

В.М. Мерабишвили

ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России

Роль Популяционных раковых регистров в определении реального состояния онкологической помощи населению.

Используемое программное обеспечение на большей территории России, в основном, нацелено на формирование **государственной отчетности**, которая должна быть подготовлена на административных территориях и передана «органу местного самоуправления в сфере здравоохранения субъекта российской Федерации - до **20 января**», «органу управления здравоохранения субъекта российской Федерации - до 20 февраля», Министерству здравоохранения России до 5 марта за отчетный год. То, что для эффективного управления необходимо знать состояние проблемы и иметь оперативную информацию - понятно, но для этого необходимы всего две цифры: общее число первичных случаев злокачественных новообразований (ЗНО) и численность контингентов онкологических больных.

Традиционно в мире существуют две системы сбора данных на онкологических больных:

Мировая – сбор данных через систему популяционных раковых регистров. С обобщением информации на первичных больных за календарный год (с 01.01 до 31.12), тщательной проверкой всех первичных документов, исключением дублей, активным поиском по архивам стационаров всех ранее неучтенных больных и последующим прослеживанием их судеб минимум пять лет.

СССР и Россия – сбор данных осуществляется не за календарный год, а за отчетный год и отчет сдается в середине января. В связи с чем, как правило, выпадают из отчета больные, заболевшие в декабре, ноябре и тд. За предыдущий год, но добавляются больные за декабрь, ноябрь и тд., не попавшие в предыдущий отчетный год.

Мы сравнивали данные по двум системам сводки и выяснили, что различие абсолютного числа заболевших находится в рамках статистической погрешности, НО...

... быстрый или ускоренный свод данных для государственной отчетности оказывает негативное влияние на качество сводимых данных по различным параметрам регистрационной карты. Ни одна административная территория России (кроме Санкт-Петербурга) не осуществляет свод данных по международным стандартам и не представлена в изданиях МАИР «Рак на пяти континентах». Ленинград- Санкт-Петербург представлен в этих изданиях с 1983 года с VI по X том. Надеюсь, что после организованного

ВОЗ МАИР и НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова в сентябре 2015 года школы онкологов по развитию в России системы Популяционных раковых регистров по международным стандартам от России добавятся новые территории в это издание.

В связи с отсутствием на 20 административных территориях России доступа к базе данных умерших, на какие показатели можно опираться, а на какие нет:

- Заболеваемость –** данные близки к реальной величине, которая может быть на 10-15% выше представляемой.
- Смертность –** наиболее точная величина, некоторые сложности возникают в крупных центрах, т.к. больные из разных административных территорий могут лечиться и умирать не по постоянному месту жительства, в связи с чем данные смертности, в частности, в Москве и Санкт-Петербурге завышены.
- Контингенты больных –** численность контингентов онкологических больных завышена по двум причинам:
1. у 20 административных территорий нет доступа к базе данных умерших, в связи с чем часть умерших не исключается из базы данных ПРР, и в базах данных накапливаются «мертвые души», представляемые в отчетах как успех деятельности онкологической службы. Чтобы в этом убедиться, достаточно проверить списки больных с III и IV стадией заболевания, учтенных 10 и более лет назад. Проведение такой работы ограничено мизерным штатным расписанием ПРР.
2. **Часть больных** исчезает из под наблюдения в связи со сменой места жительства и онкологическим учреждениям об этих больных судьба не известна.
- Индекс накопления контингентов –** Индекс накопления контингентов при длительном диспансерном наблюдении больных существенно завышен, как и численность контингентов, и по тем же причинам. Его величина в Скандинавских странах – 2,0-2,5, но показатель prevalence там формируется из 5-летнего, наиболее точного, наблюдения больных. В России его величина превышает часто 6 и 7, когда накапливаются «мертвые души».

Отсутствие доступа к БД умерших –	<ol style="list-style-type: none">1. искажает государственную отчетность (ф.№35) в отношении контингентов, особенно состоящие под наблюдением 5 и более лет.2. неверно отражается расчет одногодичной летальности.3. индекс накопления контингентов не соответствует реальности.4. показатель летальности контингентов занижен.5. невозможно рассчитывать показатель наблюдаемой и относительной выживаемости.
Диагноз подтвержден морфологически –	показатель несколько занижен по сравнению с реальной величиной по нашему исследованию на 4-8%, в зависимости от качества работы ЛПУ. Это происходит в связи с задержкой представления в раковый регистр данных анализа гистологической характеристики опухолей.
Стадии заболевания –	Как правило, завышен уровень I и II стадии и занижен уровень IV стадии. Здесь две причины: <ol style="list-style-type: none">1. сложность диагностики, особенно невизуальных локализаций опухолей, в связи с разным уровнем оснащения ЛПУ и квалификацией врачей-патологоанатомов.2. административное давление руководства всех уровней. Расхождения порой огромное (в разгах, а не в процентах). Например, в отчете территории X указано, что выявлено среди больных раком печени 64% больных с I и II стадией, при реальном положении сегодня в мире 0% в этой группе. По данным государственной отчетности удельный вес, выявленных в I и II стадии заболевания ЗНО составил в 2014 году 52%. По федеральным округам этот показатель составляет от 48,2% в Дальневосточном Федеральном округе до 53,4% в Южном ФО. На отдельных административных территориях его величина превышает 55% (55,6%). Разброс I стадии от 10,3% в Ингушетии, 11,7% в Дагестане до 34,7% в Тюменской и 35,2% в Самарской областях. Возьмем локализацию с наиболее высоким уровнем летальности – рак печени. Более чем на 50 административных территориях не показано ни одного случая рака печени в I стадии, на 12 территориях во II стадии, на 8 в I и II стадии.

- Выявлены активно –** **вся группа показателей миф**, т.к. по учетным документам это проследить практически невозможно. Таких данных в базе ПРР не существует. **Ставится среднепотолочная цифра** (близкая к «среднероссийской» за предыдущий год с некоторым улучшением).
- Посмертно учтенные –** **1.показатель резко занижен.** Это плохой показатель для главного врача онкологического диспансера, свидетельствующий об упущениях в контроле за активным выявлением онкологических больных, хотя это не его обязанность, а всей амбулаторно-поликлинической системы. Поэтому, как правило, такие данные не включаются в отчет, если они и имеются. Единственная территория России, где для получения этих сведений создано специальное подразделение со своим штатом, тщательно улучшающее эту ситуацию, - Самара (областной клинический онкологический диспансер).
- 2.** в Санкт-Петербурге он наивысший – 18,5 на 100 впервые выявленных больных, **но и эта величина занижена.** Для получения реальной картины необходимо обязать патологоанатомов направлять в ПРР протоколы вскрытия из патологоанатомических отделений ЛПУ, тогда картина может значительно точнее отражать реальное состояние % посмертно учтенных.
- 3.** по многим административным территориям, особенно Северо-Кавказского Ф.О., посмертно учтенных вообще не существует, т.к. умершие не вскрываются (средневековый обычай) и в этих условиях у них нет посмертно учтенных. В итоге, усредненные данные по России резко занижены.
- Одногодичная летальность –** Один из наиболее объективных показателей оценки деятельности онкологической службы. Мы проверили ее характеристику, рассчитав выживаемость онкологических больных (таблица 1). При расчете показателя на оба пола различие отчетных форм и баз данных ПРР находилось, в основном, в пределах статистической погрешности. Однако ее величина с учетом пола отличается существенно.

Индекс достоверности учета (ИДУ) – отношение числа умерших к числу впервые зарегистрированных в отчетном году. Его величина в США составляет 0,2, в Европе 0,5, в среднем по России - 0,51 (2014). На ряде административных территорий России ее величина превышает 0,7, что свидетельствует о существенном (15-20%) недоучете больных с впервые в жизни установленным диагнозом ЗНО легкого, печени, поджелудочной железы.

Проблема учета детских контингентов - Учет детских контингентов осложняется малым числом возникающих случаев ЗНО, в связи с чем онкологическая настороженность педиатров имеет крайне малое значение. Особая роль принадлежит и специфике структуры онкопатологии – большому удельному весу системных новообразований лимфатической и кроветворной ткани. На точность статистики первичных случаев ЗНО среди детского населения оказывает и то обстоятельство, что лечение этого контингента возможно только в крупных Федеральных центрах, из которых, как правило, информация о заболевших и особенно об умерших по месту постоянного жительства, как правило, не передается.

Классические заблуждения врачей, в том числе онкологов-клиницистов.

У врачей, в том числе и у онкологов-клиницистов, сложилось неправильное впечатление о некоторых динамических процессах распространенности рака. В огромном числе высказываний в прессе утверждается, что «рак молодеет» (это относится и к другим неэпидемическим заболеваниям), что рак злее у молодых. На страницах академических журналов, в выступлениях на научных форумах, в монографиях разворачиваются дискуссии на тему, кто чаще заболевает - мужчины или женщины? Конечно, речь не идет о таких локализациях как рак молочной или щитовидной железы, рак гортани или легкого, но это касается, прежде всего, ЗНО желудочно-кишечного тракта – ободочной и прямой кишки.

Рассмотрим все последовательно.

Рак молодеет.

Чтобы сделать заключение о том, что рак молодеет, должна увеличиваться доля лиц, заболевших ЗНО в молодых возрастах, но это не происходит. Мы наблюдаем уменьшение удельного веса среди лиц моложе 40 лет и увеличение среди лиц в возрасте 60 лет и старше.

Рак злее у молодых.

То, что рак злее у молодых можно объяснить двумя факторами:

1. Гистологическая структура ЗНО среди молодых и пожилых имеет различие за счет гистотипов с более высоким уровнем летальности. Проведенное нами исследование на многих локализациях ЗНО, в том числе РМЖ, онкогинекологии и желудочно-кишечного тракта, не выявило различий в структуре гистологических типов ЗНО.

2. Если рак злее у молодых, то выживаемость больных в данной группе должна быть меньше. Если отбросить некоторые специфические локализации, то мы увидим, что, как правило, с увеличением возраста больных показатель наблюдаемой и относительной выживаемости снижается.