

Анализ причин запущенности и низкой выживаемости больных со злокачественными новообразованиями ЛОР-органов и полости рта в Москве

Д.м.н., проф. А.М. СДВИЖКОВ*, д.м.н., проф. Л.Г. КОЖАНОВ, к.м.н. Н.Х. ШАЦКАЯ, к.м.н. Е.Н. БЕЛОВ

Онкологический клинический диспансер №1 (глав. врач — д.м.н., проф. А.М. Сдвижков) Департамента здравоохранения Москвы

Analysis of the causes of cancer negligence and low survival in the patients with malignant neoplasms of ENT and oral cavity in the city of Moscow

A.M. SDVIZHKOV, L.G. KOZHANOV, N.KH. SHATSKAYA, E.N. BELOV

Clinical Oncological Dispensary №1, Moscow Health Department

Цель работы — проанализировать причины поздней диагностики злокачественных новообразований и низкой выживаемости пациентов в Москве, а также наметить ряд организационных мероприятий, направленных на снижение уровня запущенности и смертности населения от злокачественных новообразований ЛОР-органов и полости рта. Среди причин запущенности первое место по частоте занимает несвоевременное обращение пациентов за медицинской помощью. Важные причины запущенности — бессимптомное течение заболевания, отсутствие патогномичных и ранних признаков злокачественной опухоли, сочетание нескольких заболеваний, несовершенство медицинской науки, недостаточная разрешающая способность существующих методов обследования. Авторы обращают внимание, что среди основных причин врачебных ошибок следует отметить отсутствие у практических врачей онкологической настороженности. Намечены основные пути решения проблемы запущенности злокачественных новообразований ЛОР-органов в Москве.

Ключевые слова: рак, онкологическая запущенность, опухоли головы и шеи.

The objective of the present study was to elucidate the causes of late detection of malignant neoplasms of ENT and oral cavity and low survival of the patients with these tumours in Moscow. The secondary objective was to elaborate the organizational measures for reducing the level of negligence and mortality from these malignancies among the city population. It was shown that the main cause behind the negligence is the late application of the patients for the medical assistance. Next in importance are asymptomatic clinical course of the disease in the absence of the pathognomonic and early signs of malignant neoplasms, a combination of several pathologies, imperfection of medical knowledge, and the poor resolving power of the modern methods. It is emphasized that the lack of vigilance against cancer among the practicing health providers is one of the main causes of medical errors. A few ways to address the problem of negligence with respect to malignant neoplasms of ENT and oral cavity in Moscow are proposed.

Key words: cancer, cancer negligence, head and neck tumours.

В настоящее время в нашей стране и за рубежом разработаны и внедрены в практику различные методы диагностики и лечения злокачественных новообразований верхних дыхательных и пищеварительных путей. Имеется возможность добиться стойкого излечения или продолжительной ремиссии у большинства больных со злокачественными опухолями при условии их своевременного выявления, использования правильной диагностической и лечебной тактики [1].

Тем не менее смертность от рака верхних дыхательных и пищеварительных путей остается высокой. Основной причиной этого является высокий процент запущенных больных, впервые обратившихся за консультацией в специализированное учреждение. Запущенные стадии злокачественных опухолей значительно снижают возможность благоприятного исхода лечения, даже самого совре-

менного и адекватного (комбинированное и комплексное).

Согласно данным Московского городского канцер-регистра, средняя продолжительность жизни больных со злокачественными опухолями ротоглотки и гортаноглотки III и IV стадий редко превышает 3 года. По данным литературы, 5-летняя выживаемость больных с III и IV стадиями рака ротоглотки не превышает 5—20% [2]. Примерно 40% умерших вообще не получали специального лечения, так как были поставлены на учет в инкурабельной стадии.

В табл. 1 приведено общее число больных, умерших в Москве в 2008—2012 гг. от злокачественных опухолей. Использованы анкеты канцер-регистра больных, состоящих на диспансерном учете в отделении ОГШ консультативной поликлиники ОКД №1. Отмечается некоторое снижение смертности пациентов со злокачественными

Таблица 1. Число умерших от злокачественных заболеваний верхних дыхательных и пищеварительных путей в Москве

Годы	Всего умерших	До 1 года	До 3 лет	От 3 до 5 лет	От 5 до 10 лет	Более 10 лет
2008	894	497	200	66	66	65
2009	866	505	191	54	51	65
2010	816	449	208	51	48	60
2011	805	460	200	72	54	39
2012*	644	340	185	39	39	41

Примечание. * — не учтены САО и СЗАО Москвы, переданные в ведение поликлиники при Московской онкологической больнице №62.

Таблица 2. Основные причины запущенности пациентов со злокачественными опухолями головы и шеи

Причина	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.
Несвоевременное обращение пациента за медицинской помощью	302 (45,2%)	272 (45,5%)	235 (42,2%)	242 (37,0%)	257 (41,6%)
Бессимптомное или скрытое течение болезни	251 (37,6%)	182 (30,4%)	113 (20,3%)	190 (29,1%)	206 (36,9%)
Врачебные ошибки	99 (17,1%)	100 (17,1%)	62 (11,1%)	82 (12,5%)	94 (16,7%)

заболеваниями ЛОР-органов и полости рта, однако очень высок показатель смертности в первый год после постановки диагноза и сохраняется низкая 3-летняя выживаемость пациентов данной группы.

Цель настоящей работы — проанализировать причины поздней диагностики злокачественных новообразований и низкой выживаемости пациентов в Москве, а также наметить ряд организационных мероприятий, направленных на снижение уровня запущенности и смертности населения от злокачественных новообразований ЛОР-органов и полости рта.

Основные причины запущенности злокачественных опухолей ЛОР-органов приведены в **табл. 2**. Среди причин запущенности первое место по частоте занимает несвоевременное обращение пациентов за медицинской помощью. Причинами этого мы считаем низкий уровень санитарно-просветительной работы среди населения, нежелание обращаться к врачу из-за страха потерять работу, недостаточно четкую организацию диспансерной работы, особенно в группах высокого риска, к которым относятся люди старше 40 лет, хронические курильщики, работники вредных производств и др.

Согласно приказу МЗ Российской Федерации №270 от 12.09.1997 г. «О мерах по улучшению организации онкологической помощи населению Российской Федерации» [3], более 30% больных, выявленных в запущенной стадии заболевания, не были осведомлены о признаках онкологических заболеваний и необходимости своевременного обращения к врачу. Это свидетельствует о недостаточности проводимой противораковой пропаганды среди населения.

Второе место среди причин запущенности занимает бессимптомное течение заболевания. К данной группе относятся случаи истинно скрытого неспецифического течения злокачественной опухоли, как, например, при раке верхнечелюстной пазухи, когда бессимптомность или малосимптомность проявлений заболевания на ранних стадиях связана с анатомо-топографическими особенностями верхней челюсти. Аналогичная картина может иметь место при опухолях в носоглотке, гортаноглотке. К данной группе можно отнести случаи, когда сами больные не могут точно сообщить время появления начальных при-

знаков заболевания, когда и в какие медицинские учреждения они обращались, объем оказанной им помощи. Особенно это относится к пожилым пациентам, людям, злоупотребляющим алкоголем и т.д.

Третьей по частоте причиной запущенности злокачественных опухолей ЛОР-органов являются врачебные ошибки (**табл. 3**). Данный показатель в Москве за последние пять лет имеет скачкообразный характер. Например, в 2004—2006 гг. прослеживается тенденция к снижению: в 2004 г. — 14,8%, в 2005 г. — 12,7%, в 2006 г. — 9,8%, однако данная причина не теряет своей актуальности. Ошибки в клинической онкологии всегда были предметом особого обсуждения. Выявление и лечение злокачественных опухолей имеет ряд особенностей. Незнание их порождает врачебные ошибки, которые, как правило, ведут к затягиванию сроков установления онкологического диагноза и появлению запущенных стадий. Впервые термин «врачебные ошибки» ввел Н.И. Пирогов. По этому поводу он писал: «...Я положил себе за правило ... не скрывать от моих учеников ... сделанную мною ошибку, будет ли она в диагнозе или лечении больного». Под врачебной ошибкой следует понимать неправильное действие врача при его добросовестном отношении к своим служебным обязанностям. Предложена классификация врачебных ошибок, которая остается актуальной до настоящего времени [4]. По данным литературы, ошибки в диагностике и лечении злокачественных опухолей ЛОР-органов в Российской Федерации составляют 44,2%, из них диагностические — 31,2% [5]. Обращается внимание на то, что диагностические ошибки могут быть допущены на разных этапах обследования больного [5] (**см. табл. 3**).

В большинстве случаев злокачественные опухоли диагностируют врачи общих лечебно-профилактических учреждений, до 40% онкологических больных наблюдаются и лечатся в учреждениях лечебно-профилактической сети [6]. Именно от них зависят активное выявление и своевременное направление больного в специализированное учреждение. «Судьба онкологического больного целиком зависит от врача, к которому он впервые обратился» [7]. Среди многообразия причин, порождающих врачебные ошибки, целесообразно выделить объективные и субъективные. К объективным причинам можно отнести отсут-

Таблица 3. Диагностические ошибки на различных этапах обследования больных со злокачественными новообразованиями ЛОР-органов

Районная поликлиника		Специализированное учреждение
терапевтический кабинет	ЛОР-кабинет	
Ошибки в оценке данных анамнеза и жалоб больного	Ошибки в оценке жалоб и анамнеза больного	Ошибки при ларингоскопии
Неполное обследование	Неполное обследование	Ошибки в методике проведения и оценке результатов дополнительных исследований
Неправильная трактовка выявленных клинических данных	Ошибки при пальпации	Ошибки при выполнении биопсии, трактовке гистологической картины
Несвоевременное направление к ЛОР-специалисту	Ошибки при ларингоскопии	
	Ошибки в оценке результатов проведенной противовоспалительной терапии	
	Тактические ошибки в построении объема и последовательности диагностики	

ствие патогномичных и ранних признаков злокачественной опухоли, сочетание нескольких заболеваний, несовершенство медицинской науки, недостаточную разрешающую способность существующих методов обследования, отсутствие единой аргументированной точки зрения на методологию диагностики злокачественных опухолей и выбор лечебной тактики, недостаточную оснащенность медицинских учреждений диагностической и лечебной аппаратурой.

К сожалению, большинство непосредственных причин врачебных ошибок имеют субъективный характер, т.е. зависят от врача. Это прежде всего неудовлетворительная организация профилактических осмотров населения, отсутствие онкологической настороженности, недостаточный уровень профессиональной подготовки врача, отставание от достижений современной клинической онкологии. Нередко причиной является неполное обследование больного, недостаточное использование диагностических методов, установление диагноза на основании результатов одного малоинформативного метода исследования, необоснованное затягивание процесса диагностики с нарушением принципа последовательности при обследовании больного, неправильное истолкование результатов обследования больного, установление диагноза на основании результатов необоснованно длительного динамического наблюдения.

И все-таки среди основных причин врачебных ошибок следует отметить отсутствие у практических врачей онкологической настороженности. Онкологическая настороженность — это определенный образ медицинского мышления врача, который, оценивая жалобы больного, объективные данные, результаты клинических анализов и дополнительных методов исследования, должен прежде всего ответить на вопрос: не связаны ли выявленные нарушения со злокачественным новообразованием. В первую очередь онкологическая настороженность зависит от профессиональной подготовки врача, знания современных методов исследования и методов диагностики злокачественных опухолей, знания симптоматики ранних форм онкологического заболевания и необходимой последовательности применения в достаточном объеме методов диагностики для его исключения или подтверждения.

Приведем клиническое наблюдение.

Больной *Ш.*, 53 лет, с октября 2012 г. обратил внимание на боли в горле и в январе 2013 г. обратился к оториноларингологу в районную поликлинику. Был поставлен диагноз: хронический фарингит, и назначено противо-

воспалительное лечение. При осмотре ЛОР-органов патологии выявлено не было. В связи с отсутствием положительного эффекта от проведенного лечения через 3 мес больной обратился повторно в ту же поликлинику, было назначено повторное противовоспалительное лечение. Улучшения не наступило, и больной в третий раз обратился к оториноларингологу в августе 2013 г. Через 10 мес после проявления первых признаков заболевания больной в связи с неэффективностью противовоспалительной терапии был направлен на консультацию в ОКД №1 для исключения опухоли глотки.

При осмотре: на задней стенке глотки слева определялась язвенно-инфильтративная опухоль. Выполнена биопсия опухоли и при гистологическом исследовании выявлен плоскоклеточный рак. В августе 2013 г. был установлен диагноз — рак ротоглотки T4N0M0 IV стадии.

Таким образом, в данном наблюдении больной в течение длительного времени (7 мес) находился под наблюдением оториноларинголога. Сроки наблюдения во много раз превысили необходимые (2—3 нед). В итоге специальное лечение больного было начато в IV, т.е. запущенной стадии заболевания.

Имеют место случаи длительного обследования больных и в онкологическом диспансере, что также может привести к запущенности. Нередко это связано с тем, что пациенты с подозрением на злокачественную опухоль, направленные из лечебно-профилактических учреждений Москвы, не имеют на руках данных общеклинического обследования (анализы крови, мочи, ЭКГ, рентгенография легких, заключения профильных специалистов). Врач-онколог вынужден вновь направлять больного в поликлинику для общеклинического обследования, что значительно затягивает сроки обследования и начало специального лечения.

Рассматривая возможные пути решения проблемы запущенности злокачественных новообразований ЛОР-органов в Москве, можно выделить следующие направления работы:

- проведение санитарно-просветительной работы среди населения Москвы с целью повышения онкологической настороженности;

- улучшение материально-технической базы и, соответственно, диагностических возможностей лечебно-профилактических учреждений;

- повышение онкологической настороженности врачей путем совершенствования медицинского образования: оптимизация обучения студентов медицинских

вузов, постоянное повышение уровня теоретической подготовки и совершенствование онкологических знаний оториноларингологов общей лечебной сети.

Важное значение имеет ознакомление медицинских работников ЛПУ Москвы с современной структурой организации лечебно-диагностической помощи больным со злокачественными новообразованиями ЛОР-органов.

В настоящее время совместными усилиями оториноларингологов и онкологов Москвы уже проводится ряд мероприятий по улучшению ранней диагностики и уменьшению запущенности злокачественных опухолей ЛОР-органов.

В 1975 г. в составе консультативной поликлиники Городского онкологического диспансера с целью улучшения диагностики злокачественных новообразований ЛОР-органов был организован ЛОР-онкологический центр. Задачами центра были: консультация больных с подозрением на онкологические заболевания ЛОР-органов, уточняющая диагностика с использованием специальных методов исследования, организация специализированного лечения больных с установленным диагнозом, диспансерное наблюдение за пациентами и их реабилитация после проведения лечения.

Создание центра явилось определенным шагом вперед в направлении улучшения организации онкологиче-

ской помощи больным со злокачественными новообразованиями ЛОР-органов. В 2004 г. ЛОР-центр был реорганизован в отделение опухолей головы и шеи консультативной поликлиники ОКД №1.

В ноябре 2006 г. состоялось совместное заседание сотрудников ОКД №1 и МНПЦ оториноларингологии ДЗ Москвы по вопросу о причинах запущенности злокачественных новообразований и путях улучшения ранней диагностики. По итогам совещания принято решение организовать занятия для оториноларингологов поликлинического звена по онкологии ЛОР-органов, дополнительно включить в план ежемесячных семинаров лекции по онкологии. Рассмотрен вопрос о возможности включения в программу обучения врачей, проходящих последиplomную подготовку, занятий по онкологии ЛОР-органов. Однако как свидетельствует проведенный анализ, необходимо снова возвращаться к этому вопросу ввиду высокой запущенности и низкой продолжительности жизни больных со злокачественными заболеваниями ЛОР-органов и полости рта. Необходимо выработать тактику действий ЛОР-врачей при лечении воспалительных заболеваний ЛОР-органов и стоматологов при лечении воспалительных заболеваний полости рта.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Финкельштерн М.Р., Стиоп Л.Д., Демидов В.П., Волкова М.А.* В кн.: Опухоли головы и шеи. Под ред. А.И. Пачеса и Г.В. Фалилеева. М: Медицина 1980; 56—60.
2. *Дарьялова С.Л., Финкельштерн М.Р., Поляков Ю.П.* В кн.: Комбинированное и комплексное лечение больных со злокачественными опухолями. Под ред. В.И. Чиссова. М: Медицина 1989.
3. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации №270 от 12 сентября 1997 г. «О мерах по улучшению организации онкологической помощи населению Российской Федерации». М 1997.
4. *Чиссов В.И., Трахтенберг А.Х.* Ошибки в клинической онкологии. Руководство для врачей. 3-е изд. М: ГЭОТАР-Медиа 2009.
5. *Ольшанский В.О., Битюцкий П.Г., Ефимов Е.И.* В кн.: Ранняя диагностика онкологических заболеваний. Под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Е.Н. Сотниковой. М: Литерра 1999.
6. *Федяев И.М., Байриков И.М., Белова Л.П., Шувалова Т.В.* Злокачественные опухоли челюстно-лицевой области. Нижний Новгород: НГМД 2000.
7. *Вагнер В.Д., Ивасенко П.И., Демин Д.И.* Амбулаторно-поликлиническая онкостоматология. Нижний Новгород: Медкнига 2002.