

УДК 616.006:616-073.75+614.88+614.2
DOI 10.24412/2312-2935-2025-5-509-524

ОЦЕНКА ПАЦИЕНТАМИ ДОСТУПНОСТИ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ В РАМКАХ ПЕРВИЧНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Ю.М. Ивашикин, Л.В. Кочорова, Н.И. Вишняков, П.Р. Зелицкая

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург

Введение. Совершенствование организации медицинской помощи при онкологии – одна из ведущих задач организаторов здравоохранения. В центрах амбулаторной онкологической помощи (ЦАОП) должна выполняться лучевая диагностика для раннего установления диагноза и динамического контроля, в связи с чем высокую значимость приобретает ее доступность для пациентов, оценка которой проведена путем их опроса.

Цель исследования – оценка пациентами доступности лучевых методов для пациентов при диагностике злокачественных новообразований в центрах амбулаторной онкологической помощи.

Материалы и методы. Исследование проведено методом социологического опроса 420 пациентов ЦАОП с различным уровнем оснащенности медицинским оборудованием для лучевой диагностики по специально разработанной анкете. Полученные эмпирические данные статистически обработаны с расчетом экстенсивных и интенсивных показателей, оценкой достоверности их разности по критерию Стьюдента.

Результаты. Рентгенография при установлении диагноза проводилась 36,6% пациентов, маммография – 17,1%, УЗИ в 65,7%, в отдельных случаях исследования выполнены с превышением нормативных сроков ожидания. Установлены ограничения доступности проведения КТ и МРТ при установлении диагноза онкологического заболевания: в оснащенном КТ ЦАОП в нормативные сроки исследование выполнено в 20,1% и оплачивали исследование 15,3% пациентов; в ЦАОП, не оснащенном КТ, в нормативы по срокам ожидания соблюдены в 1,2% и оплачивали исследование 35,6% пациентов. В ЦАОП, оснащенном МРТ, в нормативные сроки исследование выполнено в 5,0%, оплачивали исследование 17,9% пациентов; в ЦАОП, не оснащенном МРТ, в нормативные сроки исследование выполнено в 2,3%, оплачивали исследование 40,1% пациентов. Аналогичная тенденция к ограничению доступности лучевой диагностики установлена на этапе диспансерного наблюдения пациентов ЦАОП. Удовлетворенность организацией лучевой диагностики в более оснащенных ЦАОП 92,5%, в менее оснащенном ЦАОП – 35,3%.

Обсуждение. Отмечены ограничения доступности лучевых исследований для онкологических пациентов, что выражается в нарушении сроков предоставления и вынужденной их оплате, что свидетельствует о невыполнении в полном объеме ЦАОП установленных для них функций и требует дополнительного совершенствования предоставления лучевой диагностики.

Заключение. Основными направлениями совершенствования предоставления лучевых исследований является создание системы маршрутизации пациентов с выделением «квот».

Ключевые слова: злокачественные новообразования, центр амбулаторной онкологической помощи, лучевая диагностика

PATIENTS ASSESSMENT OF THE AVAILABILITY OF RADIATION DIAGNOSTICS IN THE FRAMEWORK OF PRIMARY SPECIALIZED ONCOLOGICAL HEALTH CARE

Ivashikin Yu.M., Kochorova L.V., Vishnyakov N.I., Zelitskaya P.R.

First St. Petersburg State Medical University named after Academician I.P. Pavlov, Ministry of Health of the Russian Federation, St. Petersburg

Introduction. Improving the organization of medical care in oncology is one of the leading tasks of healthcare organizers. Radiation diagnostics should be performed in outpatient cancer care centers (OCCC) for early diagnosis and dynamic monitoring, and therefore its accessibility to patients is of great importance, which is assessed by interviewing them.

The purpose of the study: assessment by patients of the availability of radiation methods for patients in the diagnosis of malignant neoplasms in OCCC.

Materials and methods. The study was conducted using a sociological survey of 420 OCCC patients with different levels of medical equipment for radiation diagnostics using a specially developed questionnaire. The empirical data obtained were statistically processed with the calculation of extensive and intensive indicators, and the assessment of the reliability of their difference according to the Student's criterion.

Results. Radiography at diagnosis was performed in 36.6% of patients, mammography in 17.1%, ultrasound in 65.7%, in some cases, the studies were performed in excess of the standard waiting time. There are restrictions on the availability of CT and MRI when diagnosing cancer: in the CT-equipped OCCC, 20.1% of patients completed the study within the prescribed time frame and 15.3% of patients paid for the study; in the OCCC not equipped with CT, 1.2% met the waiting time standards and 35.6% of patients paid for the study. In the OCCC equipped with MRI, 5.0% of patients completed the study within the prescribed time frame, 17.9% of patients paid for the study; in the OCCC not equipped with MRI, 2.3% completed the study within the prescribed time frame, 40.1% of patients paid for the study. A similar trend towards limiting the availability of radiation diagnostics was established at the stage of clinical follow-up of OCCC patients. Satisfaction with the organization of radiation diagnostics in the more equipped OCCC 92.5%, in the less equipped OCCC – 35.3%.

Discussion. Limitations of the availability of radiation examinations for cancer patients are noted, which is reflected in the violation of the terms of provision and forced payment, which indicates that the OCCC does not fully fulfill the functions established for them and requires additional improvement in the provision of radiation diagnostics.

Conclusion. The main directions for improving the provision of radiation examinations are the creation of a patient routing system with the allocation of "quotas".

Key words: malignant neoplasms, outpatient cancer care center, radiation diagnostics

Введение. Выявление онкологических заболеваний на ранних стадиях путем совершенствования организации медицинской помощи на этапе профилактических мероприятий и диспансеризации, а также оценки лечения в динамике остаются центральным

вопросом в повестке организаторов здравоохранения Российской Федерации [1,2,3,4]. Не случайно одним из ключевых звеньев стартовавшего с 2025 года Национального проекта «Продолжительная и активная жизнь», реализуемого при поддержке Правительства Российской Федерации, является федеральный проект «Борьба с онкологическими заболеваниями». Ключевой показатель проекта – достижения доли лиц, живущих и более пяти лет с момента установления диагноза злокачественного новообразования, до 67%. Для достижения поставленной цели применяются самые современные диагностические, клинические, фармакологические и организационные подходы, подготовлена и постоянно совершенствуется нормативная правовая база, регламентирующая оказание медицинской помощи пациентам этой группы.

Проведенное заблаговременно реформирование онкологической службы, а именно масштабное внедрение Министерством здравоохранения Российской Федерации в 2021 году обновленного «Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях», позволило создать принципиально новую структурно-функциональную единицу для оказания медицинской помощи при злокачественных новообразованиях – центры амбулаторной онкологической помощи, ставшие центральным звеном в процессе выявления заболевания и динамического наблюдения онкологических больных.

Одной из ведущих задач центра амбулаторной онкологической помощи является обеспечение пациентов качественной и доступной первичной специализированной медико-санитарной помощью в части установки диагноза злокачественного новообразования, его стадии в сроки, определенные Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Российской Федерации. Такие центры должны быть оснащены самым современным клинико-диагностическим оборудованием и укомплектованы наиболее квалифицированными медицинскими кадрами. Результатом работы центров амбулаторной онкологической помощи должно стать повышение доступности медицинской помощи, снижение смертности от онкологических заболеваний, и, в конечном итоге, повышение удовлетворенности пациентов медицинской помощью, повышение уровня их приверженности к регулярному контролю своего здоровья [5,6].

Ведущую роль в диагностике большинства злокачественных новообразований играют лучевые методы [7]. Планомерное и последовательное проведение лучевой диагностики, в том числе своевременное ее выполнение в целях получения клинически значимых результатов,

позволяют визуализировать субстрат заболевания, в том числе на ранних стадиях. Именно поэтому доступность такой диагностики в конечном счете определяет для онкологических пациентов доступность медицинской помощи в целом.

В Санкт-Петербурге при организации Центров амбулаторной онкологической помощи учитывалась необходимость их размещения с учетом территориальной приближенности к месту оказания пациентам первичной медико-санитарной помощи в целом. Большая их часть организована на базе медицинских организаций, оснащенных современным медицинским оборудованием для проведения лучевой диагностики. Вместе с тем, отсутствие в медицинской организации, на базе которой размещен центр, полного спектра необходимого медицинского оборудования для проведения лучевой диагностики, с учетом установленной на уровне регионального органа исполнительной власти в сфере здравоохранения маршрутизации, не должна являться препятствием для обследования в полном объеме пациентов с онкологическими заболеваниями и подозрениями на них. Основания организации такой работы подкреплены на уровне установленного Министерством здравоохранения Российской Федерации «Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях», в соответствии с которым, одной из функций центров амбулаторной онкологической помощи является направление пациентов в иные медицинские организации для проведения диагностических исследований в случаях отсутствия возможности их выполнения на месте. Таким образом, вне зависимости от оснащенности, центры амбулаторной онкологической помощи должны в полной мере обеспечивать предоставление качественной и доступной медицинской помощи для пациентов онкологического профиля [8-11].

Оценке доступности лучевых исследований для пациентов различно оснащенных центров амбулаторной онкологической помощи посвящен настоящий анализ.

Цель исследования – оценка пациентами доступности лучевых методов для пациентов при диагностике злокачественных новообразований в центрах амбулаторной онкологической помощи.

Материалы и методы. Исследование проведено методом социологического опроса по квотной выборке, сформированной по половозрастному признаку, а также с учетом социального статуса пациентов и длительности онкологического заболевания. Предварительное изучение показало, что среди пациентов центров амбулаторной онкологической помощи большинство составили женщины – 54,4%, а 44,6% – мужчины.

Средний возраст пациентов составил $57,8 \pm 4,4$ года, в том числе женщин $54,2 \pm 3,6$ лет, мужчин $62,0 \pm 4,0$ лет. По социальному статусу пациенты распределялись следующим образом: 25,2% – это представители рабочих профессий, 39,8% – служащие, 25,3% – пенсионеры по возрасту, 2,3% – учащиеся, 7,4% – неработающие граждане трудоспособного возраста. Большинство пациентов имели значительный «стаж» онкологического заболевания, который в среднем составил $2,4 \pm 0,9$ лет: 15,9% из них страдали онкологическим заболеванием менее 1 года, 44,2% имели установленный диагноз онкологического заболевания от 1 года до 2-х лет, 36,5% пациентов – от 2-х до 5-ти лет и 3,4% пациентов страдали онкологическим заболеванием более 5 лет.

Численность опрошенных определена путем расчета объема репрезентативной выборки по формуле, применяемой при известной величине генеральной совокупности, при применении бесповторного метода отбора единиц наблюдения. Всего опрошено 420 пациентов центров амбулаторной онкологической помощи, с соблюдением вышеописанной структуры квотной выборки. Учитывая имеющиеся различия в оснащении центров амбулаторной онкологической помощи оборудованием для проведения лучевой диагностики, в целях объективизации оценки доступности лучевой диагностики онкологических заболеваний для пациентов, указанные центры для проведения опросов пациентов были разделены на две группы. Первая группа – функционирующие на базе медицинских организаций, оснащенных аппаратурой для рентгеновской, ультразвуковой диагностики, компьютерной и магнитно-резонансной томографии (ЦАОП-1). Вторая группа – функционирующие на базе медицинских организаций, оснащенных аппаратурой для рентгеновской, ультразвуковой диагностики, не имеющих аппаратуры для компьютерной и магнитно-резонансной томографии (ЦАОП-2). Соответственно численность опрошенных составила равное количество в каждой из сформированных групп центров амбулаторной онкологической помощи – по 210 респондентов.

Отобранные с соблюдением квотных признаков респонденты неоднократно были вынуждены проходить обследование лучевыми методами, поэтому их суждения о доступности этого вида диагностики объективны и могут быть приняты во внимание. Опрос проведен по специально разработанной анкете методом формализованного интервью по телефону. Полученные эмпирические данные статистически обработаны с расчетом экстенсивных и интенсивных показателей, оценкой достоверности их разности по критерию Стьюдента.

Результаты. Опрос показал, что для диагностики онкологического заболевания врачом-онкологом центра амбулаторной онкологической помощи (ЦАОП) пациентам назначались следующие лучевые исследования: ультразвуковые (УЗИ), рентгенографии, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, маммография и урография. Такие методы как доплерография, позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ), радиоизотопное, радиоиммунологическое исследование, денситометрия на данном этапе оказания медицинской помощи не использовались. Следует отметить, что, несмотря на различия в оснащении ЦАОП-1 и ЦАОП-2, спектр назначаемых врачами исследований не различался.

Рентгенография на этапе установления онкологического заболевания проводилась 36,6% пациентов (в 31,0% случаев исследование было выполнено на базе ЦАОП); маммография выполнялась 17,1% пациентов (в 15,9% случаев исследование было выполнено в ЦАОП); УЗИ проводилось в 65,7% случаев (в 58,3% случаев исследование было выполнено на базе ЦАОП); урография проводилась 3,6% пациентов, во всех случаях исследование выполнялось на базе ЦАОП.

С соблюдением установленного Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи срока (7 дней при подозрении онкологического заболевания) были проведены не все исследования: рентгенография только в 81,3% случаев, маммография только в 62,5% случаев, УЗИ только в 50,7 % случаев. При проведении урографии в установленный законом срок не уложился не один случай.

В ряде случаев вышеуказанные исследования проведены за счет собственных средств пациентов: рентгенографию на платной основе получили 2,1% пациентов, а вот УЗИ – практически каждый десятый онкологический больной (8,1 %).

В части доступности компьютерной томографии (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ) проведена отдельная оценка с учетом выделенных групп ЦАОП, соответственно оснащенных и неоснащенных данным оборудованием.

Пациентам ЦАОП-1 КТ для подтверждения онкологического диагноза назначалась в 95,6% случаев, при этом в 86,2% случаев исследование проводилось на базе ЦАОП-1, в 9,4% исследование было выполнено в иных медицинских организациях. Пациентам ЦАОП-2 такая диагностика назначалась в 90,3% случаев.

МРТ для пациентов ЦАОП-1 назначалась в 50,3% случаев, при этом, несмотря на наличие диагностического оборудования, только в 34,7% случаев исследование было

выполнено в ЦАОП-1, а 15,6% пациентов получили исследование в иных медицинских организациях. Пациенты ЦАОП-2 были направлены на МРТ в 45,2% случаев.

Исследование показало, что несмотря на наличие диагностического оборудования в ЦАОП-1 в срок до 7 дней исследование было выполнено только в 20,1% случаев (Таблица 1). При этом гарантии бесплатного оказания медицинской помощи не были соблюдены в 15,2% случаев.

Таблица 1

Доступность КТ и МРТ для пациентов ЦАОП на этапе установления диагноза
 злокачественного новообразования

Метод лучевой диагностики		Значение показателей (% от числа прошедших исследование)				
		Доля респондентов, оплачивавших исследование за счет собственных средств	Доля пациентов с различными сроками ожидания диагностики			
			менее 7 дней	более 7 дней	более 14 дней	более 30 дней
КТ	ЦАОП-1	15,2	20,1	66,3	13,6	-
	ЦАОП-2	35,6	1,2	45,1	28,6	25,1
МРТ	ЦАОП-1	17,9	5,0	61,9	33,1	-
	ЦАОП-2	40,1	2,3	42,7	35,1	19,9

Существенно более низкий показатель зафиксирован при оценке сроков ожидания выполнения КТ для пациентов ЦАОП-2 ($t = 4,7$, $p < 0,05$). В установленный законом срок до 7 дней диагностика была проведена только в 1,2% случаев. При этом следует отметить, что в 35,6% случаев пациенты были вынуждены оплачивать КТ.

МРТ для пациентов ЦАОП-1 на этапе установления диагноза в срок до 7 дней была проведена только в 5,0% случаев. На возмездной основе исследование проведено в 17,9% пациентам.

Также существенно более низкий показатель зафиксирован и при оценке сроков ожидания выполнения МРТ для пациентов ЦАОП-2 ($t = 4,3$, $p < 0,05$). В срок до 7 дней диагностика была проведена только в 2,3% случаев. Практически половина пациентов (40,1%) указали, что оплачивали исследование.

Оценка уровня показателей доступности проведена также на этапе лучевой диагностики в рамках диспансерного наблюдения пациентов. Важно отметить, что значимость для пациентов лучевой диагностики оказалась крайне высока – все респонденты подтвердили выполнение им таких исследований при диспансерном наблюдении.

В рамках диспансерного наблюдения рентгенография проводилась 15,8% пациентов (в 14,2% исследование выполнено на базе ЦАОП), УЗИ – 43,2% (в 25,3% исследование выполнено на базе ЦАОП), маммография – 13,9%, урография – 3,2% (данные исследования проведены на базе ЦАОП во всех случаях). С соблюдением установленного Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи срока (14 дней при динамическом наблюдении онкологического заболевания) были также проведены не все исследования: рентгенография только в 30,2% случаев, маммография только в 48,5% случаев, УЗИ только в 58,7% случаев, урография только в 13,5% случаев. Гарантии бесплатного оказания медицинской помощи пациентам ЦАОП при диспансерном наблюдении в части лучевой диагностики также не были соблюдены в полном объеме: оплачивали лучевые исследования 8,1%, 3,2%, 12,4%, 5,6% соответственно.

Также, как и при установлении диагноза злокачественного новообразования, маршрутизация пациентов в ЦАОП-1 и в ЦАОП-2 ввиду отличий их оснащенности оборудованием для лучевой диагностики в рамках диспансерного наблюдения, различалась (Таблица 2).

Таблица 2

Доступность КТ и МРТ для пациентов ЦАОП на этапе диспансерного наблюдения

Метод лучевой диагностики		Значение показателей (% от числа прошедших исследование)			
		Доля респондентов, оплачивавших исследование за счет собственных средств	Доля пациентов с различными сроками ожидания диагностики		
			14 и менее дней	более 14 дней	более 30 дней
КТ	ЦАОП-1	9,8	56,9	29,1	14,3
	ЦАОП-2	26,5	18,2	56,5	25,3
МРТ	ЦАОП-1	15,6	20,8	68,3	10,9
	ЦАОП-2	36,9	18,9	41,9	39,2

КТ была назначена пациентам ЦАОП-1 в 88,2% случаев (только 56,0% из них диагностика проведена на базе медицинской организации в которой работает ЦАОП-1). Пациентам ЦАОП-2 КТ было назначено врачом-онкологом в 75,4% случаев ($t = 5,0$, $p < 0,05$). МРТ назначалась при диспансерном наблюдении в ЦАОП-1 в 42,3% случаев (в 10,2% случаев исследование выполнено в других медицинских организациях). Пациентам ЦАОП-2 МРТ проводилось при диспансерном наблюдении в 40,1%.

КТ в установленный срок 14 дней в ЦАОП-1 проводилась для пациентов в 56,9% случаев. Несмотря на наличие соответствующего оборудования, почти каждый десятый пациент (9,8%) оплачивал проведение исследования.

Срок ожидания КТ при диспансерном наблюдении онкологических пациентов в ЦАОП-2 значимо менее удовлетворительный ($t = 4,4$, $p < 0,05$). Пациентам ЦАОП-2 назначенная врачом-онкологом КТ была выполнена в установленный срок 14 дней только в 18,2% случаев. Оплачивали МРТ 26,5% пациентов.

МРТ в установленный срок получили при диспансерном наблюдении в ЦАОП-1 только в 20,8% пациентов. Оплачивали исследование 15,6% пациентов.

Для пациентов ЦАОП-2 сроки ожидания МРТ также были неудовлетворительными ($t = 3,7$, $p < 0,05$). В сроки, не превышающие 14 дней, исследование было проведено только у 18,9% пациентов. Нарушение гарантий бесплатности медицинской помощи при этом отметили более трети опрошенных (36,9%).

Оценка иных аспектов доступности медицинской помощи при диспансерном наблюдении в ЦАОП также выявила ряд неудовлетворительных для пациентов моментов.

При направлении на лучевое исследование 95,6% пациентов ЦАОП вынуждены обращаться в регистратуру медицинской организации, только в 4,4% случаев предварительная запись на исследование проводилась непосредственно на приеме врача-онколога. Только 17,5% пациентов смогли получить заключение в день выполнения диагностики, 21,7% получили результаты только на следующий день. В большинстве случаев (48,5%) пациенты узнавали о результате лучевого исследования не ранее, чем через 3 дня после его проведения, а 12,3% отметили, что срок ожидания составил 4-7 дней.

Только с частотой 10,2 на 100 опрошенных пациенты указали, что получили необходимые разъяснения об итогах лучевой диагностики по месту ее предоставления без дополнительной просьбы по этому поводу. С частотой 52,9 на 100 опрошенных разъяснения были предоставлены только ввиду предварительной просьбы пациента. Однако, с частотой 34,6 на 100 опрошенных пациенты отметили, что разъяснения им предоставлены не были, пациенты были адресованы к врачу-онкологу для получения дополнительных комментариев по поводу развития заболевания.

Проведенный опрос пациентов показал, что в целом работой ЦАОП-1 удовлетворены 89,2% пациентов, в том числе однозначный ответ по этому поводу дали 27,2% пациентов, а 62,0% отметили «скорее, да». Пациенты ЦАОП-2 удовлетворены в меньшей степени ($t = 4,4$,

$p < 0,05$). В целом удовлетворены 68,5% пациентов, однозначный ответ по этому поводу дали 20,2% пациентов, 48,3% указали «скорее, да».

Несомненно, что влияние на столь различный уровень удовлетворенности пациентов ЦАОП-1 и ЦАОП-2 оказали, в том числе, подходы к реализации лучевой диагностики, как основного метода на этапах первичной диагностики онкологических заболеваний и при их динамическом наблюдении.

Организацией проведения лучевой диагностики в целом удовлетворены 92,5% пациентов ЦАОП-1: однозначно удовлетворены 36,2%, дали ответ «скорее, да» 56,3 %. В ЦАОП-2 удовлетворены организацией лучевой диагностики только 35,3% пациентов, в том числе однозначно ответивших положительно на этот вопрос оказалось 10,2%, а 25,3% из них отметили «скорее, да» ($t = 5,4$, $p < 0,05$).

Сроками ожидания лучевой диагностики в целом оказалось удовлетворены 53,4% пациентов ЦАОП-1, в том числе бесспорно удовлетворены 28,1% пациентов и еще 25,3% из них отметили при опросе «скорее, да». Эти показатели также существенно выше, чем в ЦАОП-2 ($t = 2,7$, $p < 0,05$), где в целом удовлетворены 30,2% опрошенных, в том числе однозначно удовлетворены 7,1% опрошенных, а «скорее удовлетворены» – 23,1% опрошенных.

Информационная доступность медицинской помощи по результатам проведения лучевых исследований также различалась по мнению пациентов ЦАОП-1 и ЦАОП-2 ($t = 4,5$, $p < 0,05$). В ЦАОП-1 разъяснениями врачей по результатам исследований в целом удовлетворены 71,8% пациентов, в том числе однозначно ответили на этот вопрос 31,3% пациентов, а 40,5% отметили «скорее, да». В ЦАОП-2 в целом утвердительно ответили на этот вопрос 77,5% пациентов, в том числе указали «да» 27,2%, а 50,3% отметили «скорее, да».

Неудовлетворенность пациентов доступностью лучевой диагностики, особенно в ЦАОП-2, отразилась в их предложениях по совершенствованию организации проведения лучевых исследований в ЦАОП при онкологических заболеваниях:

- необходимость проведения диагностических исследований на базе медицинской организации, где работает ЦАОП – 71,2 на 100 опрошенных;
- возможность записи на проведение лучевых исследований непосредственно на приеме врача-онколога – 67,3 на 100 опрошенных;
- возможность получения результатов лучевых исследований посредством электронных сервисов, без необходимости повторного визита по месту его проведения – 38,9 на 100 опрошенных;

- возможность доступа врача-онколога к электронному ресурсу, на котором можно было бы ознакомиться с результатами лучевого исследования пациента.

Обсуждение. Результаты проведенного опроса пациентов ЦАОП свидетельствуют об объективной картине ограничений доступности выполнения лучевых исследований для пациентов онкологического профиля как на этапе первичной диагностики (установление диагноза), так и при диспансерном наблюдении, в том числе вне зависимости от уровня оснащенности ЦАОП оборудованием для проведения лучевой диагностики.

Проведенное исследование выявило значимые ограничения временной (несоблюдение сроков проведения исследований), экономической (вынужденная оплата исследований пациентами) и организационной (самостоятельная предварительная запись пациентами на исследование, отсутствие единообразных подходов при получении заключений и разъяснении результатов исследования) доступности медицинской помощи пациентам в ЦАОП.

Особенно явно ограничения доступности медицинской помощи очевидны при проведении КТ и МРТ, причем, при более высокой степени ограничений в работе ЦАОП-2, не имеющих соответствующего оборудования, также существенные ограничения выявлены и в работе ЦАОП-1, организованном в структуре медицинских организаций, оснащенных данной аппаратурой. Это выражалось как в завышенных сроках ожидания выполнения соответствующих исследований, существенно превышающих нормативные в ряде случаев, так и в вынужденной оплате пациентами проведения соответствующих исследований, несмотря на гарантированные обязательства медицинских организаций по предоставлению соответствующей медицинской помощи на безвозмездной для пациентов основе в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Полученные данные по ограничению доступности лучевой диагностики для пациентов онкологического профиля свидетельствуют о неполноте выполнения специально созданными для этих целей подразделениями медицинских организаций (ЦАОП) функциональных обязательств, что создает неблагоприятные условия по задержке установления диагноза и его контроля в динамике, вынуждает пациентов оплачивать назначенные им лечащим врачом-онкологом исследования.

Отдельно следует обратить внимание и на ограничения информационной составляющей доступности медицинской помощи для пациентов. При обследовании по поводу онкологического заболевания, а также при диспансерном наблюдении по этому поводу пациенты, безусловно, испытывают повышенный уровень тревожности за состояние своего

здоровья. Несмотря на это в настоящее время пациенты не всегда могут получить требуемые и разъяснения по результатам проведенных лучевых исследований, что снижает их удовлетворенность проведенной диагностикой и работой медицинской организации в целом.

Заключение. Проведенный анализ, выявивший фактические ограничения доступности лучевой диагностики и ее причины для пациентов онкологического профиля позволяет определить основные направления совершенствования организации ее предоставления, прежде всего на уровне центров амбулаторной онкологической помощи:

- равномерное распределение «квот» для онкологических пациентов на базе медицинской организации, в структуре которой создан ЦАОП в целях своевременного выполнения исследований в установленные сроки;

- выделение объемов лучевых исследований в сторонних медицинских организациях в соответствии с установленной маршрутизацией онкологических пациентов в случаях невозможности их проведения на базе ЦАОП;

- создание системы информирования пациентов о маршрутизации для проведения лучевой диагностики (место и время проведения, порядок предварительной записи), а также о полученных в процессе исследования результатах, в том числе через действующие информационные ресурсы, позволяющие получать пациентам информацию о состоянии своего здоровья и доступ к медицинским данным;

- создания системы информационного обмена между медицинскими организациями в целях оперативного получения данных о назначенных и проведенных онкологическим пациентам исследованиях, их результатах.

Видится, что внедрение указанных путей совершенствования организации лучевых исследований позволит повысить удовлетворенность пациентов получением медицинской помощи и взаимодействием с системой здравоохранения в целом, а также будет способствовать созданию наиболее эффективных условий для достижения показателей федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» в рамках Национального проекта «Продолжительная и активная жизнь».

Список литературы

1. Алехин С.Г., Генатулин М.А., Алленов А.М. Экспериментальная методика организации диагностики злокачественных новообразований ранней стадии в условиях

первичной медико-санитарной помощи. Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2022; 5: 402-420.

2. Васильев Ю.А. Лучевая диагностика в онкологии: реалии сегодняшнего дня. Московская медицина. 2023; 5(57): 16-21.

3. Барчук А.А., Раскина Ю.В., Смирнова О.В., Беляев А.М. и др. Скрининг онкологических заболеваний на уровне государственных программ: обзор, рекомендации и управление. Общественное здоровье. 2021; 1(1): 19-31.

4. Тимурзиева А.Б., Линденбратен А.Л. О некоторых вопросах развития современной системы здравоохранения. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024; 32(4): 723-730.

5. Старцев В.Ю., Кондратьев Г.В., Тяпкин Н.И., Белогорцев И.О., Кондрашкин П.С. К вопросу организации центров амбулаторной онкологической помощи жителям Ленинградской области. Медицина и организация здравоохранения. 2023; 8(4): 55-65.

6. Гаджиева С.М. Создание центров компетенций (на примере организации центров амбулаторной онкологической помощи) в государственной системе здравоохранения: опыт Москвы. Национальное здравоохранение. 2024; 5(3): 30-40.

7. Ломаков С.Ю. Профессиональный взгляд врачей на совершенствование организации лучевых исследований онкологическим пациентам. Исследования и практика в медицине. 2020; 7(3): 127-135.

8. Шелехов П.В. Эффективность использования оборудования лучевой диагностики в субъектах Российской Федерации. Менеджер здравоохранения. 2017; 5: 33-41.

9. Трифонова Н.Ю., Бутрина В.И., Люцко В.В. Влияние социальной поддержки на эффективность лечения онкологических больных. Фундаментальные исследования. 2014; 4-1: 371-374.

10. Захарченко О.О., Терентьева Д.С., Шикина И.Б. Трансформация онкологического компонента диспансеризации определённых групп взрослого населения с 2013 по 2021 год. Социальные аспекты здоровья населения. 2022; 3(68):3. DOI: 10.21045/2071-5021-2022-68-3-3

11. Пецко Р.А. Онкологический мониторинг как инструмент управления качеством медицинской помощи. Московская медицина. 2023; 5: 94-96.

References

1. Alyokhin S.G., Genatulin M.A., Allenov A.M. Eksperimental'naya metodika organizacii diagnostiki zlokachestvennyh novoobrazovaniy rannej stadii v usloviyah pervichnoj mediko-sanitarnoj pomoshchi [Experimental methodology for the organization of early-stage malignant neoplasms diagnosis in primary health care]. *Sovremennye problemy zdravoohraneniya i medicinskoj statistiki* [Current problems of healthcare and medical statistics]. 2022;5:402-420. (In Russian)
2. Vasiliev Yu.A. Radiation diagnostics in oncology: the realities of today [Luchevaya diagnostika v onkologii: realii segodnyashnego dnya]. *Moscow medicine* [Moskovskaya medicina]. 2023; 5(57): 16-21. (In Russian)
3. Barchuk A.A., Raskina Yu.V., Smirnova O.V., Belyaev A.M. et al. Cancer screening at the level of government programs: review, recommendations and management [Skrining onkologicheskikh zabolevanij na urovne gosudarstvennyh programm: obzor, rekomendacii i upravlenie]. *Public Health* [Obshchestvennoe zdorov'e]. 2021; 1(1): 19-31. (In Russian)
4. Timurzieva A.B., Lindenbraten A.L. On some issues of the development of the modern healthcare system [O nekotoryh voprosah razvitiya sovremennoj sistemy zdravoohraneniya]. *Problems of social hygiene, public health and the history of medicine* [Problemy social'noj gigeny, zdravoohraneniya i istorii mediciny]. 2024; 32(4): 723-730. (In Russian)
5. Startsev V.Yu., Kondratiev G.V., Tyapkin N.I., Belogortsev I.O., Kondrashkin P.S. On the organization of outpatient oncological care centers for residents of the Leningrad region [K voprosu organizacii centrov ambulatornoj onkologicheskoy pomoshchi zhitelyam Leningradskoj oblasti]. *Medicine and healthcare organization* [Medicina i organizaciya zdravoohraneniya]. 2023; 8(4): 55-65. (In Russian)
6. Gadzhieva S.M. The creation of competence centers (on the example of the organization of outpatient oncological care centers) in the public health system: the experience of Moscow [Sozдание centrov kompetencij (na primere organizacii centrov ambulatornoj onkologicheskoy pomoshchi) v gosudarstvennoj sisteme zdravoohraneniya: opyt Moskvy]. *National health care* [Nacional'noe zdravoohranenie]. 2024; 5(3): 30-40. (In Russian)
7. Lomakov S.Y. The professional view of doctors on improving the organization of radiation examinations for oncological patients [Professional'nyj vzglyad vrachej na sovershenstvovanie organizacii luchevyh issledovanij onkologicheskimi pacientami]. *Research'n Practical Medicine Journal* [Issledovaniya i praktika v medicine]. 2020; 7(3): 127-135. (In Russian)

8. Shelekhov P.V. The effectiveness of the use of radiation diagnostics equipment in the subjects of the Russian Federation [Effektivnost' ispol'zovaniya oborudovaniya luchevoj diagnostiki v sub"ektah Rossijskoj Federacii]. The health care manager [Menedzher zdravoohraneniya]. 2017; 5: 33-41. (In Russian)
9. Trifonova N.Yu., Butrina V.I., Lyutsko V.V. Vliyanie social'noj podderzhki na effektivnost' lecheniya onkologicheskikh bol'nyh. [Impact of social support on the effectiveness of treatment of cancer patients]. Fundamental'nye issledovaniya. [Basic research]. 2014;4-1:371-374. (In Russian)
10. Zakharchenko O.O., Terentyeva D.S., Shikina I.B. Transformation of the oncological component of the clinical examination of certain groups of the adult population from 2013 to 2021. [Transformation of the oncological component of the clinical examination of certain groups of the adult population from 2013 to 2021]. Social aspects of population health. [Social aspects of population health]. 2022; 3(68): 3. DOI: 10.21045/2071-5021-2022-68-3-3
11. Petsko R.A. Oncological monitoring as a tool for quality management of medical care [Onkologicheskij monitoring kak instrument upravleniya kachestvom medicinskoj pomoshchi]. Moscow medicine [Moskovskaya medicina]. 2023; 5: 94-96. (In Russian)

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Acknowledgments. The study did not have sponsorship.

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interest.

Сведения об авторах

Ивашкин Юрий Михайлович - заведующий отделом лучевой диагностики СПб ГБУЗ «Городской консультативно-диагностический центр № 1», ул. Сикейроса, д. 10, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, 194354, соискатель кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики и управления здравоохранением, ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Льва Толстого ул., д.6-8, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, 197022, e-mail: sekretar_spb@mail.ru, ORCID: 0009-0005-9481-4711.

Кочорова Лариса Валерьяновна – доктор медицинских наук, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики и управления здравоохранением, ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ул. Льва Толстого, д.6-8, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, 197022, e-mail: sekretar_spb@mail.ru, ORCID: 0000-0002-9016-8602

Вишняков Николай Иванович - доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики и управления здравоохранением, ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ул. Льва Толстого, д.6-8, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, 197022 e-mail: sekretar_spb@mail.ru, ORCID: 0000-0003-4975-9766

Зелицкая Полина Робертовна - студентка 3 курса, ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ул. Льва Толстого, д.6-8, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, 197022 e-mail: sekretar_spb@mail.ru, ORCID: 0009-0008-5235-2645

Information on the authors

Ivashikin Yuri M. - doctoral student of the Department of Public Health with a course in Economics and Health Management of the First St. Petersburg State Medical University named after I.P. Pavlov, Lva Tolstogo str., 6-8, St. Petersburg, Russian Federation, 197022, e-mail: sekretar_spb@mail.ru, ORCID: 0009-0005-9481-4711

Kochorova Larisa V. - MD, PhD, professor of the Department of Public Health with a course in Economics and Health Management of the First St. Petersburg State Medical University named after I.P. Pavlov, Lva Tolstogo str., 6-8, St. Petersburg, Russian Federation, 197022, e-mail: sekretar_spb@mail.ru, ORCID: 0000-0002-9016-8602

Vishnyakov Nikolai I. - MD, PhD, head of the Department of Public Health with a course in Economics and Health Management of the First St. Petersburg State Medical University named after I.P. Pavlov, Lva Tolstogo str., 6-8, St. Petersburg, Russian Federation, 197022, e-mail: sekretar_spb@mail.ru, ORCID: 0000-0003-4975-9766

Zelitskaia Polina R. - 3rd year student of the First St. Petersburg State Medical University named after I.P. Pavlov, Lva Tolstogo str., 6-8, St. Petersburg, Russian Federation, 197022, e-mail: sekretar_spb@mail.ru, ORCID: 0009-0008-5235-2645

Статья получена: 25.07.2025 г.
Принята к публикации: 25.12.2025 г.