

ДИНАМИКА ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАПУЩЕННОСТИ В МИНСКОЙ ОБЛАСТИ В 2005–2011 гг.

Ф.Е.Венскевич

Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения, г. Минск

Эффективность лечения больных злокачественными новообразованиями находится в прямой зависимости от своевременного выявления их на ранних стадиях заболевания, однако во всех странах мира существует проблема онкологической запущенности. В комплекс мер по решению данной проблемы входит экспертиза причин несвоевременного выявления онкологических заболеваний, проводимая для реализации адекватных мероприятий по снижению онкологической запущенности. В статье представлена динамика онкологической запущенности за период 2005–2011 гг. в Минской области, где была внедрена технология экспертизы онкологической запущенности и принимались меры по организации своевременного выявления онкологических заболеваний с учетом установленных в ходе экспертизы причин.

Злокачественные новообразования (ЗНО) занимают одно из ведущих мест в структуре смертности населения многих стран мира. Однако, как утверждают онкологи, «в наше время рак – не приговор», и это утверждение не голословно. В практику лечения онкологических заболеваний активно внедряются новые сложные и высокотехнологические оперативные вмешательства, совершенствуются методики лучевой и химиотерапии. Но, по-прежнему, эффективность лечения больных злокачественными новообразованиями находится в прямой зависимости от своевременной диагностики их на ранних стадиях заболевания [1].

Проблема раннего выявления онкологических заболеваний является, в первую очередь, организационной проблемой [1], для решения которой необходимо четко знать причины, приводящие к развитию онкологической запущенности. Все случаи, когда злокачественное новообразование выявляется в далеко зашедшей стадии, подлежат тщательному анализу с целью установления причины несвоевременного выявления ЗНО. Объективно проводимая экспертиза причин онкологической запущенности является основой для разработки адекватных мероприятий по ее снижению [1].

В работе «Очередные задачи организации онкологической службы» (1967) Н.Н.Александров и Л.А.Шустер отмечали, что «...в 1966 году число впервые взятых на учет онкологических больных, выявленных в запущенном инкурабельном состоянии, снизилось по сравнению с 1961 г. (44,3 проц.) почти в 2 раза и составило 24,7 проц.». При сравнении удельного веса онкологической запущенности в 2005 г. – 21,3% (табл. 1 [2]) и приведенного выше показателя 1966 г. (24,7%) следует вывод,

что за 40 лет (1966–2005) онкологическая запущенность в республике существенно не снизилась.

Осознание такого положения дел привело к осуществлению ряда организационных мероприятий, а именно:

- изменению организационной структуры экспертных комиссий (ЭК) по раннему выявлению онкологических заболеваний (в марте 2006 года приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь №164 создана Центральная экспертная комиссия (ЦЭК) по раннему выявлению онкологических заболеваний);

- изменению функций и задач экспертных комиссий:

- а) наряду с имевшейся ранее задачей экспертизы причин онкологической запущенности утверждены новые:

- организация и контроль проведения санитарно-просветительной работы по формированию онкологической настороженности у населения;

- организация и контроль повышения онкологической грамотности медицинских работников лечебно-профилактических учреждений [1];

- б) для выполнения поставленных задач расширены функции экспертных комиссий, в настоящее время включающие:

- обеспечение активного, систематического учета всех больных с онкологическими заболеваниями, выявленными в III (визуальные формы) и IV стадиях;

- изучение основных причин поздней диагностики онкологических заболеваний в организациях здравоохранения;

- проведение анализа медицинской документации и систематизацию полученной информации;

– изучение причин отказов больных с онкологическими заболеваниями от предложенного им лечения;

– организацию проведения санитарно-просветительной работы по профилактике онкологических заболеваний и контроль за ее проведением;

– организацию и контроль за повышением онкологической грамотности врачей и средних медработников лечебно-профилактических учреждений (школа онколога при онкологических диспансерах, постоянно действующий семинар по онкологии в лечебно-профилактических учреждениях, курсы повышения квалификации на кафедрах онкологии, выездные семинары, проводимые специалистами кафедр высших учебных заведений, РНПЦ ОМР им. Н.Н.Александрова и областных онкологических диспансеров, и т.д.);

– разработку комплекса мер, направленных на улучшение преемственности и совершенствование работы организаций здравоохранения на всех уровнях оказания медицинской помощи по раннему выявлению онкологических заболеваний [1];

• изменению форм и методов работы (выездные совместные заседания ЦЭК и первичных ЭК, ЦЭК и областной ЭК, повторная экспертиза всех случаев запущенности в ЦЭК) и др. [1].

Сотрудниками Центральной экспертной комиссии по раннему выявлению онкологических заболеваний были изучены все протоколы заседаний первичных экспертных комиссий (ПЭК) по раннему выявлению онкологических заболеваний пациентов, онкологическая запущенность у которых была выявлена в ГУ «НИИ ОМР им. Н.Н.Александрова» в 2006–2007 гг. Недостатки при оказании медицинской помощи и проведении экспертизы онкологической запущенности самым тщательным образом анализировались, результаты анализа еже-

квартально отправлялись в регионы республики на имя начальника УЗО облисполкома [4].

При изучении протоколов ПЭК был проведен анализ всех этапов диагностического процесса, начиная со сбора анамнеза и заканчивая данными современных методов обследования – УЗИ, эндоскопии, КТ, МРТ. Одновременно проверялось качество экспертизы онкологической запущенности.

По результатам анализа были выделены критерии для определения причин онкологической запущенности и разработана технология экспертизы. Критериями выступили конкретные, на первый взгляд, возможно, незначительные, погрешности диагностического процесса (неправильная укладка пациента при рентгенографии, непроведение параллельного онкологического осмотра, неправильный забор материала для морфологического исследования и т.д.), при этом повлекшие самые серьезные последствия – несвоевременное выявление онкологического заболевания. Отдельные элементы предлагаемой технологии начали внедряться уже с момента образования ЦЭК в 2006 году на всей территории республики [4].

С целью апробации, технология экспертизы онкологической запущенности была внедрена в работу экспертных комиссий всех районных поликлиник Минской области. Наиболее важным элементом экспертизы, который был внедрен в области, следует считать систематический контроль работы по раннему выявлению онкологических заболеваний, который осуществлялся на всех уровнях, начиная непосредственно с заведующих отделениями организаций здравоохранения и вплоть до начальника управления здравоохранения (УЗО) Минского облисполкома. Ежеквартальные итоговые совещания по онкологии проходили под руководством начальника УЗО или его заместителя – председателя областной эксперт-

Таблица 1

Состояние онкологической запущенности в Республике Беларусь в 2005 г.

Регионы	Число вновь выявленных случаев заболеваний		Число запущенных случаев заболеваний злокачественными новообразованиями		Коэффициент достоверности (t)
	Абс. число	На 100 тыс. населения	Абс. число	На 100 вновь выявленных	
Брестская	5088	345,5	980	19,3±0,55	35,1
Витебская	4833	379,3	1 013	21,0±0,59	35,6
Гомельская	6351	426,6	1 311	20,6±0,51	40,4
Гродненская	4017	353,5	726	19,0±0,62	30,6
г. Минск	7273	398,2	1 714	23,6±0,5	47,2
Минская	5595	378,7	1 341	24,0±0,57	42,1
Могилевская	4285	373,1	868	20,3±0,61	35,3
Всего	37422	381,1	7 989	21,3±0,212	100

Примечание: во всех таблицах приведены показатели, рассчитанные на основании уточненной базы данных Белорусского канцер-регистра по состоянию на 1 апреля следующего за отчетным года [3].

ной комиссии по раннему выявлению онкологических заболеваний. Также регулярно проводились совместные выездные заседания ЦЭК с районными экспертными комиссиями с участием главного онколога области или члена коллегии УЗО. На всех уровнях управления здравоохранением области разрабатывались конкретные мероприятия по профилактике онкологической запущенности в дальнейшем. Одновременно была организована учеба по онкологии для врачей всех специальностей и фельдшеров ФАПов с обязательной проверкой знаний путем принятия зачетов. Фактически каждое заседание экспертной комиссии или специально проводимая врачебная конференция представляли собой занятия. Во время обучения обращалось внимание не только на знание врачом (фельдшером) семиотики онкологических заболеваний, но, в первую очередь, на проведение правильной стратегии и тактики в области своевременной диагностики ЗНО. У медицинских работников формировалось убеждение, что раннее выявление онкологических заболеваний подразумевает активную позицию врача (фельдшера) и зависит от его онкологической грамотности. При проведении профилактических осмотров необходимо выявлять не только онкологические заболевания, но и, в первую очередь, больных предраковыми заболеваниями и пациентов с факторами риска их развития, обеспечить их лечение и оздоровление, а также необходимое диспансерное наблюдение.

В результате проведенной работы отмечено снижение числа запущенных случаев и удельного веса запущенных случаев на фоне роста числа вновь выявленных случаев ЗНО (в среднем на 214 случаев в год в области), основной причиной чего, по-видимому, следует считать постарение населения [5] (табл. 2 [2], рис.).

О недостаточном качестве работы первичной экспертной комиссии можно судить, когда сумма таких причин позднего выявления злокачественных новообразований, как «скрытое течение заболевания» и «несвоевременное обращение за медицинской помощью», превышает 25% всех установленных комиссией причин [1]. Такие оценки были получены в результате повторной экспертизы протоколов заседаний первичных экспертных комиссий, проведенной в ЦЭК в 2008–2009 гг. Поэтому одна из основных задач внедрения технологии экспертизы состояла в том, чтобы в результате ее применения на местах обеспечить объективное установление причины запущенности и на этом основании принять адекватные меры по ее профилактике. В полном объеме эта задача до сих пор не решена, то есть для дальнейшего совершенствования работы по своевременному выявлению онкологических заболеваний еще есть резерв, но удалось добиться четкой положительной динамики в структуре причин онкологической запущенности в Минской области (табл. 3).

Абсолютное число запущенных случаев, которые были рассмотрены на заседаниях экспертных комиссий

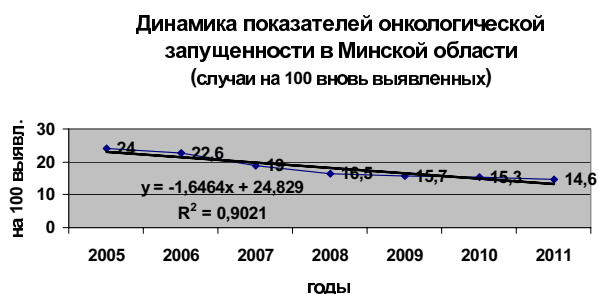


Рис. Показатели онкологической запущенности в Минской области (2005–2011 г.; случаи на 100 вновь выявленных случаев злокачественных новообразований)

Таблица 2

Динамика показателей онкологической запущенности в Минской области (2005–2011 гг.)

Показатель	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Абс. число вновь выявленных случаев	5595	5781	6143	6591	6602	6750	6878
На 100 тыс. населения	378,7	392,3	419,7	452,6	464,1	478,2	488,2
Абсолютный прирост	–	186	362	448	11	148	128
Темп прироста (в процентах)	–	3,3	6,3	7,3	0,2	2,3	1,9
Абс. число запущенных случаев	1341	1304	1165	1087	1036	1034	1006
Число запущенных случаев на 100 вновь выявленных	24,0±0,57	22,6±0,55	19,0±0,5	16,5±0,45	15,7±0,45	15,3±0,43	14,6±0,43
Коэффициент достоверности (t)	42,1	41,1	38,0	36,7	34,9	35,6	33,9
Абсолютное снижение	–	37	139	78	51	2	28
Темп снижения (в процентах)	–	2,8	1,2	1,1	1,1	1,0	1,0

Минской области, по годам распределилось следующим образом: 2005 г. – 980; 2006 г. – 1030; 2007 г. – 1068; 2008 г. – 990; 2009 г. – 919; 2010 г. – 877; 2011 г. – 803.

О возросшем качестве работы экспертных комиссий Минской области можно судить по снижению в структуре причин запущенности таких показателей, как «скрытое течение» и «несвоевременное обращение» (табл. 3). В то же время, медленное снижение этих показателей обусловлено, с одной стороны, отсутствием ранних симптомов у многих онкологических заболеваний, а, с другой стороны, – осторожностью экспертных комиссий, обусловленной осознанием того, что «признание ошибки может создать для врача высокий риск наступления правовых последствий из-за несовершенства юридических механизмов регулирования медицинских взаимоотношений» [6]. Следует отметить, что законодательное утверждение «иммунитета» для признания ошибки имеется только в США и некоторых странах Европы [6]. Положительное решение данной проблемы в Республике Беларусь существенно улучшит качество медицинской помощи в целом и онкологической запущенности в частности, так как «работа над ошибками» – основной и необходимый элемент процесса познания в медицине, технике и общественной жизни.

Таким образом, количество вновь выявленных случаев заболеваний ЗНО в Республике Беларусь за 6 лет увеличилось на 84,5 случая на 100 тыс. населения (с 381,1 случая в 2005 г. до 465,6 в 2011 г.). Среднегодовой прирост за этот период составил 14,1 случая на 100 тыс. жителей при среднегодовом темпе прироста в 3,3%, при этом удельный вес онкологической запущенности в республике снизился на 4,7 на 100 вновь выявленных случаев ЗНО (с 21,3 до 16,6).

Удельный вес онкологической запущенности в Минской области снизился за этот период на 9,4 на 100 вновь выявленных случаев ЗНО (с 24,0 до 14,6). По этому показателю за анализируемый период область переместилась с последнего места в стране на первое (табл. 1 и 4), хотя среднегодовой прирост числа вновь выявленных случаев был самым высоким в республике – 18,25 случаев на 100 тыс. населения [2, 3]. Одновременно улучшилось качество работы экспертных комиссий.

В настоящее время в Республике Беларусь взят курс на внедрение скрининга и скрининговых программ для раннего выявления онкологических заболеваний наиболее часто встречающихся локализаций, что представляет собой существенный

Таблица 3

Структура причин онкологической запущенности в Минской области в 2005–2011 гг. (на 100 онкологически запущенных случаев, рассмотренных в ПЭК)

Причины	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Всего
Неполное обследование	1,78	1,74	1,63	2,17	2,05	1,86	1,57	12,8±0,41
Ошибка клинической диагностики	0,40	0,57	0,63	0,49	0,55	0,57	0,54	3,8±0,23
Ошибка рентгенологической диагностики	0,37	0,28	0,33	0,34	0,24	0,18	0,39	2,1±0,18
Ошибка морфологической диагностики	0,1	0,07	0,06	0,06	0,03	0,12	0,06	0,5±0,09
Длительное обследование	0,36	0,36	0,36	0,40	0,33	0,29	0,43	2,5±0,19
Скрытое течение заболевания	5,82	6,84	6,91	6,55	6,03	5,91	5,07	43,2±0,61
Несвоевременное обращение	5,50	5,29	5,77	4,17	3,29	2,93	2,58	29,5±0,56
Отказ от обследования	0,28	0,26	0,28	0,36	0,72	0,64	0,69	3,3±0,22
Погрешности диспансеризации	0,08	0,03	0,03	0,28	0,52	0,65	0,73	2,3±0,18
ИТОГО	14,7±0,43	15,4±0,44	16,0±0,45	14,8±0,43	13,8±0,42	13,2±0,41	12,1±0,40	100

Таблица 4

Состояние онкологической запущенности в Минской области в 2011 году

Регионы	Число вновь выявленных случаев заболеваний		Число запущенных случаев заболеваний злокачественными новообразованиями		Коэффициент достоверности (t)
	Абс. число	На 100 тыс.	Абс. число	На 100 вновь выявленных	
Брестская	5638	406,2	926	16,4±0,49	33,5
Витебская	5813	477,9	855	14,7±0,46	31,95
Гомельская	7146	499,5	1082	15,1±0,42	35,95
Гродненская	4800	452,4	737	15,4±0,52	29,6
г. Минск	8815	470,9	1811	20,5±0,43	47,7
Минская	6878	488,2	1006	14,6±0,43	33,95
Могилевская	4954	458,0	883	17,8±0,54	32,96
Всего	44044	465,6	7300	16,6±0,18	92,2

прогресс в решении проблемы успешного лечения рака. Однако, по данным российских медиков, при проведении УЗИ, осуществлении эндоскопических, рентгенологических, морфологических методов исследования в 12–38% случаев возможны ошибки, а эти методы обследования применяются при проведении скрининга и скрининговых программ или для уточняющей диагностики по результатам скрининга. Поэтому следует осознавать, что внедрение этих передовых и многообещающих программ также потребует постоянной оценки качества их выполнения, выявления ошибок и разработки мер и мероприятий по устранению этих ошибок.

Выводы:

1. В Республике Беларусь, как и во многих странах мира, наблюдается рост числа вновь выявленных случаев заболеваний злокачественными новообразованиями, что, в основном, обусловлено старением населения.
2. В последние годы (2006–2011) в результате принятых на всех уровнях управления здравоохранением республики мер, произошло снижение онкологической запущенности на 4,7 на 100 вновь выявленных случаев ЗНО, что выше аналогичного показателя за предыдущие 40 лет (1966–2005).
3. В результате постоянной целенаправленной работы УЗО и реализации экспертных предложений, на основании причин, установленных в результате применения технологии экспертизы, в Минской области онкологическая запущенность снизилась в 1,6 раза. При этом по уровню своевременной диагностики ЗНО область переместилась с последнего места в республике на первое.
4. Для дальнейшего совершенствования работы по своевременному выявлению злокачественных новообразований необходимы постоянный контроль за состоянием онкологической запущенности и внедрение новых скрининговых программ по диагностике ЗНО основных локализаций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Залуцкий, И.В. Совершенствование работы экспертных комиссий по раннему выявлению онкологических заболеваний / И.В.Залуцкий, Ф.Е.Венскевич // Здравоохранение. – 2011. – №7. – С.17–20.
2. Данные Белорусского канцер-регистра (ф. №6000) за 2005–2011 годы.
3. Поляков, С.М. Злокачественные новообразования в Беларуси, 2001–2010 / С.М.Поляков, Л.Ф.Левин, Н.Г.Шебеко [и др.]; Белорусский канцер-регистр. – Минск, 2011.
4. Отчет Центральной экспертной комиссии по раннему выявлению онкологических заболеваний за 2006–2011 годы.
5. Залуцкий, И.В. Эпидемиология злокачественных новообразований в Беларуси / И.В.Залуцкий, И.Ю.Аверкин, Н.А.Артемова, А.А.Машевский. – Минск: Зорны верасень, 2006. – 208 с.
6. Фоменко, А.Г. Раскрытие врачебных ошибок: правовые, этические и организационно-методические аспекты проблемы / А.Г.Фоменко // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2009. – №3. – С.35–44.

**DYNAMICS OF ADVANCED CANCER CASES IN MINSK REGION IN 2005–2011
F.E.Venskevich**

The efficiency of cancer patient treatment is in direct dependence on their timely detection at early stages of the disease however there is a problem of advanced cancer cases in all countries of the world. The expert examination of reasons for late cancer cases detection, aimed at the realization of adequate measures to reduce advanced cancer cases is included in a set of measures to address the problem. The dynamics of advanced cancer cases in Minsk region for the period 2005-2011 has been presented. In this region the technology on expert examination of advanced cancer cases has been introduced and measures on organization of timely cancer detection taking into account the reasons, ascertained during the expert examination have been taken.

Поступила 28.03.2012 г.