеризующие частоту распространения онкологических заболеваний, оценка



показателей смертности от злокачественных новообразований, ресурсы онкологической службы, результаты диспансеризации отдельных групп населения. Автор организовал и принял участие в проведении социологического исследования вовлеченности населения в программы профилактики онкологических заболеваний и оценки уровня знаний о профилактике онкопатологии (доля участия 80%); Автор самостоятельно провел оценку эффективности мер профилактики, в том числе скрининга онкологических заболеваний, осуществляемых в первичном звене здравоохранения. Автором самостоятельно разработано три анкеты, участвовал в опросе с их помощью (85%) и лично оценил мнение пациентов онкологического профиля о качестве их жизни, а также степени доступности онкологической помощи жителям Ставропольского края. На основе полученных результатов автором лично сделаны выводы и сформулированы практические рекомендации, послужившие основанием для разработки региональной модели профилактики онкопатологии и реабилитации пациентов, перенесших онкологические заболевания. После внедрения модели автором лично проведена оценка ее эффективности.

#### **Публикации материалов исследования и апробация работы**

По теме диссертации опубликованы 28 научных работ, в том числе 15 статей - в изданиях, рекомендованных ВАК.

#### **Структура и объем диссертационной работы**

Диссертация изложена на 275 страницах основного текста, состоит из введения, 6 глав, выводов, практических рекомендаций; библиографического указателя, включающего 295 источников, в т. ч. 174 отечественных и 121 зарубежных авторов, 2 приложений. Работа иллюстрирована 79 таблицами, 59 рисунками.

#### **Содержание работы**

Во **введении** обоснована актуальность темы, определены цель и задачи, изложены научная новизна, научно-практическая значимость работы, представлены основные положения, выносимые на защиту, перечислены базы, где проводились апробация и внедрение результатов исследования.

**В первой главе** «Проблемы организации профилактической и реабилитационной помощи больным онкологического профиля» представлен обзор литературы и научных исследований, отражающих состояние проблемы и современный подход к улучшению профилактики онкологической патологии и реабилитации больных онкологического профиля. Зарубежные и отечественные исследователи подчеркивают, что стратегия и тактика борьбы со злокачественными новообразованиями складываются из ряда элементов, которые условно можно разделить на две группы.

К первой из них относятся профилактические программы, направленные на оздоровление внешней среды и борьбу с «вредными привычками», и тем самым опосредованно воздействующие на снижение частоты онкологических заболеваний и смертности от них.

Ко второй группе относится вся система мероприятий, препятствующих росту заболеваемости населения злокачественными заболеваниями, а именно: диспансерное наблюдение и оздоровление групп высокого риска заболевания, в первую очередь, больных с предопухолевыми процессами, лечение онкологических больных, диспансерное наблюдение за ними и реабилитация, имеющая в качестве конечной цели возвращение больных к прежнему образу жизни.

В доступной научной литературе недостаточно исследований, посвященных вопросам профилактики и реабилитации пациентов с целым рядом онкологических заболеваний, отсутствуют работы, описывающие организационно-функциональную модель профилактики и реабилитации пациентов онкологического профиля на основе принципа межсекторального сотрудничества.

**Во второй главе** дана характеристика базы исследования, описаны методы, изложены методика и этапы исследования.

В ходе исследования были использованы следующие методы: библиографический; исторический; статистический; социологический (анкетного опроса); экспертных оценок; аналитический, организационного эксперимента и научного прогнозирования (табл. 1).

**Предметом исследования** был процесс оказания профилактической и реабилитационной медицинской помощи больным онкологического профиля.

**Объект исследования** – медицинские организации, оказывающие помощь в амбулаторных условиях, и специализированные медицинские организации регионального уровня, оказывающие населению медицинскую помощь онкологического профиля.

**Субъекты исследования** - онкологические больные, врачи медицинских организаций, вовлеченные в процесс оказания профилактической и реабилитационной медицинской помощи больным онкологического профиля.

Источниками информации были отчетные формы федерального статистического наблюдения №14 "Отчет о контингентах больных, выбывших из стационара", №17 "Отчет о медицинских и фармацевтических кадрах", № 30 "Сведения о лечебно-профилактическом учреждении", №47 "Сведения о деятельности учреждений здравоохранения" за 2003 - 2013 гг.

Проведено крупномасштабное социологическое исследование. С целью выявления мнения населения о качестве и доступности онкологической помощи населению было проведено анкетирование 1000 пациентов онкологического диспансера Ставропольского края.

Количество проанкетированных пациентов соответствует количеству больных, находившихся на лечении в ГБУЗ «Ставропольский краевой онкологический центр» в период с марта по сентябрь 2012 года.

Исследование проводилось в виде: одномоментного количественного исследования и структурированного интервью (самозаполнение анкет).

С целью сравнения ответов медицинских профессионалов с данными, полученными в результате опроса пациентов, было проведено анкетирование врачей общей практики по вопросам данного исследования. Выборка составила 500 человек из 958 врачей города г. Ставрополя, что составило 52,2% от их общего количества. Исследование проводилось в 6 муниципальных поликлиниках и 3 муниципальных больницах города Ставрополя, обслуживающих взрослое население.

Таблица 1

## Материал и методы исследования

<b>Цель:</b> научно обосновать, разработать и реализовать на региональном уровне систему организационных мероприятий, повышающих эффективность профилактики онкологических заболеваний и реабилитации пациентов, страдающих от них		
<b>Задачи</b>	<b>Материалы</b>	<b>Методы</b>
Изучить частоту распространения онкологических заболеваний, а также инвалидность и смертность от этих болезней в Российской Федерации, Северо-Кавказском федеральном округе, Ставропольском крае и г. Ставрополе в динамике за 2003 – 2013гг.	<p>Формы Федерального статистического наблюдения по Российской Федерации, Ставропольскому краю и Ставрополю за 2003-2013гг., по СКФО за 2008-2013гг.:</p> <p>Форма № 12 «Отчет о числе заболеваний, зарегистрированных в районе обслуживания лечебного учреждения» - всего 33 отчета;</p> <p>Формы № 51С и 52С Росстата – всего 33 отчета;</p> <p>Форма № 7- собес – всего 33 отчета.</p>	аналитический, библиографический, исторический, статистический
Оценить имеющиеся ресурсы, необходимые для оказания онкологической и профилактической помощи населению Ставропольского края в динамике за 2003–2013гг.	<p>Форма № 30 «Сведения о лечебно-профилактическом учреждении» по Российской Федерации, Ставропольскому краю (2003-2013гг.), СКФО (2008-2013гг.), базовым стационарам г. Ставрополя – ГБ №2, ГБ №3, ГБ №4 (2003 - 2013гг.) – всего 29 отчетов;</p> <p>Форма №14 «Сведения о деятельности стационара» по Российской Федерации, Ставропольскому краю (2003-2013 гг.), СКФО (2008-2013гг.), базовым стационарам г. Ставрополя – ГБ №2, ГБ №3, ГБ №4 (2003 и 2013 гг.) – всего 29 отчетов.</p>	аналитический, статистический экспертный
	<p>Форма № 47 «Сведения о сети и деятельности учреждений здравоохранения» по Российской Федерации, Ставропольскому краю (2003-2013гг.), СКФО (2008-2013гг.) – всего 33 отчета;</p> <p>Форма № 30 «Сведения о лечебно-профилактическом учреждении» по Российской Федерации, Ставропольскому краю (2003-2013гг.), СКФО (2008-2013 гг.)– всего 29 отчетов;</p> <p>Форма № 17 «Сведения о медицинских и фармацевтических кадрах» по Российской Федерации, Ставропольскому краю (2003-2013 гг.), СКФО (2008-2013гг.), базовым стационарам г.</p>	аналитический, статистический, экспертных оценок

	Ставрополя – ГБ №2, ГБ №3, ГБ №4 (2003- и 2013гг.) – всего 29 отчетов; Форма №14 «Сведения о деятельности стационара» по Российской Федерации, Ставропольскому краю (2003-2013гг.), СКФО (2008-2013гг.)– всего 29 отчетов.	
Проанализировать частоту выявляемости злокачественных новообразований и факторов риска при проведении диспансеризации отдельных групп населения в Северо-Кавказском федеральном округе, Ставропольском крае и г. Ставрополе	Отчетная форма N 131/о «Сведения о диспансеризации определенных групп взрослого населения» - всего 24 формы	социологический, статистический, аналитический
Провести социологическое исследование вовлеченности населения в программы профилактики онкологических заболеваний и уровень знаний жителей о профилактике злокачественных новообразований	Анкеты пациентов онкологического профиля – 1000 анкет	социологический, статистический, аналитический
Оценить эффективность мер профилактики, в том числе скрининга онкологических заболеваний, осуществляемых в первичном звене здравоохранения на основе изучения мнений врачей	Анкеты врачей, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях – 500 анкет	аналитический, социологический, статистический
Оценить мнение пациентов онкологического профиля о качестве их жизни, а также степени доступности онкологической помощи жителям Ставропольского края	Анкеты пациентов онкологического профиля – 1000 анкет	аналитический, социологический
Разработать региональную модель профилактики онкологической патологии и реабилитации пациентов, перенесших онкологические заболевания на региональном уровне, и оценить ее эффективность	Данные исследования, изложенные в предыдущих главах.  Данные работы фокус – групп: экспертов-врачей -20 человек пациентов онкологического профиля – 30 человек	организационного эксперимента и научного прогнозирования, экспертных оценок

Для ввода результатов опроса была создана электронная база данных. Ввод в базу осуществлялся оператором. Усредненные значения указывались вместе со стандартными ошибками средних. Оценка различий в ответах пациентов производилась в зависимости от их принадлежности к половозрастным группам, социальным группам, уровня образования, места проживания, нозологии, уровня материального благосостояния и от других характеристик. Работа с большими базами первичной информации определила выбор методов, реализация которых стала возможна на основе алгоритмического и программного обеспечения пакетов статистических программ SPSS – 12 версии.

На основе полученных в ходе социологического исследования данных, проведенного организационного эксперимента и обобщения административного опыта была разработана модель организации профилактической и реабилитационной медицинской помощи больным онкологического профиля на региональном уровне, а затем была проведена оценка эффективности внедрения организационно-функциональной модели оказания профилактической и реабилитационной медицинской помощи больным онкологического профиля на региональном уровне с помощью «фокус - групп» врачей – экспертов и пациентов онкологического профиля.

Базой исследования был выбран Ставрополь – административный центр Ставропольского края, где проживает более 13% населения края. Численность постоянного населения Ставрополя на конец 2013 года составила 405,1 тысячи человек.

В 2013 г. в г. Ставрополе отмечался естественный прирост населения за год на 3,7%, показатель рождаемости превышал показатель смертности. Ресурсы здравоохранения города в 2013 г. были представлены 20 учреждениями, из которых: больничных - 6, в том числе городских больниц – 3, инфекционная – 1, детская больница -1, роддом – 1; поликлинических – 11, в том числе для взрослых – 5, для детей – 2, стоматологических для взрослых – 1, физиотерапевтическая – 1, хозрасчетная поликлиника – 1, женская

консультация «Визит»; самостоятельная станция скорой помощи с 3 подстанциями; Дом ребенка.

Кроме того, медицинскую помощь жители города получают в двух краевых больницах для взрослых и детей, в шести специализированных диспансерах.

*Стационарную медицинскую помощь* населению края в 2013 году оказывали медицинские учреждения и медицинские организации с общим коечным фондом 20252 круглосуточные койки, в том числе в системе ОМС функционировало 16567 коек (81,8 процента). В отчетном году в стационарных условиях пролечено 593,7 тыс. человек, в том числе в системе ОМС – 558,6 тыс. человек, или 94,1 процента (в 2009 году – соответственно 598,5 тыс. и 557,3 тыс. человек).

В стационарах больными проведено 6973,6 тыс. койко-дней, что составило 103,6 процента к утвержденному объему и 94,6 процента к уровню 2009 года (7373,7 тыс. койко-дней), в том числе в системе ОМС – 5721,2 тыс. койко-дней, что составило 105,5 процента к утвержденному объему и 96,4 процента к уровню 2009 года. В расчете на 1 жителя края в год проведено 2,576 койко-дня, или 92,7 процента от федерального норматива (2,78 койко-дня) и 99,4 процента от территориального норматива (2,592 койко-дня), в том числе по ОМС – 2,113 койко-дня, или 111,6 процента от федерального норматива (1,894 койко-дня) и 100,2 процента от территориального норматива (2,109).

Средняя длительность лечения одного больного в стационарах снизилась, по сравнению с прошлым годом, и составила 11,7 дня, в том числе в системе ОМС – 10,2 дня (в 2009 году – соответственно 12,3 и 10,6 дня).

На лечение больных в стационарах израсходовано 6995,5 млн. руб., в том числе 4975,3 млн. руб. за счет средств ОМС (71,1%) Стоимость лечения одного больного составила в среднем 11782 руб., в том числе за счет средств ОМС – 8907 руб. (в 2009 году – соответственно 11868 руб. и 8498 руб.). Средняя стоимость одного койко-дня составила 1003,1 руб. при плане 1093,9 руб. (в

2009 году – 963,4 руб.), в том числе за счет средств ОМС – 917,4 руб. при плане 936,8 руб.

Финансовое обеспечение Программы из расчёта на одного жителя значительно варьирует по городам и районам края. Самое высокое подушевое финансирование в Ессентуках – 5805,3 руб., Георгиевске – 4178,9 руб. и Невинномысске – 4139,9 руб., Буденновском районе – 40705,5 руб. Самое низкое – в Шпаковском (1705,9 руб.) и Георгиевском (1392,5 руб.) районах. В городе Ставрополе оно составило 3920,9 руб.

**В третьей главе** «Частота распространения онкологических заболеваний и обеспеченность ресурсами, необходимыми для оказания онкологической помощи населению Российской Федерации, СКФО и Ставропольского края» представлен анализ заболеваемости и смертности населения Российской Федерации, СКФО и Ставропольского края от онкологических заболеваний в динамике, а также анализ обеспеченности ресурсами онкологической помощи и эффективности их использования.

В результате исследования установлено, что в Российской Федерации абсолютное число заболевших в 2013 г. онкологическими заболеваниями было на 15,2% больше, чем в 2003 г. Диагноз злокачественного новообразования был подтвержден морфологически в 87,7% случаев (2000 г. – 76,6%). При этом низкий удельный вес морфологической верификации диагноза наблюдается при опухолях трахеи, бронхов, легкого (63,0%), пищевода (81,7%), ободочной кишки (85,9%), желудка (87,0%). Выявляемость больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования на ранних стадиях опухолевого процесса (I-II) в 2013 г. составила всего 51,2% (в 2000 г. – 39,8%), в III – 21,2% (в 2000 г. – 26,9%). Тем не менее, отмечается рост на 8% процентов выявляемости онкологических заболеваний на ранних стадиях.

Выявлено, что структура онкологической заболеваемости у мужчин и женщин отличается. Если у мужчин злокачественные опухоли органов мочеполовой системы, составляют 19,9% всех злокачественных новообразований, то у женщин злокачественные новообразования органов



репродуктивной системы (37,6%), при этом опухоли половых органов составляют 17,1% всех злокачественных новообразований у женщин.

Максимальное число заболевших приходится на возрастную группу 70-74 года: у мужчин – 18,4%, у женщин – 16,5%. Различия в возрастной структуре заболеваемости мужского и женского населения проявляются отчетливо после 30 лет. Удельный вес больных в возрасте 30-49 лет в группе заболевших женщин (14,1%) выше, чем в группе заболевших мужчин (9,1%). В возрастной группе 60 лет и старше диагностируются 64,7% случаев заболевания в мужской и 60,4% - в женской популяциях. Рост доли лиц пожилого возраста более выражен в женской популяции в связи с аномально высокой смертностью мужчин трудоспособного возраста от неонкологических заболеваний (прирост абсолютного числа заболевших мужчин старше 60 лет по сравнению с уровнем 2000 г. составил 6,3%, что ниже аналогичного показателя для женщин – 14,8%).

У всех заболевших в возрасте до 30 лет наиболее часто развиваются гемобластозы (32,0%), злокачественные опухоли головного мозга и других отделов нервной системы (9,9%), шейки матки (7,6%), щитовидной железы (5,9%), яичника (4,1%), мягких тканей (4,0%), костей и суставных хрящей (3,7%), почки (2,9%).

В возрастной группе 30-59 лет наибольший удельный вес имеют злокачественные новообразования молочной железы (15,2%), трахеи, бронхов, легкого (10,7%), кожи (10,0%), желудка (6,4%), кроветворной и лимфатической ткани (4,9%), ободочной кишки (4,5%). В структуре заболеваемости лиц пожилого возраста (60 лет и старше) преобладают опухоли кожи (16,6%), трахеи, бронхов, легкого (11,5%), молочной железы (8,9%), желудка (8,6%).

Структура заболеваемости злокачественными новообразованиями мужчин в возрасте 30-59 лет принципиально отличается от структуры заболеваемости женщин того же возраста. У мужчин доминируют новообразования трахеи, бронхов, легкого (20,9%), желудка (9,6%), кожи (9,5%), почки (6,2%), лимфатической и кроветворной ткани (6,0%). У женщин – опухоли молочной железы (27,4%), кожи (10,3%), шейки (9,6%), и тела (8,7%)

матки. Злокачественные новообразования трахеи, бронхов, легкого, занимающие первое место в структуре заболеваемости мужчин в возрасте 60 лет и старше (19,4%), не входят в число 5 ведущих локализаций у женщин. Удельный вес новообразований желудка (9,6% у мужчин и 4,5% у женщин) определяет их значимость в старшей возрастной группе. Опухоли кожи (с меланомой) в возрастной группе 60 лет и старше имеют более высокий удельный вес у женщин (20,2%) по сравнению с мужчинами (12,5%).

Прирост онкологической заболеваемости в значительной мере определен неблагоприятным направлением демографических процессов в популяции России, обусловившим «постарение» населения. Наиболее высокий уровень показателей заболеваемости злокачественными новообразованиями традиционно отмечается в ряде административных территорий страны, среди населения которых велик удельный вес старших возрастных групп.

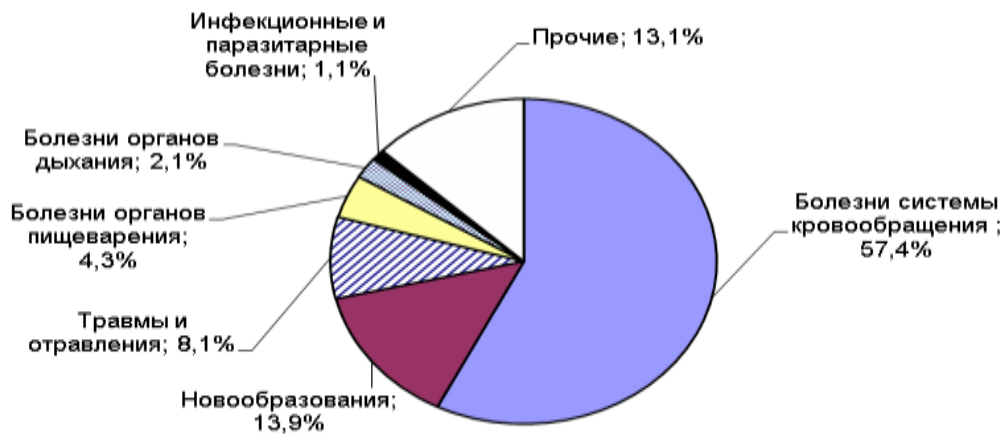
Максимальные показатели суммарной онкологической заболеваемости отмечены в Рязанской (461,2), Пензенской (448,4), Ярославской (443,2), Тамбовской (438,5) областях. Минимальные показатели отмечены в республиках Ингушетия (113,6), Дагестан (140,3), Тыва (162,4), Саха – Якутия (213,8), Марий Эл (222,1).

Абсолютное число заболевших в онкологическими заболеваниями 2013 г. было на 15,2% больше, чем в 2003 г. Диагноз злокачественного новообразования был подтвержден морфологически в 87,7% случаев (2000 г. – 76,6%). При этом низкий удельный вес морфологической верификации диагноза наблюдается при опухолях трахеи, бронхов, легкого (63,0%), пищевода (81,7%), ободочной кишки (85,9%), желудка (87,0%). Выявляемость больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования на ранних стадиях опухолевого процесса (I-II) в 2013 г. составила всего 51,2% (в 2000 г. – 39,8%), в III – 21,2% (в 2000 г. – 26,9%). Тем не менее, отмечается рост на 8% процентов выявляемости онкологических заболеваний на ранних стадиях.

Анализ основных показателей онкологической помощи населению субъектов СКФО свидетельствует о том, что по показателю морфологической верификации диагноза у вновь выявленных больных наш регион занимал третье место - 84,9 %, уступая только Северной Осетии-Алании – 90,5% и КЧР. В Российской Федерации в целом данный показатель составляет 87,7%.

По показателю выявляемости пациентов с ранней стадией онкологического заболевания Ставропольский край занимал третье место – 57,3 %, уступая Дагестану и Чечне – 73,6% и 59,3% соответственно. В Российской Федерации только 45,2% пациентов выявлены на ранней стадии онкологического заболевания.

При сравнении структуры смертности населения РФ и Ставропольского края по основным классам болезней в 2013 г. установлено, что вклад онкологических заболеваний в структуру смертности в РФ равен 14,5%, Ставропольском крае – 13,9%, Ставрополе -16%. (рис. 1).



**Рис. 1. Структура общей смертности населения Ставропольского края по основным классам болезней, 2013 год (доля от общего числа умерших в процентах).**

Таким образом, современное состояние проблемы онкологической заболеваемости в Российской Федерации и Ставропольском крае характеризуется ростом заболеваемости у обоих полов, незначительным

увеличением процента морфологической верификации онкологической патологии, существенной разницей в структуре заболеваемости у мужчин и женщин, увеличением доли онкозаболеваний репродуктивной системы как у мужчин, так и у женщин. Особенностью Ставропольского края является некое «промежуточное» положение при ранжировании по критериям, характеризующим состояние онкологической заболеваемости и смертности в регионах СКФО и ЮФО.

Ранжирование причин общей смертности и смертности населения Ставропольского края в трудоспособном возрасте дано в таблице 2.

**Таблица 2**

**Ранжирование причин общей смертности и смертности населения трудоспособного возраста**

Ранговое место	Структура причин		
	Общей смертности населения	Смертности населения в трудоспособном возрасте	Смертности населения в младшем трудоспособном возрасте (15-39 лет)
I	Болезни системы кровообращения	Болезни системы кровообращения	Травмы и отравления
II	<b>Новообразования</b>	<b>Новообразования</b>	Болезни системы кровообращения
III	Травмы и отравления	Травмы и отравления	Болезни системы пищеварения
IV	Болезни органов пищеварения	Болезни органов пищеварения	Инфекционные и паразитарные болезни
V	Болезни органов дыхания	Инфекционные и паразитарные болезни Травмы и отравления	<b>Новообразования</b>

Из данных таблицы следует, что новообразования занимают 2 ранговое место в структуре причин общей смертности и второе место среди причин смертности трудоспособного населения. Только в младшем трудоспособном возрасте (от 15 до 39 лет) в структуре причин смертности класс новообразований занимает 5 ранговое место.

Заболеваемость злокачественными новообразованиями увеличилась в 2013 году в 12 территориях края. Значительно выше, чем по краю, уровень заболеваемости в г. Невинномысске – 427,0 и районах: Красногвардейском – 444,0, Новоалександровском – 429,0, Советском – 415,0.

Доля впервые выявленных больных в IV клинической группе в крае в 2013 году увеличилась и составила 22,3% (в 2012 – 21,1 %).

Значительно выше, чем по краю (22,3 %), доля выявленных больных с IV клинической группой в г. Лермонтове – 32,4%, и Степновском районе – 33,3%, значительно ниже – в Минераловодском– 13,3% и Левокумском – 14,6% районах.

Важнейшим объективным показателем качества медицинской помощи является летальность в стационарах. Летальность при онкологических заболеваниях существенно не изменилась и колебалась в пределах 1,1 – 2,0%, что значительно ниже, чем, например, при туберкулезе органов дыхания.

Среди причин первичной инвалидности в трудоспособном возрасте преобладают болезни системы кровообращения – 40,9 %, злокачественные новообразования – 20,4 %, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – 8,1%, психические расстройства – 5,5%, травмы и отравления – 5,2 % (рис. 2).



Рис. 2. Структура причин первичной инвалидности в трудоспособном возрасте с 18 лет, 2013 год.

Таким образом, для Ставропольского края характерны:

- неоднородность распространения онкологических заболеваний в различных его территориях;
- различный уровень выявляемости онкологических заболеваний в IV стадии в зависимости от района проживания;
- более высокие показатели заболеваемости новообразованиями кожи и щитовидной железы, что, очевидно вызвано региональными геоклиматическими особенностями Ставропольского края – высокой инсоляцией и эндемичной ситуацией по дефициту йода.

**В четвертой главе** «Частота выявляемости злокачественных новообразований и факторов риска при проведении диспансеризации отдельных групп населения в Северо-Кавказском федеральном округе, Ставропольском крае и г. Ставрополе» изучена характеристика заболеваемости злокачественными новообразованиями в СКФО накануне проведения диспансеризации отдельных групп взрослого населения, и проведен анализ выявления злокачественных новообразований при диспансеризации населения СКФО в 2013г.

На основании представленных данных в 2012 г. накануне всеобщей диспансеризации в Ставропольском крае отмечалась наиболее высокая заболеваемость злокачественными новообразованиями (стандартизованный показатель 226,03 на 100 тысяч населения) среди субъектов СКФО. Показатель заболеваемости ЗН в 1,3 раза выше у мужчин, чем у женщин (267,54 и 205,51 на 100 тысяч населения соответственно).

Наиболее высокие показатели заболеваемости у мужчин приходятся на рак трахеи, бронхов, легкого (50,71 на 100 тысяч мужского населения), второе место занимает рак предстательной железы (25,08), третье – рак желудка (18,98), четвертое и пятое – рак толстого кишечника (ободочная кишка – 16,96; прямая кишка, ректосигмоидное соединение и анус – 14,8).

У женщин наиболее высокий уровень стандартизованного показателя приходится на рак молочной железы (42,48 на 100 тысяч женского населения) и

другие репродуктивные органы (тело матки – 15,76; шейка матки – 13,27; яичник – 10,88). Среди органов пищеварения наиболее высокий показатель заболеваемости ЗН приходится на рак ободочной кишки (12,15 на 100 тысяч женского населения). По сравнению с мужчинами заболеваемость ЗН трахеи, бронхов и легкого у женщин ниже в 6,7 раза, пищевода – в 5,3 раза, желудка – в 2,6 раза, поджелудочной железы, почки – в 2,2 раза, прямой кишки – в 1,2 раза.

Анализ результатов диспансеризации 2013 г. показал, что только в двух субъектах Северо-Кавказского федерального округа – Республике Дагестан и Ставропольском крае выявляемость злокачественных новообразований была наиболее высокой. в других субъектах Северо-Кавказского федерального округа низкий уровень выявления онкологических заболеваний может объясняться различными причинами, в том числе и организационными.

Неравномерность выявления злокачественных новообразований в субъектах СКФО при проводимой диспансеризации населения в 2013 г. является результатом многих причин. Среди основных, с одной стороны, – ресурсное обеспечение (кадры, материальное обеспечение медицинских организаций, проводивших диспансеризацию и организационное обеспечение), с другой, – население, к которому относятся медицинская активность и возрастная структура.

Изучение удовлетворенности респондентов проведением диспансеризации проводилось на основании оценки их отношения к диспансеризации изначально (наличие ожиданий) и степени реализации ожиданий у тех лиц, которые имели положительный настрой на диспансеризацию. В среднем 12,8% жителей г. Ставрополя не связывали никаких ожиданий с прохождением диспансеризации. Среди остальных около 60,0% отметили реализацию их ожиданий в полном объеме, у остальных ожидания в основном оправдались. Негативную оценку дали только около 3,0% респондентов, что позволяет говорить о достаточно высоком уровне удовлетворенности населения, который корреспондирует с данными Минздрава России.

В пятой главе «Оценка эффективности организации онкопрофилактической и онкорекабилитационной помощи» представлены результаты многовекторного социологического исследования предикторов, факторов риска онкологических заболеваний, а также качества и доступности медицинской и медико-социальной помощи вышеназванным категориям пациентов. Особого внимания заслуживает блок данных, характеризующих качество и доступность качественной онкологической помощи.  $29,8 \pm 1,7\%$  респондентов отметили, что испытывают сложности при устройстве в онкологический стационар, а  $21,7 \pm 2,0\%$  затруднились ответить на этот вопрос.

Таким образом, доступность онкологической помощи населению региона остается невысокой. Чем выше уровень благосостояния, тем легче пациентам устроиться в стационар. Ответ «легко» дали 31,3% респондентов из подгруппы «тратящие менее половины дохода»; 16,4% - из подгруппы «тратящие около половины дохода» и 14,3% опрошенных в подгруппе «тратящие более половины дохода». Очевидно, что фактор «материальное благополучие» прямо или косвенно отражается на доступности онкологической помощи населению (рис. 3).

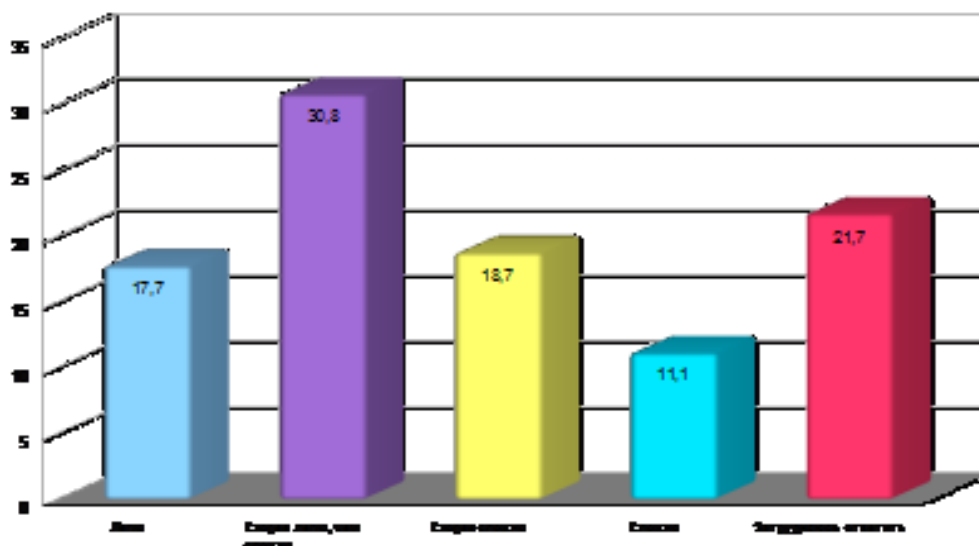


Рис. 3. Оценка доступности госпитализации в стационар (%).



Для получения более полной информации о поведении, связанном с поддержанием личного здоровья, респонденты были опрошены на предмет доверия официальной медицине. Косвенно о неудовлетворенности медицинской помощью в целом говорят и следующие данные.

Так, среди респондентов полностью доверяют официальной медицине  $49,5 \pm 2,4\%$ , с оговорками доверяют  $36,2 \pm 2,3\%$ ; почти  $4 \pm 0,6\%$  опрошенных вообще не доверяют системе здравоохранения. При этом  $2 \pm 0,7\%$  респондентов ходят к экстрасенсам,  $12,9 \pm 1,6\%$  полагаются на священников,  $39,3 \pm 2,3\%$  - пользуются лечебными травами. Учитывая специфику патологии респондентов, полученные данные вызывают озабоченность в отношении адекватности поведения, связанного со здоровьем у онкологических пациентов (рис. 4).

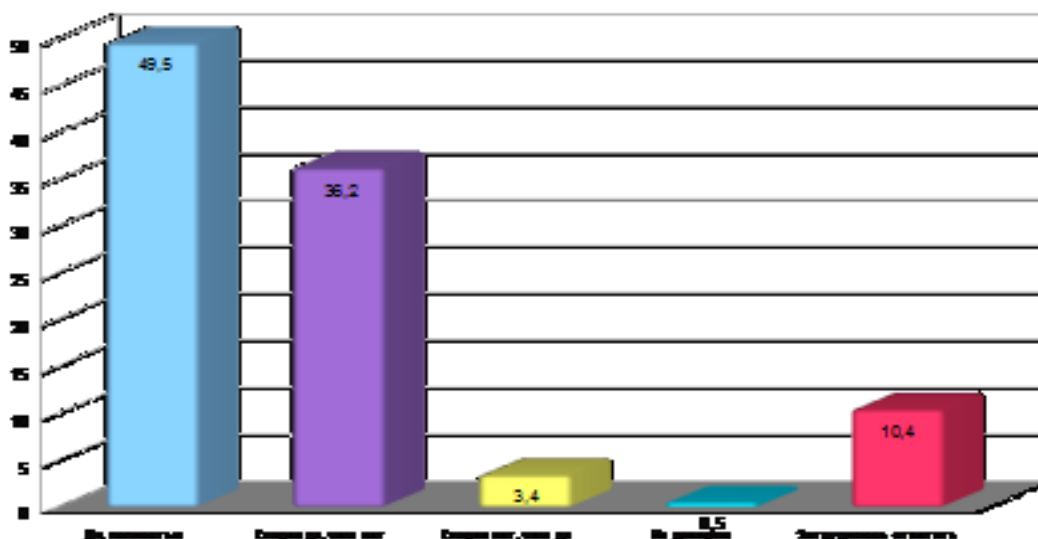
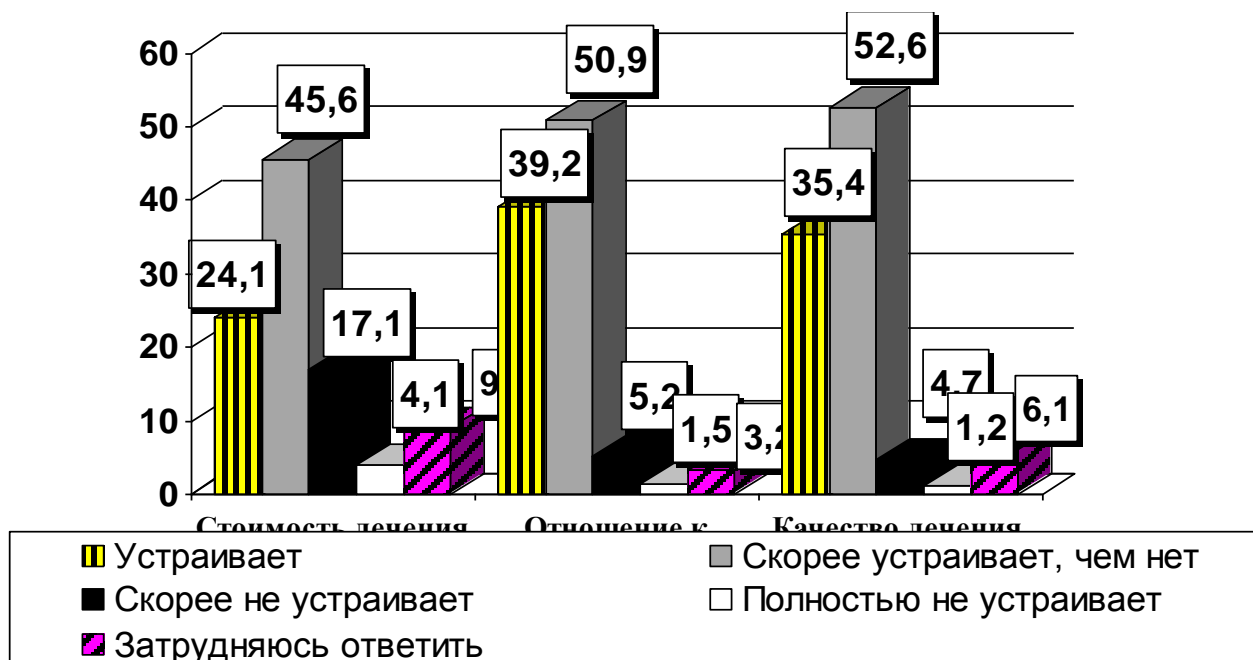


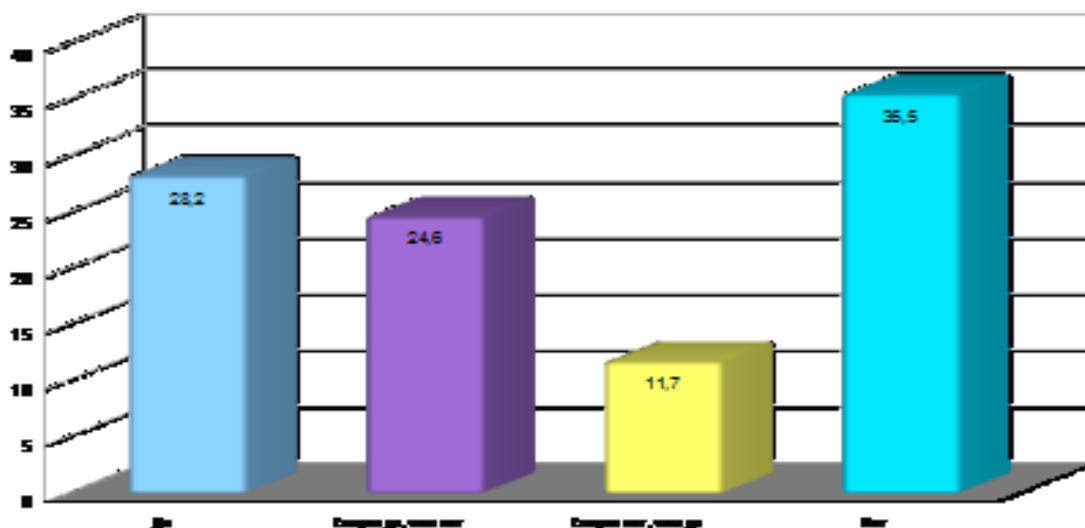
Рис. 4. Доля респондентов, доверяющих официальной медицине (%).

Качество работы стационара пациенты оценили следующим образом: стоимость лечения не устраивает и, скорее, не устраивает  $21,2 \pm 1,3\%$  пациентов; отношение к пациентам –  $6,7 \pm 0,8\%$ ; качество лечения -  $5,9 \pm 0,7\%$  (рис. 5).



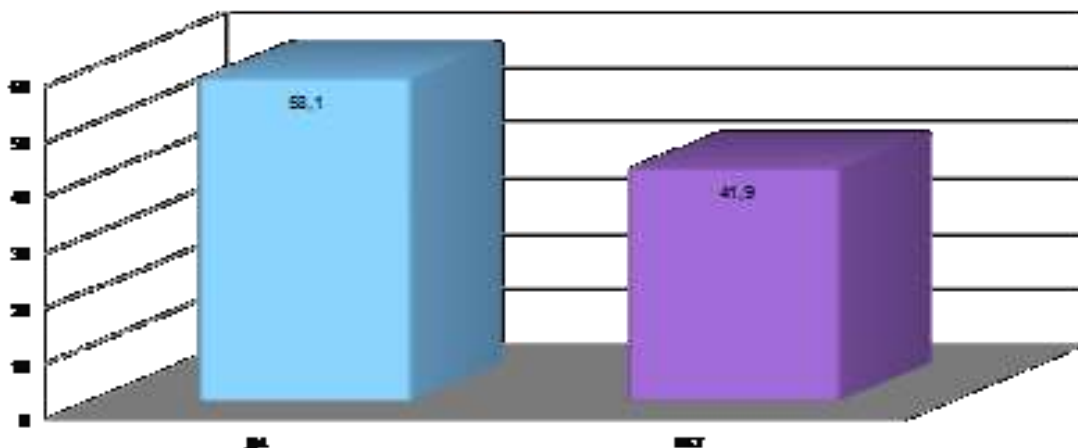
**Рис. 5. Распределение респондентов по оценке качества работы стационара**

В ходе исследования установлено, что заболевание оказывает негативное воздействие на психологический статус респондентов, более половины респондентов нуждаются в психологической помощи –  $52,8 \pm 2,1\%$  (рис. 6).



**Рис. 6. Процент респондентов, желающих получить психологическую помощь.**

Несмотря на наличие у респондентов онкологического заболевания им был задан вопрос о нуждаемости в информации о здоровом образе жизни. При этом  $58,1 \pm 2,4\%$  опрошенных ответили, что хотели бы получать информацию о здоровом образе жизни (рис. 7).



Средняя ошибка выборки 2,4

**Рис. 7. Процент пациентов, нуждающихся в информации о ЗОЖ.**

Предметом изучения было и качество сбора анамнеза в отношении факторов риска, в том числе наличия наследственных предрасположений. При этом  $22 \pm 1,2\%$  врачей признались, что собирают анамнез поверхностно. Важнейшим элементом медицинской профилактики является проведение медицинского скрининга. Однако только  $56 \pm 1,5\%$  врачей соблюдают правила медицинского скрининга в соответствии со стандартами, причем  $20,6 \pm 1,2\%$  врачей направляют на медицинский скрининг не в соответствии со стандартами;  $18 \pm 1,1\%$  направляют редко по причине отсутствия направлений на обследование, а  $1,1 \pm 0,3\%$  по причине нехватки времени.

В ходе исследования было установлено, что среди важных проблем оказания онкопрофилактической помощи населению выделяются незнание врачами первичного звена здравоохранения вопросов скрининга на онкологические заболевания, низкое качество сбора анамнеза, в том числе

наследственных предрасположений, а также неопределенность в отношении этических вопросов по проблеме онкопатологии.

**В шестой главе** «Усовершенствованная модель оказания профилактической и реабилитационной помощи больным онкологического профиля на региональном уровне и оценка ее эффективности» определены так называемые «болевые точки» в оказании населению региона онкопрофилактической и онкорехабилитационной помощи.

Выявленные проблемы систематизированы по следующим направлениям:

- эпидемиологические проблемы онкопатологии: рост общей заболеваемости раком и некоторыми нозологическими формами, в частности;
- дифференциация между территориями края по онкологической заболеваемости;
- недостаточность ресурсов для оказания онкологической помощи (кадры и мощности);
- дифференциация между территориями края по результатам медицинских и реабилитационных мероприятий;
- низкий уровень медицинской и экологической грамотности населения;
- поздняя обращаемость за медицинской помощью;
- слабая подготовка врачей по вопросам медицинской профилактики в целом и профилактики онкопатологии в частности.

Для оптимизации оказания онкопрофилактической и онкорехабилитационной помощи в Ставропольском крае была предложена организационно-функциональная модель, которая была детализирована в соответствии с этапами ее оказания.

I этап - первичная профилактика – предупреждение возникновения заболевания, коррекция факторов риска, повышение грамотности в вопросах здоровья;

II этап - вторичная профилактика - предупреждение осложнений: уменьшение степени тяжести заболевания, профилактика метастазирования

(ранняя диагностика + комплексное лечение: хирургическое, химиотерапевтическое, радиологическое);

III этап – третичная профилактика (реабилитация) – восстановление соматического, психического здоровья + трудовая и социальная реабилитация;

IV этап – обеспечение гуманного ухода из жизни (рациональное эффективное обезболивание, медицинский уход, духовная поддержка).

Первый этап включает в себя:

- мониторинг, анализ и картирование онкозаболеваемости в регионе;
- изучение и анализ комплекса канцерогенных факторов, способствующих поддержанию высокого уровня заболеваемости раком в территориях онкологического риска;

- обучение врачей и средних медицинских работников на курсе «Медицинская профилактика неинфекционных заболеваний»;

- организацию в средствах массовой информации коммуникационной кампании для широких слоев населения по вопросам формирования здорового образа жизни, отказа от зависимостей, коррекции факторов риска, экологического мышления и экологической грамотности, пропаганды необходимости прохождения профилактических медицинских осмотров, медицинского скрининга, диспансеризации, посещения центров здоровья;

- разработку и распространение информационных материалов о факторах риска онкологических заболеваний и способах их коррекции, доказательные данные в отношении медицинского скрининга (время, кратность его проведения), необходимости посещения центров здоровья.

Второй этап включает:

- постоянное информирование в средствах массовой информации о неэффективности (вреде) методов профилактики, диагностики и лечения больных злокачественными новообразованиями, не используемых в официальных учреждениях онкологического профиля;

- осуществление сбора онкологического анамнеза (в том числе семейного) в ходе массовых профилактических осмотров с целью улучшения

раннего выявления опухолевых заболеваний, направление на медицинский скрининг обследуемых в соответствии с существующими рекомендациями Министерства здравоохранения России и Всемирной организации здравоохранения;

- контроль соблюдения «Стандартов объемов медицинской помощи ЛПУ по выявлению и оказанию медицинской помощи онкологическим больным», утвержденных МЗ РФ;

- методическое руководство и сотрудничество краевого онкологического центра с городскими и районными ЛПУ Ставропольского края, совместное формирование групп повышенного онкологического риска с целью выявления предопухолевых и раннего выявления опухолевых заболеваний;

- диспансерное наблюдение и лечение выявленных больных с хроническими заболеваниями, а также с предопухолевыми и опухолевыми;

- повышение доступности качественной профилактической, лечебной и реабилитационной помощи онкологического профиля.

Этап III – третичная профилактика (реабилитация) основывается на следующих принципах:

- Раннее начало – означает, что реабилитация должна начинаться с момента попадания пациента в лечебное учреждение и сопровождать его даже в период активных медицинских действий, который осуществляются с учетом наименьших возможных последствий для его адаптации.

- Континуум реабилитации – означает ее непрерывность, преемственность на всех этапах ее осуществления.

- Комплексность реабилитации.

- Индивидуальный подход.

- Доступность (территориальная, ценовая, организационная, временная).

- Обеспечение трудоспособности пациентов как части программы реабилитации.

- Ресоциализация пациентов, в том числе рациональное трудоустройство после курса реабилитации.

Этап IV – обеспечение гуманного ухода из жизни - включает:

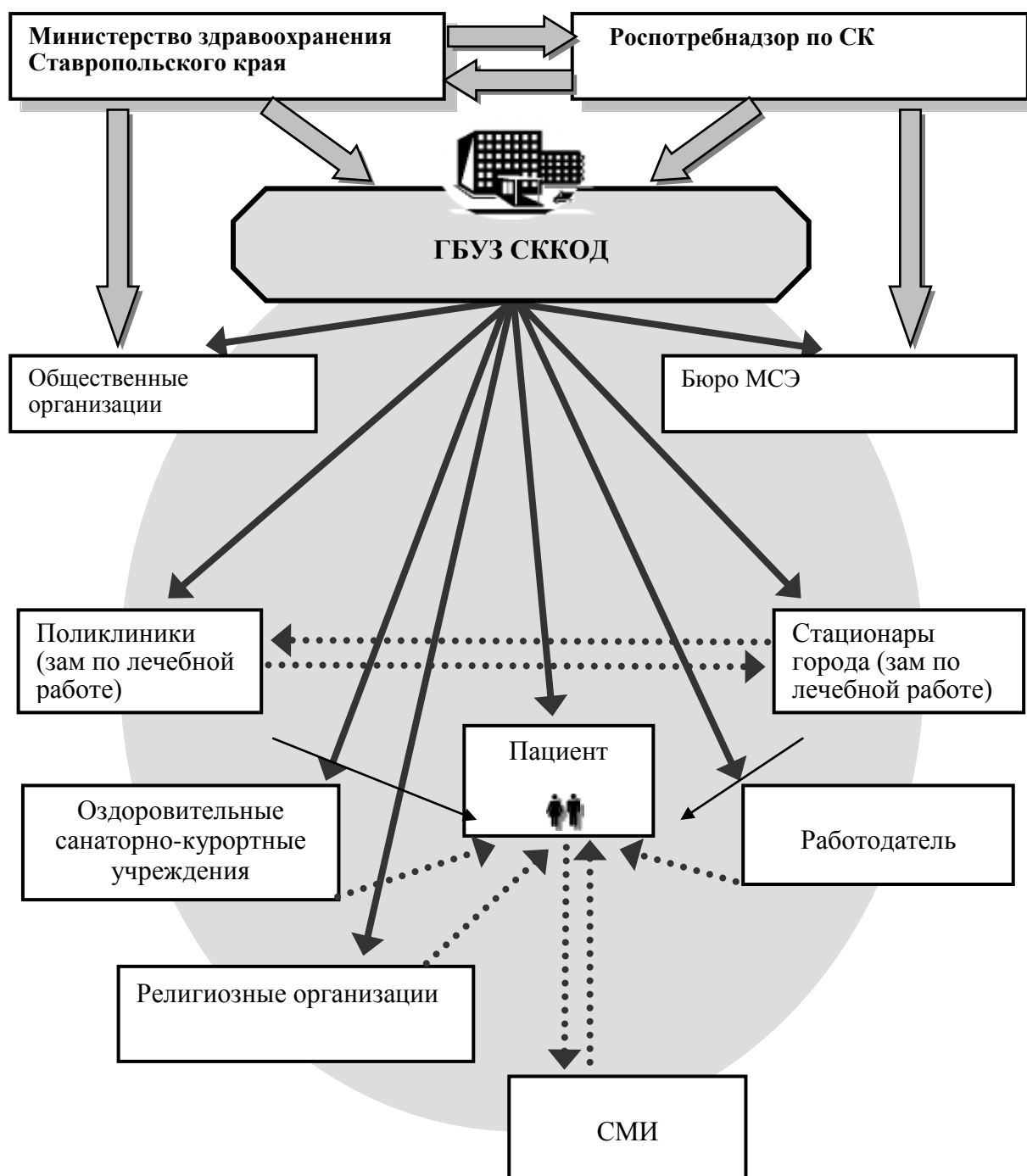
а) обеспечение максимально возможного в сложившихся условиях объема паллиативной и симптоматической помощи онкобольным;

б) формирование эффективного межсекторального сотрудничества с организациями различного типа, в чью сферу деятельности входит оказание помощи пациентам онкологического профиля или помощи социально уязвимым группам населения. В их число могут входить медицинские организации, социальные службы, некоммерческие организации и группы взаимопомощи пациентов, религиозные организации и другие.

Даны рекомендации по оптимизации оказания паллиативной помощи нуждающимся пациентам онкологического профиля. В их числе - определение «группы стейкхолдеров» из представителей секторов, вовлеченных в решение проблемы оказания паллиативной помощи, установление их возможных компетенций.

На основе многовекторного анализа предложена межсекторальная модель оптимизации оказания онкопрофилактической и онкорекабилитационной помощи, в которой установлены контрольно-управленческие, организационно-методические и функциональные связи всех элементов системы (рис.8).

На рисунке обозначены контрольно-управленческие, организационно-методические и функциональные связи всех элементов системы. Контрольно – управленческие функции в данной модели осуществляют министерство здравоохранения Ставропольского края и Роспотребнадзор по Ставропольскому краю, которые, в свою очередь, находятся в тесном функциональном взаимодействии. Основные организационно-методические функции осуществляет ГБУЗ СККОД СК. Между остальными элементами системы определены функциональные связи. Фактически двумя центрами, связывающими остальные элементы модели в одно целое, являются ГБУЗ СККОД СК и пациент, находящиеся в тесном функциональном взаимодействии и замыкающие ее.



**Рис. 8. Организационно-функциональная модель межсекторального сотрудничества в вопросах профилактики и реабилитации онкологических пациентов**

Представлены основные программные мероприятия, реализованные с использованием предложенной модели. Они включают информационно-методические, обучающие, мониторинговые, диагностические, реабилитационные, социальные меры, ориентированные при этом на повышение доступности качественной медицинской помощи онкологического профиля (рис. 9).





**Рис. 9. Схема реализации ключевых направлений профилактики и реабилитации онкологических пациентов в регионе.**

Для оценки предложенных нами мер были сформированы две фокус – группы. Первая включала 20 пациентов онкологического профиля 2-3 клинических групп и 10 родственников пациентов 4 клинической группы.

Вторая – 20 врачей общетерапевтической сети, имеющих высшую категорию по специальности «терапия», и 10 онкологов высшей категории.

Обеим группам было предложено оценить приоритетность задач, требующих решения, а также необходимость и адекватность предложенных нами мер.

Проведенная многовекторная оценка эффективности предложенной модели позволила выявить процессные индикаторы с точки зрения экспертов (врачей) и пациентов соответствующего профиля и/или их родственников. Ранжирование проблем профилактики и реабилитации обеими фокус – группами показало, что первые позиции в рейтинге значимости в обеих группах заняли проблема «недостаточность ресурсов оказания онкологической помощи» и «поздняя обращаемость за медицинской помощью».

Несмотря на существующую дифференциацию между территориями края по заболеваемости онкопатологией и эффективности лечения и реабилитации эта проблема вышла на низкий рейтинговый уровень, хотя меры по ее решению были оценены достаточно высоко. Отмечена разница в ответах по оценке подготовки врачей между самими врачами и пациентами. Меры, предпринятые для решения данной проблемы, оценены высоко обеими фокус-группами. Заключительную позицию в обеих группах занял недостаточный уровень реабилитационной и паллиативной помощи, а меры по его повышению оценены высоко обеими группами 9/9 баллами.

Таким образом, обеими группами недооцениваются важность профилактического и реабилитационного этапа в вопросах оказания медицинской помощи при одновременном «лидерстве» проблемы недостаточности ресурсов. Кроме того, врачами придается недостаточное значение проблеме их слабой подготовки в вопросах медицинской профилактики в целом и онкопрофилактики в частности.

Проведенная оценка в динамике основных статистических показателей, характеризующих результативность работы онкологической службы в регионе в сравнении с другими территориями и Российской Федерации в целом, продемонстрировала позитивную динамику в отношении большинства индикаторов. Так, например, произошло сокращение смертности вследствие новообразований с 188,2 до 177,2 (на 100 тысяч населения), что составило 5,85%.

В сравнении с другими регионами России смертность от онкологических заболеваний в крае на 27,5 (на 100 тысяч населения) ниже, чем в Российской Федерации (11,1%). Важным результатом деятельности противораковых мероприятий является сокращение смертности населения Ставропольского края в трудоспособном возрасте от онкологических заболеваний (на 100 тыс. соответствующего населения) с 80,1 в 2009 году до 73,3 в 2012 году.

При этом показатели смертности населения от новообразований на 100 тысяч населения в 2011 году по краю (338,9) были существенно ниже, чем в среднем по Российской Федерации (365,7) и Краснодарском крае, Ростовской, Волгоградской областях (412,2; 377,7; 409,2 соответственно).

Незначительно сократилась доля впервые выявленных больных в IV клинической группе в крае в 2012 году - 21,1% (в 2011 – 21,6 %). Процент умерших в течение первого года с момента установления диагноза злокачественного новообразования в Ставропольском крае в сравнении с данными по России сократился с 27,3 % в 2005 году до 25,1% в 2011 году. В то же время численность лиц, находящихся на диспансерном учете в связи с онкологическими заболеваниями, возросла с 1685,9 на 100 тыс. населения в 2005 году до 1991,8 в 2011 году.

Регистрируется также сокращение числа лиц, получивших впервые группу инвалидности в Ставропольском крае по онкологическому заболеванию с 13,3 в 2011 до 12,2 в 2012 году. При этом достигнутые позитивные перемены отмечались при низкой обеспеченности жителей края онкологическими койками. Так, при краевом показателе 72,3 на 10 тысяч населения

обеспеченность койками в Южном федеральном округе составила 85,1; Северо-Кавказском федеральном округе -73,9; а в России - 85,8.

Анализ динамики обеспечения онкологическими койками в крае по годам показал, что после наращивания коечного фонда с 392 в 2006 году до 576 в 2009 году их численность к 2012 году незначительно сократилась до 544 (на 22 койки). Одновременно сократилась и общая численность хирургических коек в крае с 2248 в 2006 году до 1436 в 2011.

Отсутствие негативных последствий от некоторого сокращения онкологических коек объясняется развитием стационаров дневного пребывания в Ставропольском крае. Из расчета на 10 тысяч населения в Ставропольском крае самая высокая обеспеченность койками дневного пребывания -15,5 в сравнении с субъектами ЮФО -15,3, при этом она значительно превышает средний показатель по СКФО – 7,8.

Следует отметить, что численность коек дневного пребывания в Ставропольском крае заметно возросла в период с 2006 года - 9,2 по 2011 год – 15,5 (на 70%), и это является самым высоким темпом роста в сравнении с другими регионами и Россией в целом.

**В заключении** обобщены результаты исследования.

## **ВЫВОДЫ**

1. Показатели заболеваемости злокачественными новообразованиями в Ставропольском крае характеризуются тенденцией к росту у обоих полов<sup>4</sup> незначительным увеличением доли морфологической верификации онкологической патологии; существенной разницей в структуре заболеваемости у мужчин и женщин; ростом доли злокачественных новообразований репродуктивной системы как у мужчин, так и у женщин; более высокими показателями заболеваемости новообразованиями кожи и щитовидной железы, что, очевидно, вызвано региональными геоклиматическими особенностями Ставропольского края – высокой инсоляцией и эндемичной ситуацией по дефициту йода.

2. Анализ показал, что Ставропольский край занимает «промежуточную позицию» среди регионов СКФО и ЮФО по уровню ключевых индикаторов оценки деятельности онкологической службы. Подтверждением тому является снижение смертности трудоспособного населения, которая за 10 лет в среднем по России уменьшилась на 14,7%, по Ставропольскому краю – на 17,5%, по городу Ставрополю – на 25,5%. При этом в 2013 г. показатель смертности трудоспособного населения в крае был на 20% ниже городского (Ставрополь) и на 26% - среднероссийского. В Ставропольском крае регистрируется тенденция к уменьшению заболеваемости. Зарегистрировано заболеваний на 1000 населения всего и впервые в жизни значительно меньше, чем по Российской Федерации, Южному федеральному округу, Северо-Кавказскому федеральному округу и соседним регионам.

3. В структуре причин предотвратимой смертности в Ставропольском крае новообразования занимают 2 ранговое место, а также второе место среди причин смертности трудоспособного населения. Только в младшем трудоспособном возрасте (от 15 до 39 лет) в структуре причин смертности класс новообразований занимает 5 ранговое место.

4. Показатели оказания медицинской онкологической помощи, такие как уровень выявляемости онкологических заболеваний в IV стадии, одногодичная летальность и пятилетняя выживаемость пациентов онкологического профиля существенно отличаются в зависимости от территорий края. Так, показатель одногодичной летальности колеблется в диапазоне от 45,0% в Кировском, 43,4% - Новоселицком, 41,3% – Туркменском до 13,6% в г. Железноводске и 14,0% – Благодарненском районе.

5. Оценка распространенности факторов риска среди населения Ставропольского края выявила высокие показатели общей распространенности злоупотребления алкоголем в возрастных группах 21-36 лет (0,98%) и 39-60 лет (0,81%), общей распространенности избыточной массы тела среди населения во всех возрастных группах (13,77%, 25,93% и 23,98% в возрастных группах 21-36 лет, 39-60 лет, старше 60 лет соответственно) и курения табака (35,43%,

33,47% и 30,34% в возрастных группах 21-36 лет, 39-60 лет, старше 60 лет соответственно). Знание уровня распространенности факторов риска среди населения позволит проводить профилактические мероприятия дифференцированно в зависимости от принадлежности к определенной возрастной группе.

6. Изучение удовлетворенности респондентов проведением диспансеризации показало, что в среднем 12,8% жителей г. Ставрополя не связывали никаких ожиданий с прохождением диспансеризации. Среди остальных около 60,0% отметили реализацию их ожиданий в полном объеме, у остальных ожидания в основном оправдались. Негативную оценку дали только около 3,0% респондентов, что позволяет говорить о достаточно высоком уровне удовлетворенности населения проведением диспансеризации.

7. Оценка качества, доступности медицинской помощи пациентам онкологического профиля, а также их информированности по вопросам профилактики выявила ряд закономерностей. Так, вследствие онкологического заболевания  $21,8 \pm 2,0\%$  пациентов отказываются от табакокурения. Доступность онкологической помощи населению региона остается невысокой, так,  $29,8 \pm 1,7\%$  респондентов испытывают сложности при устройстве в онкологический стационар. При этом, чем выше уровень благосостояния, тем легче пациентам устроиться в стационар. Косвенно о неудовлетворенности медицинской помощью в целом говорит и невысокий уровень доверия официальной медицине – всего  $49,5 \pm 2,4\%$  респондентов доверяют ей полностью.

8. «Фактор платности» медицинских услуг (формально или неформально) и/или уверенность пациентов в необходимости оплачивать медицинскую помощь играют существенную роль в доступности и своевременности предоставления онкологической помощи населению. Выявлена зависимость между уровнем доходов респондента и процентом тех, кто поздно обратился за медицинской помощью по причине того, что считал предстоящее лечение платным. В подгруппе респондентов, у которых «нет средств на самое

необходимое», таких 17%, в подгруппе опрошенных, у которых «есть средства только на самое необходимое», – 10,3%, а в подгруппе «не имеющих финансовых ограничений» - 0% (Хи-квадрат Пирсона 15,286<sup>a</sup>).

9. Исследование позволило подтвердить, что заболевание оказывает негативное воздействие на психологический статус респондентов. Более половины респондентов хотели бы получить психологическую помощь –  $52,8 \pm 2,1\%$ . Нами выявлено, что для респондентов были характерны эмоциональные проблемы в виде депрессии (по мнению респондентов), других эмоциональных переживаний. Соответствующие жалобы предъявили  $60,7 \pm 2,3\%$  опрошенных. Очевидно, что высокая распространенность психо-эмоциональных расстройств у пациентов онкологического профиля ставит вопрос о систематическом консультировании и при необходимости оказания соответствующей помощи данным категориям респондентов.

10. В ходе исследования не удалось получить однозначного ответа на сложный этический вопрос о том, кого именно нужно информировать об онкологическом заболевании. Респонденты считают, что об онкологическом заболевании нужно сообщать только пациенту –  $24,9 \pm 2,3\%$ ; его близким родственникам –  $16,9 \pm 1,8\%$ ; пациенту и его близким родственникам –  $43,6 \pm 2,4\%$ , а  $14,6 \pm 1,4\%$  не имеют собственного мнения по данной проблеме. С уменьшением уровня обеспеченности растет процент тех, кто не имеет собственного мнения по данному вопросу: в группе «условно средне-обеспеченные» - 11, 4%; «условно малообеспеченные» - 22% (Хи-квадрат Пирсона 17,215<sup>a</sup>).

11. «Болевой точкой» в компетентности врачей первичной сети по проблемам онкологической помощи является качество сбора анамнеза в отношении факторов риска, в том числе наличия наследственных предрасположений. При этом  $22 \pm 1,2\%$  врачей признались, что собирают анамнез поверхностно. Кроме того, только  $56 \pm 1,5\%$  врачей соблюдают правила медицинского скрининга в соответствии со стандартами, причем  $20,6 \pm 1,2\%$  врачей направляют на медицинский скрининг не в соответствии со

стандартами;  $18 \pm 1,1\%$  направляют редко по причине отсутствия направлений на обследования, а  $1,1 \pm 0,3\%$  - по причине нехватки времени.

12. Анализ статистических данных и результатов социологического исследования позволил классифицировать все выявленные проблемы следующим образом: эпидемиологические проблемы онкопатологии (рост общей заболеваемости раком и некоторых нозологических форм, в частности); дифференциация между территориями края по онкологической заболеваемости; недостаточность ресурсов для оказания онкологической помощи (кадры и мощности); дифференциация между территориями края по результатам медицинских и реабилитационных мероприятий; низкий уровень медицинской и экологической грамотности населения; поздняя обращаемость за медицинской помощью; слабая подготовка врачей по вопросам медицинской профилактики в целом и профилактики онкопатологии в частности.

13. На основании данных исследования была разработана и внедрена межсекторальная модель оптимизации оказания онкопрофилактической и онкорехабилитационной помощи, в которой установлены контрольно-управленческие, организационно-методические и функциональные связи всех элементов системы. Представлены основные программные мероприятия, реализованные с использованием предложенной модели. Они включают информационно-методические, обучающие, мониторинговые, диагностические, реабилитационные, социальные меры, цель которых - повышение доступности качественной медицинской помощи онкологического профиля. Анализ эффективности предложенных мер на основе ответов участников «фокус-групп» показал, что имеются различия в ранжировании приоритетности проблем и адекватности предпринимаемых мер врачами-экспертами и пациентами и их родственниками. Обеими группами недооцениваются важность профилактического и реабилитационного этапа в вопросах оказания медицинской помощи при одновременном «лидерстве» проблемы недостаточности ресурсов. Кроме того, докторами недооценивается



«слабая подготовка врачей» по вопросам медицинской профилактики в целом и онкопрофилактики в частности.

14. Проведенная в динамике оценка основных показателей, характеризующих результативность работы онкологической службы в Ставропольском крае в сравнении с другими территориями и Российской Федерации в целом продемонстрировала позитивную динамику в отношении большинства индикаторов: на 5,85% снизилась смертность вследствие новообразований (с 188,2 в 2008г. до 177,4 на 100 тысяч населения в 2012г.); на 8,5% снизилась смертность от онкологических заболеваний населения Ставропольского края в трудоспособном возрасте (с 80,1 в 2009 г. до 73,3 на 100 тыс. соответствующего населения в 2012 г.); с 27,3 % в 2005 году до 25,1% в 2011 году сократилась доля умерших в течение первого года с момента установления диагноза злокачественного новообразования.

### **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. Организовать работу онкологической службы в соответствии с этапами оказания медицинской помощи, обеспечив выполнение всего комплекса профилактических и реабилитационных мероприятий, составляющих содержание каждого этапа.

2. Акцентировать внимание на раннем выявлении онкологической патологии, дающей максимальный прирост заболеваемости как у мужчин, так и у женщин (репродуктивной сферы) за счет оптимизации проведения профилактических и диспансерных осмотров, улучшения работы смотровых кабинетов при методическом руководстве специализированных онкологических учреждений.

3. Увеличить число онкологических коек, доведя его до среднероссийского уровня, обеспечить соответствие штатной численности онкологов существующей потребности региона. Расширять сеть дневных стационаров для оказания помощи онкологическим больным, не требующим круглосуточного пребывания в онкологическом стационаре.

4. Ввести в штатные нормативы онкологических центров должности клинического психолога и психотерапевта, что позволит существенно улучшить качество жизни онкологических больных, оказывать психологическую и психотерапевтическую помощь пациентам с соответствующей симптоматикой, способствовать более быстрой реабилитации пациентов и улучшать исход заболеваний.

5. Внедрить курсы обучения специалистов медицинской профилактики, в том числе онкологических заболеваний, существенно улучшить компетенции врачей в области медицинского скрининга онкологических заболеваний и контролировать соблюдение ими принятых клинических стандартов.

6. Для получения «обратной связи» от пациентов и их родственников проводить регулярный независимый аудит удовлетворенности качеством и доступностью медицинской помощи в целом и онкологической в частности. Вносить коррективы в систему оказания профилактической, лечебной и реабилитационной помощи в соответствии с полученными данными.

7. Проводить массовую информационную кампанию в СМИ, расширяющую знания населения в сфере профилактики онкологических заболеваний, методов, сроков и необходимости прохождения медицинского скрининга, а также информирование жителей о вреде игнорирования официальной медицины в пользу альтернативных, в том числе мошеннических методов диагностики и лечения онкологических заболеваний в любой стадии процесса. Следует шире освещать возможности получения бесплатной квалифицированной онкологической помощи, гарантированные государством.

8. При оказании профилактической, лечебной и реабилитационной помощи онкологическим пациентам использовать принципы межсекторального сотрудничества, привлекая к совместной работе медицинские, общественные, религиозные организации, волонтеров и группы пациентов, объединенных общим заболеванием. Создать хосписы для онкологических больных в терминальной стадии заболевания с общим коечным фондом в 210 коек, обеспечить их рациональное размещение на территории края.

**Список опубликованных работ по теме диссертации в изданиях,  
рекомендованных ВАК России:**

1. Амлаев, К.Р. Методы определения уровня и причины снижения приверженности лечению /К.Р. Амлаев, З.Д. Махов, С.М.Койчуева, **А.А. Койчуев** //Вестник Ставропольского гос. ун-та. 2012. № 3. С. 225-229, автора – 0,052 п.л.
2. Амлаев, К.Р. Методы повышения приверженности лечению /К.Р.Амлаев, С.М. Койчуева, З.Д. Махов, **А.А. Койчуев** //Вестник Ставропольского гос. ун-та. 2012. № 3. С. 238-244, автора – 0,072 п.л.
3. Амлаев, К.Р. Некоторые вопросы профилактики онкозаболеваний и повышения качества жизни пациентов онкологического профиля /К.Р. Амлаев, **А.А. Койчуев**, М.Г. Гевандова, З.Д. Махов //Известия Самарского научного центра Российской академии наук. 2012. Том 14. №5(2). С.512-517, автора – 0,052 п.л.
4. Амлаев, К.Р. Гиподинамия: как переломить ситуацию. Современные рекомендации по планированию физической активности (обзор) /К.Р. Амлаев, С.М. Койчуева, **А.А. Койчуев**, Е.Ю. Хорошилова //Известия Самарского научного центра Российской академии наук. 2012. Том 14. №5(2). С.518-522, автора – 0,052 п.л.
5. Амлаев, К.Р. Формирование грамотности в вопросах здоровья. Доказательные рекомендации (обзор) /К.Р. Амлаев, С.М. Койчуева, З.Д. Махов, **А.А. Койчуев** //Профилактическая медицина. 2012. №6. С. 25-28, автора – 0,041 п.л.
6. Амлаев, К.Р. Медицинская грамотность (комплаентность): состояние проблемы, способы оценки, методики повышения грамотности пациентов в вопросах здоровья. /К.Р.Амлаев, В.Н.Муравьева, **А.А.Койчуев**, Г.Ю.Уткина //Медицинский вестник Северного Кавказа. 2012. -№4. С. 75-79, автора – 0,052 п.л.
7. Амлаев, К.Р. Рак легких и молочной железы: эпидемиологические, диагностические, реабилитационные аспекты (обзор) /К.Р. Амлаев, **А.А.**

- Койчуев, З.Д.** Махов, С.М. Койчуева//Научная мысль Кавказа. 2012. №4. С. 103-110, автора – 0,093 п.л.
8. Амлаев, К.Р. Формирование грамотности в вопросах здоровья у некоторых категорий пациентов /К.Р. Амлаев, С.М. Койчуева, З.Д. Махов, **А.А. Койчуев** //Профилактическая медицина. 2013. №2. С.18-22, автора – 0,052 п.л.
9. Амлаев, К.Р. Актуальные аспекты эпидемиологии, лечения и профилактики колоректального рака и рака предстательной железы (обзор)/ К.Р. Амлаев, **А.А.Койчуев**, К.В.Хурцев, З.Д.Махов, С.М. Койчуева //Научная мысль Кавказа. 2013 . № 1. С. 170-176, автора – 0,058 п.л.
10. Амлаев, К.Р. Результаты изучения некоторых аспектов профилактики раковых заболеваний и качества жизни онкологических пациентов./ К.Р.Амлаев, **А.А.Койчуев**, З.Д.Махов, С.М. Койчуева, К.В. Хурцев //Кубанский научный медицинский вестник. 2013. № 5 (140). С. 21 – 25, автора – 0,058 п.л.
11. Койчуев, А.А. Результаты изучения качества жизни и приверженности лечению пациентов урологического и онкоурологического профилей. /**А.А. Койчуев**, К.Р. Амлаев, З.Д. Махов, С.М. Койчуева, К.В. Хурцев //Кубанский медицинский вестник. 2013 .№ 5 (140). С.110 – 114, автора – 0,041 п.л.
12. Койчуев, А.А. Результаты оценки знаний и деятельности врачей первичного звена здравоохранения в сфере медицинской профилактики и формирования грамотности пациентов в вопросах здоровья /**А.А. Койчуев** //Профилактическая медицина. 2013. №6. С.18-22, автора – 0,2 п.л.
13. Койчуев, А.А. Грамотность пациентов в вопросах здоровья и роль врачей в её улучшении /**А.А. Койчуев** //Врач. 2013. №10. С.31-34, автора – 0,16 п.л.
14. Койчуев, А.А. Медицинская грамотность молодежи: результаты исследования /**А.А. Койчуев** //Научная мысль Кавказа. 2013. № 3. С. 92-95, автора – 0,16 п.л.

15. Койчуев, А.А. Медицинский скрининг: современный взгляд на проблему (обзор) / **А.А. Койчуев** // Медицинский вестник Северного Кавказа. - 2013. №3. Том 9. С. 67-70, автора – 0,16 п.л.

### **Монографии**

16. Амлаев, К.Р. Неравенство в здоровье, приверженность лечению и медицинская грамотность населения на местном уровне: теоретические аспекты и Ставропольский опыт /К.Р.Амлаев, **А.А.Койчуев**, С.М.Койчуева, З.Д. Махов //Монография под редакцией Амлаева К.Р. –М. : Илекса. 2013. 320с., автора – 3,33 п.л.
17. Койчуев, А.А. Региональная модель профилактики онкологической патологии и реабилитации пациентов онкологического профиля /**А.А.Койчуев** //Монография: СтГМУ, 2013. 208с, автора - 8,66 п.л.

### **Список опубликованных работ по теме диссертации в других изданиях:**

18. Кузнецова, И.В. Сборник региональных стандартов оказания специализированной медицинской помощи /И.В. Кузнецова, Н.В.Левченко, **А.А. Койчуев**, и др. //Ставрополь, 2009. Т.3. С.1- 193, автора – 8,0 п.л.
19. Койчуев, А.А. Установка полностью имплантируемых систем (портов) в Ставропольском краевом клиническом онкологическом диспансере. / **А.А. Койчуев**, Р.А. Козетинский, А.И.Самсонов, и др.//16-я ежегодная неделя медицины Ставрополья. - Сборник научных статей. 2012. Ставрополь. С. 114-116, автора – 0,08 п.л.
20. Амлаев, К.Р. Медийные технологии, используемые в общественном здравоохранении. /К.Р. Амлаев, **А.А. Койчуев**, Д.М. Березовский и др. //Актуальные проблемы здоровьесбережения и медицинской профилактики Материалы межрегиональной научно-практической конференции. Ставрополь. 2012. С. 22-28, автора – 0,32 п.л.
21. Березовский, Д.М. Оценка знаний и жизненного стиля молодежи как базиса для планирования медицинской профилактики. /Д.М. Березовский,

- А.А. Койчуев**, З.Д. Махов, К.Р. Амлаев //Актуальные проблемы здоровьесбережения и медицинской профилактики. Материалы межрегиональной научно-практической конференции. Ставрополь. 2012. С.28-34, автора – 0,016 п.л.
22. Amlaev, K. Evaluating the effectiveness of the Stavropol healthy city project for 2000-2010 /К. Amlaev, **А. Кoychuev**, S. Koychueva, Z. Mahov //WHO European Healthy Cities Network, Annual Business and Technical Conference «Health and well-being from early start in life to healthy ageing», St. Petersburg, Russian Federation, 14-16 June 2011, Abstract No.010, P.69-70. автора – 0,04 п.л.
23. Амлаев, К.Р. Алгоритм проведения информационной кампании в СМИ по вопросам здоровья/ К.Р.Амлаев, **А.А.Койчуев**, З.Д.Махов, С.М. Койчуева //Сборник методических материалов антинаркотической профилактики среди подростков.- Ставрополь – 2012.- С. 81-87. автора – 0,32 п.л.
24. Амлаев, К.Р. Анализ некоторых показателей общественного здоровья в Российской Федерации /К.Р.Амлаев, **А.А.Койчуев**, З.Д.Махов, С.М. Койчуева //Здоровье населения и среда обитания //Материалы научно-практической конференции. г.Ставрополь. 2012. С. 196-200, автора – 0,052 п.л.
25. Амлаев, К.Р. Компетентность населения в вопросах здоровья. / К.Р.Амлаев, **А.А.Койчуев**, З.Д.Махов, С.М. Койчуева //Здоровье населения и среда обитания. - Материалы научно-практической конференции. – Ставрополь. 2012. С. 201- 204. автора – 0,031 п.л.
26. Койчуев, А.А. Состояние онкологической заболеваемости в Ставропольском крае /**А.А. Койчуев**, З.Д. Махов, М.Г. Гейвандова, К.Р. Амлаев //Здоровая городская среда, здоровая жизнь и преодоление неравенства в здоровье: сборник материалов международной научно-практической конференции. Ставрополь. 2013. 148с., автора – 1,54 п.л.
27. Койчуев, А.А. Комплексные меры по оптимизации оказания онкопрофилактической и онкорекабилитационной помощи населению

- Ставропольского края /**А.А. Койчуев**, З.Д. Махов, М.Г. Гейвандова, К.Р. Амлаев //Здоровая городская среда, здоровая жизнь и преодоление неравенства в здоровье: сборник материалов международной научно-практической конференции. Ставрополь. 2013. 149с., автора – 1,57 п.л.
28. Махов, З.Д. Оценка качества и доступности онкологической помощи населению (по результатам социологического исследования) /З.Д. Махов, И.М. Узденов, **А.А. Койчуев**, К.Р. Амлаев //Здоровая городская среда, здоровая жизнь и преодоление неравенства в здоровье: сборник материалов международной научно-практической конференции. Ставрополь. 2013. 162с., автора – 1,68 п.л.