

01.12.2010 г.

УДК: 616-006(470+571)«2009»

Петрова Г.В., Харченко Н.В., Грецова О.П., Простов Ю.И., Простов М.Ю.,
Привезенцева Л.Б.

Анализ достоверности отчетной документации территориальных онкологических диспансеров (по формам 7 и 35) за 2009 год

ФГУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена» Росмедтехнологий

Petrova G.V., Kharchenko N.V., Gretsova O.P., Prostop Yu.I., Prostop M.Yu.,
Privezentseva L.B.

Analysis of reliability of the registration documentation of territorial oncological clinics under forms 7 and 35 for 2009

P.A.Gertsen Moscow Research Oncological Institute

Представлен анализ качества отчетной документации территориальных онкологических диспансеров за 2009 г. Погрешности учета онкологических больных и дефекты составления отчетов показаны на конкретных примерах, ряду территорий даны рекомендации по формированию некоторых параметров отчетов, приведены выдержки из Инструкции по составлению отчетных форм № 7 и № 35.

The quality analysis of the registration documentation in territorial oncological clinics for 2009 is submitted. Errors in the registration of oncological patients and defects in drawing up the reports are shown using concrete examples; recommendations how to form some parameters of reports are given for some territories; quotations from the Instruction on drawing up registration forms № 7 and № 35 are given.

Ключевые слова: онкология, территориальный онкологический диспансер, злокачественные новообразования, учет онкологических больных, учет злокачественных новообразований, качество данных, онкологическая отчетность.

Key words: oncology, a territorial oncological clinic, malignant tumors, registration of oncological patients, registration of malignant tumors, data quality, reporting on oncological cases.

Показатели, оцениваемые на основании официальной отчетности, связаны не только с уровнем фактического состояния онкологической помощи, но и с возможными недостатками в организации учета и формировании отчета.

В представленных за 2009 г. отчетах, как и в прежние годы, наблюдались несоответствия данных магнитного и бумажного носителей, арифметические и логические ошибки, несоответствия Инструкции [1], но следует отметить, что таких несоответствий было меньше, чем в предыдущие годы, и по конкретным территориям они не носили глобального характера.

В связи с тем, что в «Порядке составления сводных годовых статистических отчетов органами субъектов РФ за 2009 г.» Минздравсоцразвития не был упомянут отчет вкладыш № 207, данный отчет не представили 16 территорий, в том числе такие крупные регионы как Москва, Санкт-Петербург, Красноярский, Краснодарский, Алтайский, Приморский края, Ленинградская, Иркутская, Волгоградская, Ивановская области. Таким образом, за 2009 г. не были получены сводные данные по федеральным округам и России в целом.

Следует подчеркнуть, что и во многих представленных отчетах по вкладышу 207 были допущены внутрiformенные ошибки и междоформенные несоответствия с данными

формы 7. В отчетах некоторых территориях даже первая строка вкладыша по всем графам не соответствовала сумме строк 61 и 62 формы 7 (злокачественные новообразования лимфатической и кроветворной ткани). Как и в прошлом году, в отчетах ряда территорий данные вкладыша значительно превышали данные формы 7, что может свидетельствовать о том, что для составления вкладыша привлекались специалисты гематологической службы, которые владеют большим объемом конкретной информации, тогда как онкодиспансеры, в которых составляется форма 7, не имеют таких данных.

Данное обстоятельство является очередным подтверждением неудовлетворительного учета больных со злокачественными новообразованиями кроветворной и лимфатической ткани.

В 2009 г. почти не наблюдалось нарушений межгодового баланса по форме 35. Имевшиеся ошибки удалось исправить в ходе приема отчетов. Особое внимание на соблюдение межгодового баланса следует обратить Еврейской автономной области.

При ежегодном снятии с учета больных базально-клеточным раком кожи межгодовой баланс должен иметь отрицательное значение, соответствующее числу снятых по истечении 5 лет больных с данной патологией. Следует подчеркнуть, что по Инструкции такие больные не должны включаться ни в одну графу подтабличной строки 2120, их число можно указывать на бумажных носителях отдельной строкой, что и наблюдается в отчетах большинства территорий.

О неточном выполнении Инструкции о снятии с учета больных базально-клеточным раком кожи [2] также свидетельствует значительный разброс показателей удельного веса группы больных, состоящих на учете 5 лет и более с диагнозом злокачественных новообразований кожи в территориях России. При среднероссийском показателе 29,9%, который, видимо, несколько завышен, доля больных с данной патологией, состоящих под наблюдением 5 лет и более, в Республике Башкортостан составила 55,7%, Забайкальском крае 53,5%, Смоленской области – 49,8%, Республике Северная Осетия 47,6%. В то же время в Чукотском автономном округе нет состоящих на учете более 5 лет, в Камчатском крае состоит 1,5% больных раком кожи, в Республике Алтай – 8,0%.

Примечание.

*1. Больные со злокачественными новообразованиями кожи (C44), гистологически определяемыми как **базальноклеточный рак** (код в системе Международной классификации онкологических болезней МКБ-О 8090/3), **базальноклеточный мультицентрический рак** (8091/3), **базальноклеточный пигментный рак** (8090/3), **базальноклеточный склеродермоподобный рак** (8092/3), **базальноклеточный фиброэпителиальный рак** (8093/3), **базальноклеточная эпителиома** (8090/3), **базальноклеточная опухоль** (8090/1), **подлежат снятию с учета через 5 лет после окончания специального лечения** в том случае, если оно привело к полному излечению (III клиническая группа), и в течение 5 лет диспансерного наблюдения у больного **не было рецидивов заболевания и метастазов.***

*2. Больные со злокачественными новообразованиями кожи, определяемыми гистологически как **базальноплоскоклеточный рак** (8094/3) снятию с учета **не подлежат.***

*3. При метакронном возникновении нового случая базальноклеточного рака у больных, ранее снятых с учета, новый случай фиксируется как прогрессирование заболевания, т.е. больной ставится на учет повторно с диагнозом установленным ранее и показывается в таблице 2110 графе 7. Таким образом, очаги **базально-клеточного рака кожи**, часто возникающие неоднократно на протяжении жизни больного, расцениваются как **один случай** и регистрируются один раз.*

В ежегоднике «Состояние онкологической помощи населению России в 2006 году» [3] приведен подробный анализ заполнения подтабличной строки 2110 формы 35, но ошибки были и в отчетах за 2007-2009 гг., поэтому еще раз обращаем внимание на порядок включения в данную строку сведений о больных с первично-множественными опухолями.

Из инструкции: в подтабличной строке **2110** графе **1** из общего числа больных, взятых на учет с впервые в жизни выявленным злокачественным новообразованием (таблица **2100** графа **4** строка **1**, т.е. из выявленных в течение отчетного года), указывается **число больных с первично-множественными опухолями**, из которых выделяется число больных с опухолями, возникшими синхронно (подтабличная строка **2110** графа **2**).

Таким образом, в подтабличной строке 2110 следует показывать **число больных, а не опухолей**. При этом у больных с первично-множественными опухолями, которые должны показываться в графе 1 подтабличной строки 2110, все опухоли должны быть диагностированы в отчетном году, поэтому большую долю, как правило, будут составлять больные с синхронными первично-множественными опухолями. В настоящее время в отчетах, по-прежнему, **нет единообразия** по данным параметрам: часть территорий формирует информацию согласно Инструкции, т.е. показывает число больных, а часть территорий показывает число всех метастатических опухолей, возникших в отчетном году, из них число синхронных. Таким образом, сводные значения получаются мало достоверными. Мы настоятельно рекомендуем придерживаться Инструкции, а число метастатических опухолей, возникших у больных ранее состоящих на учете, можно будет получить расчетным путем.

В отчетах 2009 г. впервые не наблюдалось равенства первичных случаев ЗНО по форме 7 и первичных больных по форме 35. Хотя отсутствие согласования между этими параметрами и данными графы 1 подтабличной строки 2110 и графы 2 подтабличной строки 2210, по-прежнему, наблюдаются достаточно часто.

Типичный пример из конкретного отчета 2009: разница между числом первичных случаев ЗНО по форме 7 и первичных больных по форме 35 составляет всего 504. При этом число умерших больных, не состоявших на учете онкологического учреждения, 485 (в том числе 65 состояли на учете в ЛПУ других министерств и ведомств); также не верно сформированная графа 1 таблицы 2110 формы 35 содержит первично-множественные опухоли 460 (в том числе 139 синхронные).

Наблюдаемое несоответствие, по-видимому, можно объяснить тем, что в данной территории или в форме 7 не отражены посмертно выявленные случаи или в форме 35 наблюдается дублирование больных при регистрации у них более одной опухоли, а также имеет место неудовлетворительный учет ведомственных пациентов.

В очередной раз обращаем внимание: отчет по ф.№ 7 «Сведения о заболеваниях злокачественными новообразованиями» составляется на основании «Извещения о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования» (ф.№ 090/У) (Приказ МЗ РФ № 135 от 19 апреля 1999 г. «О совершенствовании системы ракового регистра», приложения 2, 3). «Извещения» заполняются всеми врачами лечебно-профилактических учреждений общей и специализированной сети Минздравсоцразвития РФ и других ведомств (в том числе системы Министерства транспорта, Министерства внутренних дел, Федеральной службы безопасности, Министерства обороны, Министерства по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий, Федерального медико-биологического агентства, Федеральной службы исполнения наказаний и др.) **на каждый случай впервые в жизни диагностированного злокачественного новообразования и преинвазивного рака независимо от обстоятельств выявления.**

- при обращении за медицинской помощью (в случае выявления злокачественного новообразования средним медицинским персоналом, ведущим самостоятельный прием, больной должен быть немедленно направлен на консультацию к врачу);
- на профилактических осмотрах, при диспансеризации отдельных контингентов населения и хронических больных, при реализации скрининговых программ;
- при медицинском освидетельствовании;
- при обследовании и лечении в стационаре медицинского учреждения, в частности, при диагностике злокачественного новообразования во время оперативного вмешательства;
- при посмертном выявлении заболевания на патологоанатомическом вскрытии (в этом случае «Извещение» должно быть составлено в прозектуре, патологоанатомическом отделении/лаборатории медицинского учреждения)
- при сверке сведений об умерших онкологических больных с данными территориальных органов статистики, если при жизни заболевание было диагностировано, но Извещение составлено не было.

Больной с первично-множественными новообразованиями (синхронными или метасинхронными), выявленными в отчетном году, показывается в форме 35, таблице 2100 **один раз по основной опухоли**. Основной опухолью у данного больного считается злокачественное новообразование с более тяжелым течением (менее благоприятным прогнозом).

Больной, **ранее состоящий на учете**, у которого в отчетном году выявлена вторая, третья ... метасинхронная опухоль в графы 4-9 таблицы 2100 формы 35 **не включается**, показывается в графе 10 **по основной опухоли**; а также показывается в таблице 2300.

Выбор основной (наиболее тяжелой) формы новообразования осуществляет врач, заполняющий документацию в организационно-методическом кабинете (отделении) диспансера или врач территориального ракового регистра, кодирующий информацию для формирования базы данных регистра.

Аналогичный расчет можно порекомендовать проводить всем территориям. С сожалением можно констатировать, что по результатам многокомпонентного анализа, только около 50 территориальных отчетов имеют полностью сбалансированную информацию между 7 и 35 формами.

По-прежнему, наблюдались ошибки и несоответствия в данных о больных детях в возрастных группах 0-14 и 0-17 лет во всех таблицах.

Во многих областях России число детей, закончивших специальное лечение по поводу злокачественного новообразования, крайне мало по сравнению с числом детей с впервые установленным диагнозом, нуждающихся в проведении этого лечения. В 31 территории России доля пролеченных находится в пределах 0-50%. Например, в Амурской области из 19 взятых на учет детей в возрасте 0-17 лет не закончил лечение ни один ребенок. Настораживают и максимальные уровни завершенности радикального лечения детей в возрасте 0-17 лет. Можно порекомендовать всем регионам проведение многокомпонентного анализа информации по контингенту больных детей (0-14, 0-17 лет) по формам 7 и 35 на соответствие в динамике.

В ходе приемки отчетов в ряде территорий уточнялась численность детского контингента. Контингент больных, который следует показывать в строках 2 и 23 графы 10 таблицы 2100, должен находиться в соответствующем **детском** возрасте (среднероссийский индекс накопления детского контингента в возрасте 0-17 лет в 2009 г. составил 5,3).

Максимальные индексы наблюдаются в отчетах Республики Калмыкия (17,0), Магаданской области (16,0), Республики Хакасия (10,3), Московской (9,5), Рязанской (9,4) областей; минимальные – в отчетах Калининградской области (1,1), Республики Алтай (2,5), Свердловской (2,6), Владимирской (2,7) областей.

Следует заострить внимание на межформенном контроле между 35 и 14 формами: *число умерших детей в возрасте 0-17 по форме 35 (таблица 2200 строка 23 графа 4) должно быть больше числа детей, умерших в стационаре, по форме 14 (таблица 2000 строка 3.1 графа 14).*

В ряде территориальных отчетов это условие не соблюдалось, что частично может объясняться тем, что в стационаре умирали дети из других регионов. Например, такое объяснение подходит для Москвы, где разница между 14 и 35 формами по данному параметру составила в 2009 г. 51 ребенок. Но особенно настораживает аналогичная ситуация в Московской области (форма 14 17 детей, форма 35 4 ребенка), так как там еще наблюдается и один из самых высоких уровней индекса накопления детского контингента в России, что в целом может свидетельствовать о низком качестве учета умерших детей. Также данные 14 формы превышали данные 35 формы в Хабаровском, Краснодарском краях, Кемеровской, Волгоградской областях, Республике Бурятия и ряде других территорий.

Следует отметить, что почти не наблюдалось ошибок при заполнении таблицы по лечению, хотя были отчеты, в которых в графе 7 таблицы 2300 формы 35 (лекарственный метод лечения) были показаны больные со злокачественными новообразованиями локализаций, для которых данный метод не является радикальным (особое внимание следует обратить Республике Калмыкия, Магаданской области). По некоторым локализациям в ряде территорий отношение числа больных, закончивших радикальное лечение к числу больных, взятых на учет в I-III ст. опухолевого процесса, составило более 100% (особое внимание следует обратить Республике Карачаево-Черкесия).

Больных, получивших лекарственное лечение с паллиативной целью, следует показывать в графе 7 подтабличной строки 2310. Обращаем внимание, что в графах 7 и 9 данной подтабличной строки следует показывать сведения о всех больных (не курсах лечения) независимо от стадии заболевания и времени взятия на учет, закончивших в течение отчетного года лекарственное (графы 7 и 8) или лучевое лечение (графа 9), включая больных, показанных в таблице 2300 строке 1 графах 6, 7, 9.

В отчетах 27 территорий наблюдается несбалансированность данных по лечению (таблица 2300 и подтабличная строка 2310 формы 35), а именно: сумма больных, закончивших и не закончивших радикальное лечение, отказавшихся и имевших противопоказания меньше числа больных, подлежащих радикальному лечению (I-III ст.).

Доля впервые выявленных больных, не закончивших специальное лечение до конца отчетного года (подтабличная строка 2310, графа 1), от числа больных с впервые в жизни установленным диагнозом (таблица 2100 строка 1 графа 4) при среднероссийском показателе 9,5%, имеет значительный разброс: от максимальных значений в Ульяновской области (30,7%), Приморском крае (30,0%), Воронежской области (29,6%), Хабаровском крае (27,7%), Амурской области (24,9%) до минимальных – в Еврейской автономной области (0,4%), Республике Чувашия (0,7%), Ярославской (0,9%), Волгоградской (1,1%) областях, Республике Коми (1,7%) (в 26 территориях данный показатель составляет менее 5%). Минимальные значения, по-видимому, объясняются тем, что с целью получения более высоких показателей лечебной деятельности в графу 4 таблицы 2300 включаются больные, впервые выявленные в отчетном году и не закончившие специальное лечение, и/или больные, начавшие радикальное лечение в предыдущем году и закончившие его в отчетном.

В ряде территорий неправильно заполняется графа 6 подтабличной строки 2310 формы 35 (из числа закончивших *специальное* лечение лечились *только* амбулаторно), которая должна формироваться *из числа больных, показанных в графе 4 строке 1 таблицы 2300* (не курсов лечения). В основном ошибки удалось оперативно исправить.

Одним из критериев оценки качества онкологического учета в регионе может служить отношение числа больных, о которых онкологическое учреждение не имело сведений в течение года к численности контингента, состоящего на учете. Нулевой показатель имели 47 территорий, менее 1% – 18 территорий, максимальный показатель наблюдался в Калининградской области (7,2%), что, видимо, отражает организационные трудности, наблюдавшиеся там в последние годы (среднероссийский показатель – 0,6%). В целом обстановка вполне благоприятная, если указанные данные соответствуют действительности...

Одним из недостатков работы территориальных диспансеров является неудовлетворительное прослеживание состояния больных, ведущее в результате к искажениям показателей – неправдоподобно высоки показатели 5-летнего наблюдения больных по отдельным локализациям в ряде территорий. Например, в Курской области 87,6% больных раком яичника состоят на учете 5 лет и более, раком пищевода в Республике Ингушетия 73,3%, в Республике Адыгея 61,1%, Республике Мордовия 59,1%.

Отношение показателей одногодичной летальности и запущенности, значительно превышающее единицу свидетельствует не только о весьма высокой частоте клинических ошибок в части оценки распространенности опухолевого процесса у больного, но и об оказании *административного давления на онкологов* с целью «улучшения» структуры распределения больных по стадиям, что совершенно недопустимо. Среди регионов России максимальные отношения показателей одногодичной летальности 2009 г. и запущенности 2008 г., по-прежнему, наблюдались в Санкт-Петербурге (2,4), Владимирской области (2,1), Алтайском крае (1,8), Республике Бурятия (1,7) (среднероссийский показатель 1,3), при раке трахеи, бронхов, легкого – в Санкт-Петербурге (2,7), Магаданской (2,7), Владимирской (2,7), Нижегородской (2,5) областях, Республике Хакасия (2,5) (среднероссийский показатель 1,5).

В ходе приемки отчетов выяснилось, что следует еще раз заострить внимание на, казалось бы, очевидных вопросах:

~ в графах 1 и 7 подтабличной строки 2120 формы 35 следует отражать движение больных между субъектами Российской Федерации и не следует показывать межрайонную миграцию (особенно это касается тех территорий, в которых сводный отчет по форме 35 формируется путем сложения районных отчетов);

~ сведения о впервые выявленных больных раком *in situ* (D00-09) указываются только в графах 3 и 4 подтабличной строки 2110 формы 35 и не включаются больше ни в одну из таблиц форм 7 и 35.

В последние годы появляется все больше ошибок, которые невозможно найти и исправить оперативно, а можно выявить только при скрупулезном анализе показателей в динамике. Такие ошибки наблюдаются в территориях, из которых поступают бумажные формы, распечатанные после ввода информации с ошибками на магнитный носитель (без сверки с оригиналом). Прошедшая приемка отчетов показала, что риск искажения сводной информации по данной причине нарастает. Часть таких ошибок может быть и не выявлена. Настоятельно рекомендуем МИАЦ всех территорий проводить тщательную сверку данных магнитного носителя с оригиналом. Такие механические ошибки вызывают особое сожаление.

В целях улучшения качества государственной статистики в территориях рекомендуем систематически проводить анализ погрешностей учета и дефектов составления отчетов, а также изучать всю собираемую информацию, характеризующую состояние онкологической помощи населению, в динамике.

При резких изменениях показателей по сравнению с предыдущим отчетным годом, мы рекомендуем сопровождать отчеты пояснительными записками, чтобы избежать дополнительных запросов с требованиями объяснений в период сбора отчетных данных.

об учете умерших от злокачественных новообразований онкологическими учреждениями России

Качество учета умерших больных со злокачественными новообразованиями, сведения о которых отражаются в таблице 2200 и подтабличной строке 2210 формы 35, особенно важно для анализа показателей выживаемости онкологических больных.

Если в нарушение инструкции по ведению учета в число учтенных посмертно не включаются (или включаются не все) умершие, впервые выявленные при сопоставлении данных онкодиспансеров и органов Росстата, либо такое сопоставление не проводится вовсе, искажаются показатели диагностического и организационного недоучета. К факторам, влияющим на данные показатели, относится и доля проведенных вскрытий на данной территории. Также определенное число умерших может «скрываться» среди выбывших из под наблюдения.

Оценка качества учета умерших проводилась путем сравнительного анализа данных граф 1-4 подтабличной строки 2210 формы 35.

Следует подчеркнуть, что отсутствие посмертно учтенных больных свидетельствует о неудовлетворительно налаженном учете.

В 2009 г. умерли 16 523 больных со злокачественными новообразованиями, не состоявших на учете в онкологических учреждениях, т.е. на каждые 100 умерших больных со злокачественными новообразованиями 6,0 не состояли на учете (варьирует по регионам от 0 до 19,5). Маловероятно, что в Московской области столь низкий показатель, составляющий 1,1 (148 умерших), является достоверным, при этом диагноз установлен посмертно только 17 больным (0,1 на 100 больных с впервые в жизни установленным диагнозом). Для сравнения: в Санкт-Петербурге данные показатели 19,4 и 14,4, в Ленинградской области 15,4 и 10,3, в Москве 9,7 и 2,4 соответственно.

Разница между данными графы 1 и суммы граф 2 и 4 чаще всего соответствует числу умерших от злокачественного новообразования, диагноз которым был установлен при жизни в стационаре ЛПУ любого профиля, о которых диспансер узнал, получив "Выписку из медицинской карты стационарного больного злокачественным новообразованием" учетная форма № 027-1/у. Анализ этой группы умерших является одной из характеристик качества онкологического учета в регионе. Максимальная доля таких умерших по отношению ко всем умершим, не состоявшим на учете онкологического учреждения, наблюдается в Республике Кабардино-Балкария (100%), Калининградской (79,0%), Кировской (59,0%) областях, Москве (55,5%) (среднероссийский показатель составляет 11,1%).

Маловероятным представляется отсутствие умерших, не состоявших при жизни на учете онкологического учреждения, в Республике Карачаево-Черкесия и Марий Эл.

Число умерших, состоявших на учете в ведомственных ЛПУ (графа 4 подтабличной строки 2210), представлено в 21 территориальном отчете за 2009 г. Отсутствие таких данных можно интерпретировать и положительно, и отрицательно. Хочется надеяться, что в большинстве территорий ведется работа по налаживанию исчерпывающего онкологического

учета, когда все онкологические больные (в т.ч. ведомственные), проживающие в данном регионе, состоят на учете в территориальном онкологическом диспансере (т.е. ведомственные ЛПУ соблюдают приказ МЗ РФ № 135 от 19 апреля 1999 г.).

Из Инструкции по регистрации и ведению учета больных со злокачественными новообразованиями в Российской Федерации, утвержденной приказом МЗ РФ № 135 от 19 апреля 1999 г. (приложение 1, стр.4): *Инструкция обязательна для медицинских учреждений всех ведомств, в том числе для онкологических диспансеров, рентгено-радиологических, радиологических, онкологических научно-исследовательских учреждений, амбулаторно-поликлинических учреждений, больниц, лечебно-диагностических центров, научно-практических центров, госпиталей, имеющих онкологические отделения (в том числе диспансерные) или онкологические кабинеты.*

Отсутствие данных в графе 4 в отчетах Москвы и Санкт-Петербурга, скорее всего, свидетельствует о том, что информация о больных, состоящих на учете ведомственных ЛПУ, в территориальный регистр не поступает и в отчетных формах не отражается.

Определение причины смерти при отсутствии вскрытия значительно снижает достоверность сведений, поступающих в органы Росстата. В России доля умерших, которым диагноз злокачественного новообразования был установлен посмертно при вскрытии, в общем числе больных с посмертно установленным диагнозом падает и в 2009 г. составила 75,6%. В 7 регионах вскрытия совсем не проводились (республики Ингушетия, Адыгея, Дагестан, Марий Эл, Чечня, Кабардино-Балкария, Карачаево-Черкесия). Данный показатель низок в Московской (11,5%), Калининградской (17,3%) областях, Республике Татарстан (35,6%), Кировской области (41,0%). При этом в 22 территориях данный показатель равен 100%, в 18 территориях составляет более 90%.

От неонкологических заболеваний в 2009 г. умер 53 721 больной, что соответствует 16,4 на 100 умерших больных со злокачественными новообразованиями. Данный показатель варьирует от 38,8 в Республике Карачаево-Черкесия до 0,8 в Калининградской области. В Республике Ингушетия отсутствуют умершие больные, причиной смерти которых явилось неонкологическое заболевание.

По-видимому, значительный разброс данного показателя обусловлен следующими основными факторами: неверным установлением (или неадекватным кодированием) первоначальной (основной) причины смерти и отсутствием корректно проведенной сверки данных об умерших больных со злокачественными новообразованиями в органах Росстата (следует обращать внимание на сопутствующие заболевания и осложнения), а также низким процентом вскрытий. Врачи, составляющие "Свидетельство о смерти", должны руководствоваться данными медицинской документации и правилами, регламентирующими выбор первоначальной причины смерти (МКБ-10, 2-й том).

По данным официальной статистики осложнения специального противоопухолевого лечения явились причиной смерти 0,3 больных на 100 умерших больных со злокачественными новообразованиями или 0,2 на 100 больных, учтенных в предыдущем году. Этот показатель представляется существенно заниженным, что отчасти обусловлено неверной интерпретацией данных, содержащихся в свидетельстве о смерти. Однако, по-видимому, основной причиной является сознательное искажение отчетности на этапе установления причины смерти, в 31 регионе России не зафиксировано ни одного случая смерти от осложнений лечения, в 9 территориях – 1-3 случая.

В целом состояние системы регистрации и мониторинга больных со злокачественными новообразованиями в массиве населения России требует внесения корректив, касающихся прежде всего контроля полноты информации, поступающей из

учреждений общей лечебной сети, специализированных и ведомственных учреждений, органов Росстата, внедрения специальных процедур проверки качества информации. Частично эти задачи могут быть решены в информационном поле территориального ракового регистра. При этом соблюдение всеми ЛПУ и органами Росстата требований Федерального закона о персональных данных может значительно усложнить работу по повышению качества статистической информации.

об учете опухолей головного мозга

Опухоли головного мозга занимают особое место в структуре заболеваемости, смертности и инвалидности наиболее трудоспособной части населения. Социальный и экономический ущерб, который данная патология наносит обществу, выдвигает задачу помощи данной категории больных в число наиболее актуальных в нейрохирургии и организации здравоохранения.

Для новообразований головного мозга характерны инфильтративный рост и быстрое прогрессирование заболевания. По клиническому течению заболевания не бывает доброкачественных опухолей головного мозга; все опухоли постепенно, вследствие неуклонного роста в замкнутом пространстве полости черепа, сдавливают мозг и рано или поздно приводят к смерти больного.

Опухоли мозга могут встречаться в любом возрасте, хотя первичные опухоли у взрослых встречаются гораздо реже, чем метастазы в головной мозг. Среди первичных опухолей наиболее распространены глиомы, на их долю приходится более 50% первичных опухолей головного мозга у взрослых.

Для опухолей головного мозга чрезвычайно важно регулярно проводить контроль достоверности представляемых статистических данных. Критерием для оценки полноты учета может служить индекс достоверности учета (ИДУ) – отношение числа умерших от ЗНО головного мозга к числу заболевших ЗНО головного мозга. В 2008 г. в России ИДУ опухолей головного мозга составил 0,95, что может свидетельствовать о недоучете первичных больных с опухолями головного мозга, неудовлетворительной системе направления «Извещений» в онкологические кабинеты учреждениями, осуществляющими диагностику и лечение больных с опухолями головного мозга, а также ведомственными лечебными учреждениями. Видимо, имеет место неправильный выбор первоначальной причины смерти, когда метастатическое поражение головного мозга шифруется в качестве причины смерти от злокачественного новообразования головного мозга. Некоторое влияние оказывает и тот факт, что в отчетность по заболеваемости в данный раздел не входят злокачественные новообразования мозговых оболочек (С70).

В 2008 г. в 34 территориях России смертность выше или равна заболеваемости [4]. Относительно удовлетворительное качество учета наблюдается только в 20 регионах. Наиболее неблагоприятная ситуация наблюдается в Вологодской области (ИДУ – 1,7), Республике Алтай (1,7), Московской (1,6), Белгородской (1,5), Владимирской (1,4) областях, Москве (1,4), Астраханской (1,3), Ульяновской (1,2) Омской (1,2), Ленинградской (1,2) областях. Например, в Республике Чечня зарегистрировано 33 случая смерти от злокачественных новообразований головного мозга и только 7 случаев заболевания.

Таким образом, состояние учета и мониторинга больных с опухолями головного мозга в большинстве регионов России можно охарактеризовать, как неудовлетворительное. Данная проблема требует пристального внимания и изучения причин ее возникновения, для устранения которых должны быть приняты соответствующие меры.

В настоящее время не существует методов скрининга (доклинического выявления) опухолей головного и спинного мозга, хотя новые технологии в нейрохирургии способствуют

улучшению ранней диагностики опухолей головного мозга и их своевременному лечению. Среди причин, обуславливающих позднюю диагностику опухолей головного мозга, следует отметить низкую онкологическую настороженность врачей амбулаторного звена, а также несовершенную диагностическую базу медицинских учреждений, особенно в сельской местности. Несмотря на то, что вероятность диагностирования опухолевого процесса чрезвычайно низка, целесообразно не оставлять симптомы без внимания и определять причину их происхождения.

Список литературы

1. Инструкция №01-23/5-14 по составлению государственных статистических отчетов о заболеваниях и больных злокачественными новообразованиями (формы № 7 «Сведения о заболеваниях злокачественными новообразованиями» и формы № 35 «Сведения о больных злокачественными новообразованиями», утвержденные Постановлением Госкомстата России от 29.06.99 № 49). М., 2000.
2. Приказ МЗ РФ № 135 от 19 апреля 1999 г. «О совершенствовании системы государственного ракового регистра», М., 1999.
3. Состояние онкологической помощи населению России в 2006 году. Под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой, М., 2007, с. 164-169.
4. Злокачественные новообразования в России в 2008 году (заболеваемость и смертность), под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой, М., 2010, с. 130-223.