

**Справка об онкологической ситуации  
за 2011 год в разрезе поликлиник города.**

Взято на учет 988 человек (1109 случаев) с впервые установленным диагнозом: злокачественное новообразование.

**Заболеваемость по поликлиникам на 100000 населения (грубые показатели)**

№/№	2009 год		2010 год		2011 год	
	учтено случаев	заб-ть	учтено случаев	заб-ть	учтено случаев	заб-ть
1	48	402,9	62	521,0	59	495,8
2	227	<b>616,1</b>	224	<b>622,9</b>	207	<b>571,7</b>
9	53	279,0	37	205,6	85	425,0
3	18	304,6	30	531,0	22	389,4
10	50	227,1	55	252,8	41	192,6
11	13	379,9	14	358,6	13	331,0
4	209	<b>536,1</b>	203	542,5	227	<b>605,5</b>
5	178	<b>507,1</b>	224	<b>652,8</b>	195	<b>568,3</b>
7	201	500,6	229	<b>581,7</b>	228	<b>575,1</b>
<b>город</b>	<b>1052</b>	<b>388,3</b>	<b>1090</b>	<b>404,0</b>	<b>1109</b>	<b>420,2</b>

Из данной таблицы видно, что заболеваемость по городу среди поликлиник имеет большой разрыв в числах (поликлиника № 4 – 605,5, поликлиника № 10 – 192,6), но в основном отмечается рост этого показателя. Как известно, онкологическая заболеваемость это объективный показатель, который зависит от: половой структуры прикрепленного населения, возрастного состава, имеются также поликлиники, где основное население женское или наоборот преобладает мужское. Следует рассмотреть и такой вариант, что возможно преобладание населения старше трудоспособного возраста, что также может влиять на показатель заболеваемости.

**Распределение по поликлиникам и стадиям 2011 год**

Пол-ка №	Учтено всего случаев	In situ	Стадии					Без стадии	Запуш. случаев	Запушенность в % от учтенных
			I ст.	II ст.	III ст.	III ст. Визуаль	IV ст.			
1	59	-	15	16	13	2	12	3	14	23,7
2	207	-	47	62	33	3	56	9	59	28,5
9	85	-	21	25	15	3	23	1	26	30,5
3	22	-	4	4	7	2	7	-	9	<b>40,9</b>
10	41	-	9	13	5	3	12	2	15	<b>36,6</b>
11	13	2	-	6	2	1	3	-	4	<b>30,8</b>
4	227	-	51	79	44	4	48	5	52	22,9
5	195	-	58	48	46	<b>9</b>	39	4	48	24,6
7	228	2	50	80	49	<b>17</b>	41	6	58	25,4
ЖД	22	-	6	6	6		3	1	-	-
Дети	7	-	-	-	-		1	6	1	14,3
Бомж	2	-	-	-	-		2	-	2	100
<b>Итого:</b>	<b>1109</b>	<b>4</b>	<b>261</b>	<b>340</b>	<b>220</b>	<b>42</b>	<b>247</b>	<b>37</b>	<b>288</b>	<b>26,0</b>
Гинекология	105	4	15	48	24	5	13	1	18	17,1
ЖД	22	-	-	-	-		-	-	6	27,3

Запушенность по городу составляет 26,0% (2010 год – 28,9, 2009 год – 28,5).

Наибольшую запущенность имеют поликлиники №3 (40.9%), №10 (36,6%), №11 (30,8%), что на наш взгляд свидетельствует о достаточно низкой онкологической настороженности, недостаточной профилактической работе и работе с диспансерными группами больных, а также недостаточной работе смотровых кабинетов (в поликлинике №3 – не работает, в поликлинике №11 – нет смотрового кабинета). Просим обратить внимание в таблице на показатели запущенности III стадии визуальных локализаций: **поликлиника №7 – 17, поликлиника №5 – 9**, что также говорит о неудовлетворительной работе общей лечебной сети и невыполнении Краевой целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями», в которую входит подпрограмма «ОНКОЛОГИЯ», разработанная на основании постановления Правительства Хабаровского края от 06.02.2008 г.№48-пр «О ходе реализации на территории Хабаровского края основных направлений Послания Президента Российской Федерации 2007 года и приоритетных национальных проектов». По программе «Онкология» показатель должен быть не больше 20, а то и снижен до 10%.

#### Работа с протоколами.

За 2011 год составлено 317 протоколов. Передано для разбора в поликлиники города – 317 протоколов. Разобрано – 316 протоколов, что составляет – 99,7 %. На больных с IV ст. составлено 269 протоколов, с III ст. визуальных форм – 48 протоколов.

#### Причины запущенности

Поликлиника	Составлено протоколов	Разобрано протоколов	Скрытое течение	Не своевременно обращение	Отказ от обследования	По вине врачей						Другие причины	Причины не известны	Не разобрано протоколов
						Не полное обследование	Несовершенство диспансеризации	Ошибка клиническая	Ошибка R-логическая	Ошибка морфологическая	Ошибка других специалистов			
1	16	16	4	11	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2	<b>62</b>	<b>62</b>	33	25	2	-	-	1	-	-	-	1	-	-
9	26	26	15	6	2	-	-	-	1	1	-	1	-	-
3	9	9	6	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10	15	15	6	5	1	1	-	-	-	-	-	2	-	-
11	4	4	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4	<b>57</b>	<b>57</b>	23	29	1	2	-	-	1	-	-	1	-	-
5	53	53	26	25	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-
7	<b>65</b>	<b>65</b>	25	29	3	4	1	1	1	-	-	-	1	-
Ж.Д.	6	5	3	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
МУЗ «ГО Д»	1	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Дети	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
БОМ Ж	2	2	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Итого</b>	<b>317</b>	<b>316</b>	<b>146</b>	<b>137</b>	<b>11</b>	<b>8</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>-</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

**Причины запущенности в % от числа разобранных протоколов**

Поликлиника	Составлено протоколов (% От общего числа протоколов)	Скрытое течение	Не своевремен. обращение	Отказ от обследования	Не полное обследование	Несовершенство диспансеризации	Ошибка клиническая	Ошибка R-логическая	Ошибка морфологическая	Ошибка других специалистов	Другие причины	Причины не известны
					По вине врачей							
1	16 (5,1)	25,0	68,8	,25	-						-	-
2	62 (15,6)	53,2	40,3	3,2	-	-	1,6	-	-	-	1,6	-
9	26 (8,2.)	57,7	23,1	7,7	-	-	-	3,9	3,9	-	3,9	-
<b>3</b>	<b>9 (2,8)</b>	<b>66,7</b>	<b>33,3</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10	15 (4,7)	40,0	33,3	6,7	6,7	-	-	-	-	-	13,3	-
<b>11</b>	<b>4 (1,3)</b>	<b>100,0</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4	57 (18,0)	40,4	50,9	1,8	3,5	-	-	1,8	-	-	1,8	-
5	53 (16,7)	49,1	47,2	1,9	1,9	-	-	-	-	-	-	-
7	65 (20,5)	38,5	44,6	4,6	6,2	1,5	1,5	1,5	-	-	-	1,5
Ж.Д.	6 (1,9)	50,0	50,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
МБУЗ «ГОД»	1 (0,3)	-	-	-	-	100,0	-	-	-	-	-	-
Дети	1 (0,3)	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
БОМЖ	2 (0,6)	-	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Итого</b>	<b>317 (100,0)</b>	<b>46,2</b>	<b>43,4</b>	<b>3,4</b>	<b>5,1</b>						<b>1,6</b>	<b>0,3</b>

Основная причина запущенности:

- скрытое течение – **46,2%**;
- не своевременное обращение – **43,4%**;
- отказ от обследования – 3,4%;
- по вине врачей – **5,1%**;
- другие причины – 1,6%;
- причины не известны – 0,3%.

Обращает внимание, что I, II и III место по количеству разобранных протоколов занимают крупные поликлиники: 7, 2 и 4 соответственно. Достаточно большое количество запущенности по вине врачей, что говорит о недостаточной онкологической настороженности в общей лечебной сети.

При анализе причин запущенности - на первом месте скрытое течение – 46,2%, на втором – несвоевременное обращение – 43,4, что по нашему мнению, свидетельствует о формальном подходе к разбору протоколов и недостаточном анализе запущенных случаев, а также перекладывании вины врачей на больного. Из чего следует, что если больной посещал поликлинику, обращался за помощью и не получил должного обследования, причину следует искать в работе лечебной сети, а не убеждать себя в трудности диагностики, скрытом течении и несвоевременном обращении. Протоколы должны разбираться более тщательно в амбулаторно-поликлинических учреждениях по месту проживания больного, а не учреждением, которое его составляет.

Важным показателем, маркером эффективности оказания помощи онкологическим больным в рамках программы является показатель смертности:

**Смертность по поликлиникам от ЗНО на 100000 населения (грубые показатели)**

№/№	2009 год		2010 год		2011 год	
	умерло всего	смертность	умерло всего	смертность	умерло всего	смертность
1	33	<b>277,0</b>	28	235,3	26	218,5
2	115	<b>312,1</b>	97	<b>269,8</b>	105	<b>290,0</b>
9	10	52,6	12	66,7	21	105,0
3	18	<b>304,6</b>	14	<b>247,8</b>	13	<b>230,1</b>
10	25	113,6	19	87,3	23	108,0
11	6	175,3	9	230,5	2	50,9
4	97	248,8	89	237,8	105	<b>280,1</b>
5	92	262,1	88	<b>256,4</b>	79	230,2
7	108	269,1	89	226,1	96	<b>242,1</b>
<b>город</b>	<b>577</b>	<b>212,9</b>	<b>537</b>	<b>199,2</b>	<b>516</b>	<b>195,5</b>

Анализируя показатель смертности, приходим к выводу, что наибольший показатель имеет поликлиника №2 (290,0), на втором месте: поликлиника №4 (280,1), на третьем месте: поликлиника №7 (242,1) и они намного превышают городской показатель – 195,5.

С учетом высокой запущенности визуальных локализаций складывается достаточно неудовлетворительная картина.

**Работа смотровых кабинетов**

Охват медицинскими осмотрами от общего числа принятых человек (в %)

№/№	2009 год		2010 год		2011 год	
	Кол-во осмотр.	Охват (%)	Кол-во осмотр.	Охват (%)	Кол-во осмотр.	Охват (%)
1	908	2,6	1845	5,1	1876	5,3
2	2736	5,7	2806	6,0	2854	6,3
9	1295	7,8	2335	14,3	1133	5,7
3	1066	12,2	<i>Кабинет не работает</i>			
10	4491	21,5	4844	24,3	5405	26,9
11	<i>Кабинета нет</i>					
4	9845	47,8	7193	34,3	8395	43,1
5	13928	18,7	12919	17,7	12240	16,7
7	12200	31,4	11200	29,0	11220	29,0
<b>всего</b>	<b>46469</b>	<b>17,6</b>	<b>43142</b>	<b>16,4</b>	<b>43123</b>	<b>16,4</b>

Из приведенной таблицы видно, что общий охват медицинскими осмотрами в 2011 году по городу снизился по сравнению с 2009 годом: 2011 год – 16,4, а в 2009 году – 17,6. Данный показатель говорит о недостаточном охвате медицинскими осмотрами обслуживаемого населения и в целом по городу картина довольно удручающая, что приводит к снижению выявляемости на I – II стадиях заболевания.

**Выявляемость смотровых кабинетов на 1000 осмотренных**

№/№	2009 год		2010 год		2011 год	
	Кол-во выявл. ЗНО	На 1000 осмотренных	Кол-во выявл. ЗНО	На 1000 осмотренных	Кол-во выявл. ЗНО	На 1000 осмотренных
1	2	2,2	1	0,5	5	2,7
2	13	4,8	14	5,0	17	6,0
9	1	0,8	0	0	1	0,9
3	1	0,9	<i>Кабинет не работает</i>			

10	19	4,2	28	5,8	19	3,5
11	<i>Кабинета нет</i>					
4	14	1,4	9	1,3	12	1,4
5	25	1,8	43	3,3	42	3,4
7	24	2,0	25	2,2	25	2,2
<b>всего</b>	<b>99</b>	<b>2,1</b>	<b>120</b>	<b>2,8</b>	<b>121</b>	<b>2,8</b>

Как видно из представленной таблицы отмечается довольно низкий показатель выявляемости онкопатологии в смотровых кабинетах. Относительно неплохо на этом фоне смотрится 2 поликлиника.

Важной особенностью выявления онкопатологии среди условно здорового населения являются профосмотры

#### **Структура выявленных больных при профосмотрах.**

	<b>2010 год</b>	<b>2011 год</b>
<b>Локализации</b>	<b>Доля (%)</b>	<b>Доля (%)</b>
ЗНО губы, ЗНО глотки	5,6	1,9
Пищевод	14,3	0
Желудок	1,5	1,4
Ободочная кишка	1,4	0,9
Прямая кишка, анус, ректосигм.	4,1	0
Гортань	0	2,3
Трахеи, бронхов, легкого	16,7	10,4
Костей и суставных хрящей	0	0,5
Меланома кожи	5,9	3,2
Кожа	8,9	53,2
Мезотелиальной и других мягких тканей	0	0,9
Молочной железы	8,5	10,4
Шейка матки	4,3	2,3
Тело матки	3,3	1,8
Яичники	3,4	3,6
Предстательная железа	2,9	0
Мочевой пузырь	3,7	0
Щитовидная железа	16,7	0,9
Злокачественные лимфомы	5,9	0,9
Прочие локализации (почки, печень и внутрипеченочные желчные протоки и т.д)	4,3	4,6
<b>Всего от общего числа выявленных больных</b>	<b>6,5</b>	<b>22,5</b>

Показатель первичной выявляемости злокачественных новообразований по Хабаровскому краю за период с 01.01. по 01.10.2011г. – 6,1%. В городе Хабаровске – 6,5%.

Из приведенной таблицы видно, что эффективность профилактических осмотров в 2011 году значительно повысилась и составила 22,5% (2010 год – 6,5%, 2009 год – 9,8%). Наибольший показатель активной выявляемости характерен для следующих локализаций: кожа – 53,2%, трахеи, бронхов, легкого и молочной железы – 10,4%, яичников – 3,6% (2010 год - трахея, бронхи, легкие – 16,7%; щитовидная железа – 16,7%; пищевод – 14,3%).

Показатель эффективности профилактических осмотров вырос, по сравнению с 2010 годом на 16%, но все же остается достаточно низким для уменьшения показателя запущенности, что, возможно, свидетельствует о достаточно низкой онкологической

настороженности, а также недостаточном охвате профилактическими осмотрами населения города и отказ его от обследования.

Доля больных с опухолевым процессом I – II стадии, выявленных при профилактических осмотрах:

- от общего числа больных, выявленных на профилактических осмотрах – 80,6%;
- от общего числа больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования – 18,1%;
- имеющих визуальные формы злокачественных новообразований от общего числа больных, выявленных на профилактических осмотрах – 14,2%.

Показатель 14,2% (выявленные визуальные формы) – ничтожно мал, что опять же свидетельствует о недостаточном охвате пациентов смотровыми кабинетами. Каждый обратившийся первично в поликлинику за медицинской помощью должен попадать на прием к специалисту только через смотровой кабинет, а это напрямую зависит от работы руководства поликлиники с работниками регистратуры, участковыми терапевтами и т.д.

### **Выводы:**

- не выполнении муниципальным образованием г. Комсомольска-на-Амуре Краевой целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями», в которую входит подпрограмма «ОНКОЛОГИЯ», разработанная на основании постановления Правительства Хабаровского края от 06.02.2008 г. №48-пр «О ходе реализации на территории Хабаровского края основных направлений Послания Президента Российской Федерации 2007 года и приоритетных национальных проектов»;
- не выполнении муниципальными образованиями г. Комсомольска-на-Амуре требований приказа Министерства здравоохранения РФ №135 от 19.04.1999 г. «О совершенствовании системы государственного ракового регистра»;
- о недостаточном уровне организационной работы руководителей муниципальных образований г. Комсомольска-на-Амуре по диспансеризации и профилактическому лечению лиц с факторами риска развития рака;
- о недостаточной информированности населения о факторах риска, о смотровых кабинетах, центрах здоровья, возможности прохождения дополнительной диспансеризации.

В связи с чем, **рекомендуем** муниципальным образованиям города принять срочные меры по совершенствованию онкологической помощи населению, а именно:

- обеспечить выполнение Постановления Правительства Хабаровского края от 17.10.2011 года №338-пр «О краевой целевой программе «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2012-2014 годы)»;
- укомплектовать подведомственные учреждения здравоохранения врачами и средним медицинским персоналом;
- организовать работу смотровых кабинетов в соответствии с требованиями нормативных документов; для улучшения онкологической ситуации необходимо обеспечить работу смотровых кабинетов в 2 смены. Сделать обязательным прохождение пациентов 1 раз в год через смотровой кабинет;
- организовать строгое выполнение врачами первичного звена г. Комсомольска-на-Амуре требований приказа Министерства здравоохранения РФ №135 от 19.04.1999 г. «О совершенствовании системы государственного ракового регистра» в части качественного заполнения и своевременного предоставления в МБУЗ «Городской онкологический диспансер» первичной учетной документации на онкологических больных;
- для выдачи медицинского свидетельства о смерти, умершим не состоящим на учете в соответствии с требованиями нормативных документов проводить по показаниям судебно-медицинское или патологоанатомическое вскрытие и кодировать

основное заболевание по правилам и инструкции по кодированию смертности, чтобы исключить дефекты оформления медицинской документации, влияющие на достоверность статистики смертности;

- ответственным должностным лицам осуществлять ежемесячный контроль за правильностью оформления свидетельств о смерти в установленные сроки для исключения ошибок в заполнении документации по кодированию причин смерти.

С целью оптимизации диагностики и оказания медицинской помощи онкологическим больным, а также проведения профилактических мероприятий разработана трёхступенчатая система профилактики и раннего выявления злокачественных новообразований в городе Комсомольске-на-Амуре.

Первый этап - работа со здоровым населением и врачами общей лечебной сети:

- разработка и распространение методических пособий среди врачей с целью повышения онкологической настороженности;
- разработка лекции по мерам профилактики, раннему выявлению злокачественных новообразований для врачей общей лечебной сети;
- создание и распространение среди населения обучающих профилактических программ, агитационных материалов (буклетов, брошюр, закладок, флайеров);
- проведение широкомасштабных акций по профилактике, по здоровому образу жизни с привлечением средств массовой информации;
- разработка обучающих программ по здоровому образу жизни и внедрение их в школах и ВУЗах города Комсомольска-на-Амуре;
- Создание электронной странички (сайта)

Второй этап - работа с людьми из группы риска по развитию онкологических заболеваний

Специалисты диспансерно-диагностического отделения:

- обучают население приемам самообследования;
- информируют о преимуществах своевременного выявления и лечения предраковых заболеваний;
- проводят лекции по мерам профилактики, раннему выявлению злокачественных новообразований.

Третий этап - работа с онкологическими больными:

- в рамках социальной адаптации пациентов после лечения онкопатологии, планируется создание «Школы онкологического больного», на заседаниях которой в доступной форме для больного и его родственников будет рассказываться, как справиться с осложнениями и побочным действием химиотерапии, лучевого лечения, как жить дальше после лечения злокачественного заболевания, о мерах профилактики метастазов, будут обсуждаться вопросы питания и многое другое. В рамках «Школы онкологического больного», планируется работа психолога.