

Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»

УДК:614.212-08-039.57-078

На правах рукописи

АУЕЗОВА ЭЛЬМИРА ТУГЕЛБАЕВНА

**Совершенствование раннего выявления визуально- доступных форм
онкопатологии в смотровых кабинетах организаций ПМСП**

6D110200 Общественное здравоохранение

Диссертация на соискание степени
доктора философии (PhD)

Научный консультант:
доктор медицинских наук, Г.К.Каусова

Зарубежный научный консультант:
MD, PhD А.А.Фаруки,
Пакистан

Республика Казахстан
Алматы, 2021

СОДЕРЖАНИЕ

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ.....	4
ОПРЕДЕЛЕНИЯ.....	5
ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ.....	6
ВВЕДЕНИЕ.....	7
1 ОСОБЕННОСТИ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ВИЗУАЛЬНЫХ ФОРМ ОНКОПАТОЛОГИИ (обзор литературы).....	11
1.1 Эпидемиология и современные методы диагностики опухолей визуальной локализации.....	11
1.2 Раннее выявление опухолей визуально доступной локализации в системах общественного здравоохранения.....	35
2 МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	39
1 ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ ОНКОПАТОЛОГИИ В СКРИНИНГОВЫХ ПРОГРАММАХ КАЗАХСТАНА.....	42
3.1 Основные эпидемиологические показатели опухолей визуальной локализации за период 1990-2019 гг.....	42
3.2 Динамика онковьявляемости в скрининговых программах за период 2011, 2015-2017 гг.....	47
4 АНАЛИЗ И ОЦЕНКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СМОТРОВЫХ КАБИНЕТОВ С РАСШИРЕННЫМ ФУНКЦИОНАЛОМ ДЛЯ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ОНКОПАТОЛОГИИ НА УРОВНЕ ПМСП.....	50
4.1 Организация работы смотровых кабинетов в амбулаторно - поликлинических организациях.....	
4.2 Выявляемость визуально–доступных форм онкопатологий в смотровых кабинетах за 2015-2019 гг.....	62
4.3 Сравнительный анализ результативности онковьявляемости по различным организационным технологиям медицинского осмотра...	73
5 ОРГАНИЗАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ СМОТРОВОГО КАБИНЕТА С РАСШИРЕННЫМ ФУНКЦИОНАЛОМ ДЛЯ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ОНКОПАТОЛОГИИ НА УРОВНЕ ПМСП.....	82
5.1 Особенности нормативно-правового регулирования различных видов медосмотра.....	82
5.2 Обоснование мероприятий по совершенствованию онкологической помощи на уровне ПМСП.....	91
5.3 Организация работы смотровых кабинетов в амбулаторно-поликлинических организациях.....	94
5.4 Мониторинг и оценка деятельности смотровых кабинетов для развития онкологической службы.....	97
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	99
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ.....	107
ПРИЛОЖЕНИЕ А.....	118
ПРИЛОЖЕНИЕ Б.....	120
ПРИЛОЖЕНИЕ В.....	122

ПРИЛОЖЕНИЕ Г.....	128
ПРИЛОЖЕНИЕ Д.....	129
ПРИЛОЖЕНИЕ Е.....	130
ПРИЛОЖЕНИЕ Ж.....	131
ПРИЛОЖЕНИЕ И.....	132
ПРИЛОЖЕНИЕ К.....	133

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящей диссертации использованы ссылки на следующие стандарты:

Приказ МЗ РК №452 от 02.08.13 г. «Об утверждении стандарта организации оказания онкологической помощи населению РК».

Приказ МЗ РК №685 от 10.11.09 г. "Об утверждении Правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения" (с изменениями и дополнениями согласно Приказу №995 от 10.11.17г.).

Приказ Министра национальной экономики РК №128 от 24.02.15 г. «Об утверждении Правил проведения обязательных медицинских осмотров».

Кодекс Республики Казахстан. О здоровье народа и системе здравоохранения, 7 июля 2020 года, №360-VI.

Дорожная карта по внедрению интегрированной модели управления онкологическими заболеваниями на 2016-2019гг.

Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан "Денсаулық" на 2016 – 2019 годы.

ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Предварительные медосмотры – обязательные медицинские осмотры лиц при поступлении на учебу/работу с целью определения пригодности к выполнению обязанностей по учебе/профессии.

Периодические медосмотры – обязательные медицинские осмотры декретированных групп населения с целью своевременного выявления начальных признаков профессиональной патологии, ХНЗ и инфекционных/паразитарных заболеваний.

Скрининговые медосмотры – обязательные медицинские осмотры лиц определенных групп населения согласно перечню уполномоченного органа с целью своевременного выявления определенного вида заболеваний.

Профилактические осмотры – обязательные медицинские осмотры всех лиц, обратившихся впервые в течение года в АПО с целью своевременного выявления заболеваний (т.е. ХНЗ, предопухолевых заболеваний и ЗНО).

ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

АПО	– Амбулаторно-поликлиническая организация
ВОЗ	– Всемирная Организация Здравоохранения
ВОП	– Врач общей практики
ГОБМП	– Государственный объем бесплатной медицинской помощи
ГЦР	– Гепато-целлюлярный рак
ДНО	– Доброкачественные новообразование
ЗНО	– Злокачественные новообразования
ЗНК	– Злокачественные новообразования кожи
КазНИИОнР	– Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии
КРР	– Коло-ректальный рак
МЗ РК	– Министерство здравоохранения Республики Казахстан
МО	– Медицинские организации/организации здравоохранения
ММГ	– Маммография молочной железы
МРТ	– Магнитно-резонансная томография
ПМСП	– Первичная медико-санитарная помощь
ПСА	– Простат-специфический антиген
РЩЖ	– Рак щитовидной железы
РШМ	– Рак шейки матки
РМЖ	– Рак молочной железы
РПЖ	– Рак предстательной железы
РТМ	– Метод микроволновой радиотермометрии
РКТ	– Рентгеновская компьютерная томография
ЦДК	– Центральное доплеровское картирование
УЗИ	– Ультразвуковое исследование
ФГДС	– Фибро-гастро-дуоденоскопия
ЭРОБ	– Электронный регистр онкологических больных
СК	– смотровой кабинет
МСК	– Мужской смотровой кабинет
ЖСК	– Женский смотровой кабинет

ВВЕДЕНИЕ

Высокий уровень онкозаболеваемости, поздняя диагностика, высокая летальность, большие экономические потери определяют особую значимость первичной профилактики и своевременного выявления злокачественных новообразований. Согласно данным мировой статистики, число онкологических заболеваний неуклонно растет. Ежегодно в мире регистрируется около 6 млн. новых случаев ЗНО, по прогнозу ВОЗ к 2020 г. эта цифра возрастет до 20 млн. [1].

Онкологические заболевания отнесены к социально-значимым заболеваниям, которые входят в зону особого внимания со стороны многих государств. В мире реализуются 4 основные организационные технологии раннего выявления онкологии: профилактический осмотр населения, скрининговые программы, оппортунистический скрининг и одноразовые акции по типу «день открытых дверей». Во многих странах внедряются канцер - регистры и программы скрининга онкопатологии, различающиеся числом этапов обследования и объемом диагностических методов [2-3].

С 2008г. в Республике Казахстан началась реализация скрининговых программ по раннему выявлению онкопатологии (РМЖ, РШМ, КРР) с дальнейшим расширением (РПЖ, РПиЖ, ГЦК) и последующим пересмотром как возраста, подлежащих скрининговому осмотру, так и сокращения видов осмотров (сняты РПиЖ, РПЖ и ГЦК). Одной из задач Государственной программы развития здравоохранения РК «Денсаулык» определено повышение качества и доступности онкологической помощи. Предполагается дальнейшее развитие по направлениям: скрининг, диспансерное наблюдение, доступность медицинской помощи, качество и своевременность лечения и реабилитации.

Отечественные научно-исследовательские работы направлены на поиск новых методов и технологий диагностики, лечения и реабилитации пациентов с ЗНО. Проблемы организации эффективной онкослужбы рассмотрены в отечественных научных работах с различных позиций: (К.Ш. Нургазиев и соавт., 2007; Э.Таргын, 2008; Д.Р.Кайдарова, 2014; Е.И.Ишкинин, 2018, Н.Ю.Насрытдинова, 2018; Д.Г.Адильбай, 2018) [4-7].

В ряде научных исследований отмечена низкая эффективность скрининга ЗНО. Соответственно, продолжается поиск путей повышения эффективности профосмотров и скрининга (кадры, ресурсное обеспечение, медицинская активность населения), а также поиск более информативных и надежных методов диагностики для раннего выявления ЗНО [8-9].

В странах СНГ профилактические и скрининговые осмотры проводятся в смотровых кабинетах сети ПМСП. Работа специалистов в СК ориентирована на раннее выявление любой патологии (неинфекционных и др.), но в настоящее время предпринимаются усилия по расширению функционала СК по выявлению ЗНО визуальной локализации [10]. Однако, поскольку специализированные смотровые кабинеты в сети ПМСП являются новым организационным внедрением в систему раннего выявления онкопатологии, их

эффективность до сих пор не изучена, не решены и другие организационные проблемы.

Вышеизложенные вопросы и определяют актуальность настоящего исследования.

Цель исследования – Изучить состояние раннего выявления визуально-доступных форм опухолей и разработать рекомендации, направленные на совершенствование организации деятельности смотровых кабинетов организаций ПМСП.

Задачи:

1. Изучить и определить мировые тенденции и технологии раннего выявления доброкачественных и злокачественных новообразований на уровне ПМСП.

2. Изучить показатели выявляемости онкологических заболеваний визуально-доступной локализации по результатам скрининговых осмотров.

3. Провести анализ и оценку деятельности смотровых кабинетов ПМСП в Казахстане.

4. Оценить медицинскую результативность реализуемых в Казахстане скрининговых осмотров на онкопатологию, в том числе визуально-доступных форм ЗНО.

5. Разработать рекомендации, направленные на повышение эффективности деятельности смотровых кабинетов организаций ПМСП по раннему выявлению ЗНО.

Научная новизна.

1. Впервые дана сравнительная оценка реализуемых в Казахстане организационных мероприятий раннего выявления ЗНО (скрининговый и профилактические осмотры, оппортунистический скрининг) на уровне смотровых кабинетов и их вклад в раннюю выявляемость визуально-доступных форм ЗНО.

2. Проведен внутренний анализ нормативного регулирования деятельности смотровых кабинетов, влияющий на ее медицинскую результативность и предложен новый подход к объемам обследования.

3. Впервые применена технология, характеризующая эффективность работы женских и мужских смотровых кабинетов по раннему выявлению визуально-доступных форм онкологических заболеваний и их мониторинг.

Теоретическая значимость: впервые проведен сравнительный анализ медицинской результативности различных организационных технологий раннего выявления ЗНО (скрининговый и профилактический осмотр, оппортунистический скрининг) на уровне ПМСП и разработан методический подход к совершенствованию организации работы смотровых кабинетов, который является серьезным вкладом в теорию и практику общественного здравоохранения.

Практическая значимость настоящего исследования заключается в разработке организационной модели смотрового кабинета с расширенным функционалом (задачи, объем обследований) для раннего выявления ЗНО и система мониторинга этой деятельности.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. В результате целенаправленной работы по раннему выявлению ЗНО и профилактической работы достигнуто опереженное улучшение показателей заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований.

2. Медицинские осмотры населения (обязательные, профилактические и скрининговые) являются основой раннего выявления ЗНО на уровне ПМСП и характеризуются улучшением показателей онковываемости, стабильной тенденцией повышения эффективности программ профилактических осмотров и скрининга ЗНО.

3. Резервами совершенствования процесса раннего выявления ЗНО на уровне ПМСП являются дополнения в стандарты деятельности смотровых кабинетов, интеграция и совершенствование организационных технологий всех видов медицинских осмотров для онковываемости, обучение персонала и внедрение системы мониторинга.

Внедрение результатов исследования

- методические рекомендации «Организация работы женского и мужского смотрового кабинета» внедрены во всех АПО Республики Казахстан[139];

- методические рекомендации «Мониторинг и оценка деятельности онкологической службы РК» используются всеми онкологическими диспансерами и головным профильным институтом для оценки деятельности онкологической службы[140].

Публикации по теме диссертации

Материалы диссертационной работы опубликованы в 8 научных работах, из них 3 статьи в журналах, рекомендованных Комитетом по обеспечению качества в сфере образования и науки МОН РК, 4 публикации в сборниках международных конференций, 1 публикация в журнале, входящего в базу данных компании Scopus и Web Of Science.

Разработано и утверждено авторское право «Организация работы мужских и женских смотровых кабинетов» и получено свидетельство о государственной регистрации прав на объект № 6471 от 15 ноября 2019 года и «Мониторинг и оценка деятельности онкологической службы РК», получено свидетельство о государственной регистрации прав на объект № 6495 от 18 ноября 2019 года.

Личный вклад автора заключается в формировании направлений исследования, программы и его объектов, организации и проведении исследований на основе разработанных экспериментальных мониторинговых таблиц, непосредственном участии во всех этапах исследования, статистической обработке данных, написании глав диссертации, интерпретации и обсуждении результатов, выводов и практических рекомендаций.

-разработка и внесение в приказ МЗ РК №907 «Об утверждении первичной медицинской документации» вкладыша в форму 025/у – онколист, журнал смотрового кабинета (электронный и бумажный варианты);

-разработка и внесение дополнений в пункт 16 формы 090/у Извещения обстоятельства выявления: в смотровых кабинетах мужских, женских (электронный и бумажный варианты);

-внесение дополнения в форму отчета №30 – мужские кабинеты;

-разработка методической рекомендации по организации работы мужских и женских смотровых кабинетов;

- обучение более 1500 специалистов ПМСП, АПО, онкологических диспансеров РК за период 2015-2018гг. по вопросам онконастороженности и раннего выявления по итогам проведенного мониторинга и оценки деятельности онкологической службы.

Апробация диссертации

Основные результаты, положения, заключения и выводы диссертации были доложены и представлены на следующих конференциях:

XLII международная научно-практическая конференция «Инновационные подходы в современной науке», Март 2019, Москва, Россия;

LInternational correspondence scientificand practical conference «European Research: Innovation In Science, Education And Technology» March, 2019, London, United Kingdom;

XXIX Международная научно-практическая конференция «World Science: Problems And Innovations», февраля 2018, г. Пенза, Россия;

LV международная научно-практическая конференция «Развитие науки в XXI веке», декабрь 2019, Харьков, Украина.

Объем и структура диссертации.

Диссертационная работа изложена на 133 страницах и состоит из введения, литературного обзора, методологии исследования, 5-ти глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка использованной литературы. Диссертация содержит 36 таблицы, 14 рисунков, 16 приложений и 141 источников литературы.

1. ОСОБЕННОСТИ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ВИЗУАЛЬНЫХ ФОРМ ОНКОПАТОЛОГИИ (обзор литературы)

Согласно данным мировой статистики, число онкологических заболеваний неуклонно растет. Ежегодно в мире регистрируется около 6 млн. новых случаев заболевания злокачественными опухолями. По прогнозам ВОЗ за период 1999-2020 гг. заболеваемость и смертность онкологическими заболеваниями во всем мире возрастет в 2 раза: с 10 до 20 млн. новых случаев и с 6 до 12 млн. регистрируемых смертей [11].

Онкопатология по миру имеет различные уровни, и самый высокий среди мужчин во Франции (361,1 на 100 000 населения), женщин - в Бразилии (283,4 на 100 000). Следует отметить, что в последнее десятилетие в развитых странах наблюдается тенденция к замедлению роста заболеваемости и снижение смертности от злокачественных опухолей: за счет профилактики (борьба с курением) и улучшения ранней диагностики и лечения. Поэтому основной прирост заболеваемости приходится на развивающиеся страны [12-13].

Как причина смерти опухоли занимают второе место после сердечно-сосудистых заболеваний. Так, в России ЗНО занимают второе место после сердечно-сосудистых заболеваний и составили 13,7%. Смертность зависит от стадии, в которой выявлено заболевание: при выявлении ЗНО на I-ой стадии эффективность лечения составляет 90-100%, на II-ой - 70-80%, на III-ей - в 30-35%, неблагоприятный прогноз дается при лечении запущенных опухолей IV стадии [14].

Установлено, что после 40 лет риск появления онкологических заболеваний увеличивается [15].

Эпидемиология злокачественных новообразований (ЗНО) зависит от пола. Так, у мужчин вероятность возникновения онкопатологии на протяжении всей жизни равняется 20%, а у женщин – 16%. При этом установлено, что для мужчин наиболее частой формой онкопатологии является рак кожи и рак легких, а для женщин – рак молочной железы. Мужчины чаще умирают от следующих форм онкопатологии (56,1%) - рак легкого, желудка, колоректальный рак и рак предстательной железы; а женщины (52%) – рак молочной железы, желудка, яичника и колоректальный рак [16].

Для многих стран в последние годы характерен рост заболеваемости раком ротовой полости, ободочной и прямой кишки, кожи, молочной железы, шейки и тела матки, яичника, предстательной железы, мочевого пузыря, щитовидной железы, лимфатической и кроветворной ткани [17].

1.1 Эпидемиология и современные методы диагностики опухолей визуальной локализации

Треть из всех случаев ЗНО составляют злокачественные новообразования визуальной локализации, из которых наиболее часто встречаются патологии:

- 1) рак губы, рак языка и рак полости рта;
- 2) рак кожи;
- 3) рак периферических лимфоузлов;

- 4) рак щитовидной железы;
- 5) рак молочной железы;
- 6) рак шейки матки;
- 7) рак предстательной железы;
- 8) колоректальный рак [17, с.8].

Рак слизистой полости рта составляет 0,7% от общего числа ЗНО. Во многих исследованиях установлена корреляционная связь заболеваемости опухолей слизистой полости рта и предопухолевых заболеваний [18, с.167, 19, с.26, 20, с.39].

Во многих работах изучена эффективность современных методов диагностики рака слизистой полости рта: эксфолиативной цитодиагностики, флуоресцентной диагностики, оптической когерентной томографии, определения генетических онкомаркеров [21, с.18, 22, с.28, 23, с.40, 24, с.45, 85].

Считается, что на доврачебном уровне и при первичной диагностике на врачебных приемах можно обнаружить патологические изменения слизистой полости рта, заподозрить онкопатологию и для уточнения диагноза своевременно направить пациента для лечения к стоматологу или онкологу. Верификация диагноза во многих странах проводится в специализированных отделениях, где в полном объеме применяются все современные методы обследования [18, 168с.].

Основной проблемой остается позднее выявление рака слизистой полости рта на уровне ПМСП, что обусловлено недостаточным использованием современных методов раннего выявления, низкой эффективностью профилактических осмотров, диспансерного наблюдения за больными с предраковой патологией, недостаточной онкологической настороженностью медицинских специалистов [18, с.167; 26, с. 388].

Анализ функционирования системы онкостоматологической помощи в странах СНГ выявил актуальные проблемы ранней диагностики на уровне профилактических осмотров и диспансеризации фоновых/ предраковых заболеваний слизистой полости рта. Установлены дефекты визуализации корня языка при профилактических осмотрах, игнорирование целесообразности обследования слизистой полости рта при стоматологических манипуляциях. Выявлено неудовлетворительное ресурсное обеспечение (кадровое и материально-техническое), а также отсутствие необходимой стандартизации скрининга [18, с.168; 2, с.34].

Так, при анализе причин поздней диагностики рака слизистой полости рта путем изучения протоколов запущенности за 2003-2005 гг. были выявлены дефекты онкопрофосмотров (40,8%), несвоевременное обращение больных за медицинской помощью (37%), ошибки диагностики, дефекты диспансеризации, отказы от обследования и скрытое течение процесса (по 6%). Показатель ежегодной активной выявляемости на онкопрофосмотрах не превышал 7,7%. При этом в исследовании Б.С. Ныркова сроки от первого обращения к медицинскому работнику до установления диагноза составили в среднем 3-9 месяцев, и только в 2,6 % случаев диагноз был установлен при первичном обращении пациента [18, с.169; 28, с.45].

Многими исследователями сделан вывод, что функционал смотровых кабинетов недостаточен, мужское население осматривается профилактически не в полной мере, а врачи-стоматологи не проводят диспансеризацию групп риска. Поэтому многие рекомендуют создание централизованного регистра больных с предраковой патологией, что особенно актуально в условиях функционирования большого числа стоматологических кабинетов негосударственной формы собственности [18, с.169; 27, с.209].

В исследовании Ныркова Б.С. (2008г.) апробированы инструменты управления скринингом фоновых, предраковых заболеваний слизистой полости рта, в т.ч. разработаны карты обследования этой анатомической зоны на доврачебном, врачебном и стоматологическом уровнях, алгоритмы первичной и уточняющей диагностики, таблица дифференциальной диагностики и методические рекомендации по проведению онкопрофосмотров на доврачебном уровне. Для минимизации диагностических ошибок разработана таблица предраковых заболеваний слизистой полости рта с перечнем симптомов, характеристикой очага поражения, вариантом адекватного лечения, а также «сигналы тревоги» по поводу рака слизистой полости рта. Апробированы карты доврачебного осмотра слизистой полости рта, карта профилактического осмотра для врачей-стоматологов. В результате пилотной апробации за 3-летний период выявляемость ЗНО возросла до 6,2%, в т.ч. 1,3% рака слизистой полости рта, 3,2% папиллом и лейкоплакии, т.е. показатели активной выявляемости рака слизистой полости рта выросли на 3,8% и 5-летней выживаемости на 3,8% [18, с.169,29].

В структуре онкологических заболеваний злокачественные новообразования кожи (ЗНК) занимают третье место: у мужчин после рака легких и желудка, у женщин после рака молочной железы и желудка. За последние 10 лет количество больных базально-клеточным раком кожи возросло на 10-15% [30].

В Австралии рак кожи составил 40,0 на 100 тыс. населения, в Европе и США – у 12–14. Максимальный уровень заболеваемости установлен у жителей южных государств с высокой естественной инсоляцией. Так, в Бразилии заболеваемость мужского населения ЗНК составила 213,2 на 100 тыс. населения, что в 2 раза выше, чем среди женщин (102,0). Высокий уровень заболеваемости обусловлен, в основном, плоскоклеточным раком кожи и меланомой. Высокий уровень заболеваемости ЗНО кожи установлен в Южной Ирландии и Германии (100,2) с преобладанием лиц мужского пола. В Швейцарии и Великобритании этот показатель несколько выше (120,0) [31-32].

В ряде стран Центральной Азии в структуре онкологической заболеваемости ЗНК в 2013 г. составили 12,3%. В России рак кожи занимает 2-3 место в структуре заболеваемости, у 7% мужчин и 11,6% женщин ежегодно диагностируется эта патология. Прирост заболеваемости ЗНК за 10-летний период (1999-2009 гг.) составил 20%. В структуре ЗНК в 2010 г. меланома кожи составила 2,4%, другие ЗНК 12,4%. По другим данным, среди ЗНК лидирует базально-клеточный рак кожи (75-97%), затем плоскоклеточный рак (3,8%) и меланома (9,4%). Первичная заболеваемость ЗНК, по данным Коленко Н.Г. (2009 г.), составила 144,5 на 100 тыс. мужчин и 112,3 среди женщин, а

повторная заболеваемость раком кожи составила 2015,1 у мужчин и 1125,4 у женщин [33-34].

В структуре инвалидности от ЗНО кожи в среднеуральской популяции 75,5% составляет меланома, в группе инвалидов по меланоме преобладают женщины (58,7%), по раку кожи – мужчины (53,2%). Среди впервые признанных инвалидами по меланоме кожи 51,78% больных находятся в трудоспособном возрасте, в т.ч. 20,7% в молодом. Удельный вес больных меланомой, ежегодно выявляемых на профилактических осмотрах в Свердловской области, составил в среднем 21,7% и значительно превышал аналогичный показатель по РФ (10,7%), показатель активного выявления больных раком кожи также был высоким (26,8% против 18,8%). Исследователь считает, что несвоевременная и поздняя диагностика ЗНО кожи является причиной формирования инвалидности у 27% больных меланомой и 1,8% больных раком кожи. В нозологической структуре смертности от ЗНО кожи превалирует меланома (58%) [35].

Базально-клеточный рак кожи составляет подавляющую часть злокачественных опухолей кожи (65-90%), отличается медленным ростом, крайне редким метастазированием, поздней манифестацией, что определяет особый статус данного заболевания. Несмотря на низкий уровень летальности (0,022–0,1%), специалисты обращают внимание на высокие темпы роста заболеваемости этой патологией во всем мире. Базально-клеточный рак кожи чаще всего выявляется в возрасте 50-70 лет, иногда среди молодых лиц и детей. Установлены гендерные различия в частоте встречаемости БКРК. Заболеваемость мужчин и женщин соотносится как 1,0 к 1,7, а по другим данным, приводится обратное соотношение - 1,1 к 1,0 [36,37].

Меланомы кожи головы и шеи составляют около 12% от меланом кожи всех локализаций и отличаются наиболее низкой выживаемостью, ранним регионарным и отдаленным метастазированием. Стандартизированный показатель заболеваемости меланомой кожи в России составил 4,4 у мужчин и 6,3 на 100 тыс. у женщин (2007 г.), за 5-летний период (2002-2007 гг.) эта патология возросла на 16,7%. В структуре смертности от ЗНО меланома кожи составляет 1,1%, другие новообразования кожи - 0,57%. В структуре смертности от меланомы кожи доминирует смертность в возрастной группе 30-34 лет и 85 лет и старше. Составляя всего 10% от ЗНК, меланома кожи является причиной 80% смертности от опухолей кожи [38].

В России удельный вес больных с впервые в жизни установленным диагнозом меланомы кожи в I-II стадиях составил 68,1%, IV стадии - 28,3%. Только 19,4% из числа больных с впервые в жизни установленным диагнозом ЗНК выявлены при проведении профилактических осмотров, в т.ч. с меланомой кожи - 11,8%. Установлено, что среди всех больных меланомой кожи у 83% к началу лечения уже диагностируются распространенные формы с глубоким (III-V) уровнем инвазии по Кларку, в т.ч. 23-59% запущенное выявление в III-IV стадии [39].

По данным многих исследователей, 5-летняя выживаемость больных с меланомами кожи головы и шеи I и II стадии равняется 54,7%, а при остальных

анатомических локализациях чуть больше - 60-70% [39].

Среди факторов риска развития ЗНК выделяют повышенную инсоляцию, воздействие высокой температуры, производственные факторы (продукты сгорания), наличие предраковых заболеваний кожи, неблагоприятную экологическую среду (городская зона, космодромы), эндокринные и иммунные нарушения, а также местное раздражение кожи [40].

Рост частоты опухолей кожи Левит М.Л. (2003 г.) связал со снижением содержания озона в атмосфере: меланомы ($p = 0,01-0,003$) и базалиомы ($p = 0,02$). Корреляционный анализ показал наличие достоверной связи ($\alpha < 0,05$) между количеством запусков ракет и заболеваемостью ЗНК при лаге $t = 0$, в т.ч. для плоскоклеточного рака и меланомы. Для базалиомы такая связь не выявлена, что, вероятно, объясняется особенностями развития этого вида ЗНК (длинный период развития) [41].

В исследовании Екимовой О.И. (2016) на основе изучения состояния системного иммунитета у пациентов с раком кожи достоверно установлена роль профессиональных факторов риска в развитии базально-клеточного рака кожи [42].

Рецидивы после хирургического лечения распространенных форм рака кожи с одномоментной кожной пластикой, по данным ВОИЦ АМН (1967 г.), встречаются в 7,7% при наблюдении в течение 2 лет. При длительном постоянном мониторинге у каждого четвертого больного после излеченного рака кожи возникали повторные опухоли, среди них: рак кожи (44,7%, преимущественно у мужчин - 60,5%), рак органов желудочно-кишечного тракта (11,6%, преимущественно у мужчин - 60,5%), рак легкого (6,9%, преимущественно у мужчин - 67%), рак молочной железы (6,6%), рак предстательной железы (5,7%). Первый пик рецидива после излечения первичного рака кожи приходился на первые 2 года наблюдения, второй - на 8-9-е годы мониторинга для отдельных локализаций (желудок, молочная железа). Первичный базально-клеточный рак кожи рецидивировал у 3,1% больных (у мужчин в 2 раза чаще), повторный - у 6% (у мужчин в 3 раза чаще). Первичный плоскоклеточный рак кожи рецидивировал у 5,1% больных (у мужчин в 3 раза чаще), повторный - у 13% (только у мужчин). В III стадии ракового процесса излечение достигается в 40-45%, в IV стадии - в 10-15% [44].

Злокачественные опухоли, возникшие на месте посттравматических шрамов имеют свойства плоскоклеточного рака или, реже, базальноклеточного рака, меланомы или саркомы. Причем, как отмечают исследователи, озлокачествление рубцов может происходить, через 1 год и через значительно более длительный период времени. Врачи-онкологи призывают как можно скорее подвергать гистологическому исследованию хронические язвы и опухоли, так как перерождение рубцово-измененной ткани, в частности рубцов от ожога, в плоскоклеточный рак с плохим прогнозом может произойти в сроки от 3 месяцев до 75 лет после ожога [43]. Для оценки процесса озлокачествления рубцов в мире используются несколько шкал оценки рубцов: Ванкуверская шкала оценки рубцов (Vancouver Scar Scale, VSS, 1990), Шкала POSAS (Patient and Observer Scar Assessment Scale, Draaijers, 2004), Манчестерская шкала а

оценки рубцов (Manchester Scar Scale, MSS, 1998), Шкала оценки рубцов Stony Brook (SBSES, 2007). Средний показатель формирования опухоли из рубцов после механических травм составил 26,9 лет, ожога пламенем - 29,3 лет, огнестрельных ранений - 36,5 лет, сандалового ожога - 38,9 лет. Соответственно этим исследователи рекомендуют длительное наблюдение онкологами и дерматологами лиц, имеющих рубцы на коже тела (после механических травм, ожогов пламенем, горячим металлом, кипятком, термических ожогов, огнестрельных ранений, сандалового ожога и др.).

Единственным надежным методом диагностики меланомы кожи является морфологическое исследование иссеченной ткани. Однако, при меланоме проведение биопсии недопустимо из-за возможного распространения процесса, хотя ряд авторов считают возможным цитологическое исследование путем пункции опухоли очень тонкой иглой [44].

В различных исследованиях оценена эффективность других методов диагностики ЗНК: фотометрии, флюоресцентной спектроскопии с аласенсом (чувствительность 100%, специфичность 61,5%, диагностическая точность 67,8%). Для определения объемных параметров ЗНК используется метод ультразвуковой диагностики, являющийся наиболее информативным для определения глубины инвазии. Исследователи НИИ онкологии РФ рекомендуют шире использовать цитологический метод исследования пунктата, отпечатков или соскобов в диагностике ЗНК, имеющий 85-88% информативности. Самым эффективным и доступным считается метод соскоба с поверхности опухоли с последующей окраской препаратов гематоксилин-эозином (по сравнению с окраской по Паппенгейму и Гимзе-Романовскому) [45-47].

Изучены возможности дифференциальной диагностики базалиомы и дерматозов, включая оптическую когерентную томографию, ультразвуковое исследование, дерматоскопию, конфокальную лазерную сканирующую микроскопию, а также флюоресцентные методы (компьютерная плоидометрия). Каждый из указанных методов имеет определенные преимущества и недостатки [45, с.109, 46, с.41, 47, с.49].

Индилова Н.И. (2011г.) рекомендует конфокальную лазерную сканирующую микроскопию для прижизненной диагностики базально-клеточного рака кожи как один из этапов неинвазивной верификации опухоли, в т.ч. для включения в программу скрининговых исследований, а также для объективной оценки эффективности лечения и выявления рецидивов[48].

В России внедрен рекомендованный РОНЦ им. Н.Н.Блохина 2-уровневый скрининг: на 1-ом этапе целенаправленный отбор дерматологом группы риска, на 2-ом – прием онколога с использованием специальных методов (в т.ч. дерматоскопии или морфологических исследований).

Многие исследователи и организаторы здравоохранения решают задачи повышения эффективности различных систем раннего выявления онкопатологии, в т.ч. определение групп онкологического риска с помощью анкетирования, использования метода морфологической диагностики на ранних этапах развития меланомы кожи. Н.Г.Коленько дает рекомендации по

оптимизации программы ранней диагностики ЗНО: больные остаются в группе риска пожизненно, особое внимание необходимо уделять первым 10 годам диспансерного наблюдения, в т.ч. осмотр дерматолога рекомендуется 1 раз в 3 месяца в течение первых 2-х лет наблюдения, далее – 1 раз в год. После излечения множественных очагов рака кожи осмотр должен проводиться 1 раз в 3 месяца в первые 5 лет, затем 1 раз в полгода пожизненно. Осмотр дерматолога должен дополняться проведением дерматоскопии и/или УЗИ. Для раннего выявления опухолей желудка у излечившихся больных с ЗНО необходимо проводить регулярные скрининговые исследования 1-2 раза в год: рентгенологическое/ эндоскопическое (чередую их каждые полгода), сигмоскопия (по показаниям колоно-, ирригоскопия), пальцевое исследование прямой кишки, анализ кала на скрытую кровь, рентген-исследование органов грудной клетки (при необходимости компьютерная томография), ультразвуковое/маммографическое исследование молочных желез у женщин, осмотр мужчин уролога с пальцевым исследованием предстательной железы (при необходимости – трансректальное УЗИ простаты) [34, 49].

Злокачественные лимфомы являются наиболее частым опухолевым поражением лимфоузлов у больных в возрасте 20-40 лет.

В дифференциальной диагностике опухолей лимфатических узлов, лимфаденопатий проводится пальцевое исследование и используются ультразвуковое исследование, эхография в В-режиме, биопсия, импульсно-волновая доплерография и цветное доплеровское картирование (ЦДК).

По некоторым данным, пальцевое исследование имеет низкую чувствительность и позволяет выявить увеличенный лимфоузел только в 32-33% случаев лимфаденопатий. При этом многие специалисты считают, что если лимфоузел визуализируется у пожилых людей, это с большой вероятностью свидетельствует о воспалительном или неопластическом характере поражения. По данным Gortenuiti G., до 55% визуализируемых при эхографии и вовлеченных в патологический процесс лимфоузлов являются непальпируемыми. Согласно данным Greetzman W. при выявлении метастазов в лимфоузлах шеи, показатели чувствительности, специфичности и точности метода пальпации составляют 69%, 87% и 80%, при эхографии эти показатели достигают 92%, 84%, и 89% соответственно. Но эхографическое исследование подмышечных лимфоузлов не позволяет добиться таких высоких диагностических показателей из-за анатомических особенностей [50-52].

При ультразвуковой оценке доброкачественного или злокачественного характера изменения лимфоузлов, специалисты рекомендуют учитывать 7 параметров: форму; наличие/ отсутствие изображения области ворот; толщину (передне-задний размер) области ворот; толщину коры; экоструктуру коры; характер васкуляризации при ЦДК и наличие/ отсутствие экстракапсулярного распространения патологического процесса. При этом Абассова Е.В. считает, что окончательный дифференциальный диагноз между лимфомой и лимфаденитом часто невозможен на основе УЗИ в В-режиме и в режиме ЦДК. Поэтому клиническая оценка и биопсия обязательны в большинстве случаев.

Многими исследователями установлены эхографические признаки злокачественных лимфом [51].

Некоторые специалисты считают, что только эхография в состоянии выявить субклинический метастаз (очаг размером от 3 мм) с характерными признаками округления формы, изменения соотношения поперечного и продольного диаметров, неоднородности структуры лимфоузла. Отмечено, что 3 гистологические формы (метастазы плоскоклеточного рака, меланомы и железистого рака щитовидной железы) при УЗИ отличаются друг от друга с высокой степенью достоверности (91,4%) [52].

В качестве стандартной панели для исследования лимфатических узлов регионарных к раку других локализаций и гистологических вариантов Цыплаков Д.Э. предложил перечень моноклональных антител может и доказал, что иммуногистохимический фенотип лимфоузлов мало зависит от пола и возраста больных, локализации и гистологического типа опухоли, но определяется клинической стадией заболевания. Показателем активности (агрессивности) метастазов в лимфоузлах является экспрессия антигена ядерной пролиферации и протоонкогена, супрессирующего апоптоз (Vc1-2). Исследователь определил показатели неполноценного местного иммунного ответа в лимфатических узлах, регионарных к раковой опухоли [53].

Рак щитовидной железы возникает у женщин в 4 раза чаще, у мужчин, в основном в возрасте 30-50 лет. Он развивается на фоне снижения функций щитовидной железы, в условиях недостатка йода, плохой экологической обстановки, что является очень актуальным для многих регионов Казахстана, так же негативно сказываются психогенные травмы, поражения ионизирующими излучениями и химическими канцерогенами, увлечения солнечными процедурами [54].

Интерес к проблеме РЩЖ у больных пожилого и старческого возраста вызван трудностью ранней диагностики,

Независимо от возраста и региона проживания, в структуре доброкачественных заболеваний щитовидной железы, предшествующие раку, преобладает узловой эутиреоидный зоб, причем у больных пожилого и старческого возраста, проживающих на условно «чистых» территориях, данное заболевание встречается чаще, чем на радиационно-загрязненных территориях (78,6% против 66,4%). Диффузный токсический зоб щитовидной железы у больных раком щитовидной железы пожилого и старческого возраста чаще встречается на радиационно-загрязненных территориях, чем на условно «чистых» (22,2% против 7,1%). По литературным данным, среди оперированных по поводу узлового зоба у половины выявляется рак [54, с.12].

РЩЖ по частоте метастазирования в кости занимает 5-6 место среди других нозологических форм рака. Многочисленные исследования показали, что поражение скелета при этом заболевании иногда является единственным местом развития метастатического процесса и может быть первым симптомом наличия злокачественной опухоли. По данным Т.О. Кутателадзе (1991), клинические проявления метастатического поражения скелета у 24% больных с ЗНО предшествуют таковым со стороны первичной опухоли. Раннее выявление

костной диссеминации, определение степени ее распространенности, а также йодкумулятивной активности метастазов остается актуальной проблемой клинической радиологии [55].

С этой целью используются рентгенография, радиоизотопная остеосцинтиграфия с фосфатными полимерами (для выявления метастазов РЦЖ в кости), а также с радиоактивным йодом. Радиоизотопная остеосцинтиграфия с фосфатными полимерами зарекомендовала себя достаточно высокоинформативным методом при первичной диагностике метастазов РЦЖ в кости (чувствительность 89,1%, специфичность 56,8%, общая точность 66,4%) и может выявить 79,7% всех метастазов. Сцинтиграфия с йодом определена высокоспецифичным методом выявления метастазов РЦЖ в кости (чувствительность 55,8%, специфичность - 85,2%, общая точность - 73%). Разработанный Воробьевой С.Л. (2006г.) количественный показатель относительного накопления (ПОН) йода от общего счета всего тела (ОСВТ) позволил определить степень накопления йодида натрия в метастазах. Исследователь рекомендует использовать у больных с РЦЖ остеосцинтиграфия 2 раза в год в течение первых 5 лет с момента установления основного диагноза [56].

Для своевременного выявления рака щитовидной железы среди лиц пожилого и старческого возраста многие специалисты рекомендуют проводить скрининг для лиц старше 60 лет с узловыми и диффузными заболеваниями щитовидной железы, включающий комплексное обследование щитовидной железы.

РМЖ является наиболее часто встречающихся злокачественных опухолей визуально доступной локализации среди женщин, ежегодно в мире регистрируется 1-2 млн. новых случаев рака молочной железы. В структуре заболеваемости ЗНО в мире РМЖ занимает 3-е место после рака легкого и рака желудка и составляет 10% от всей заболеваемости. В структуре онкологических заболеваний у женщин РМЖ занимает первое место, его доля составляет в разных странах от 8 до 30%. В последние годы отмечается рост заболеваемости и «омоложение» этой патологии [57].

В Европе и США РМЖ самое распространенное заболевание у женщин и возникает у 6% женщин на протяжении жизни (до 75 лет). Показатель заболеваемости РМЖ в России составил 38,2-41,0, смертности - 16,4 на 100 тыс. населения. Рак молочной железы в Украине занимает 1-е место в структуре и заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований. В Кыргызстане в структуре злокачественных опухолей репродуктивной системы женщин РМЖ составляет 43,6%. Наиболее высокие уровни заболеваемости и темпы прироста показателей были отмечены в возрастных группах 60-64 и 75 лет и старше (134,6 и 137,7 на 100 тыс.) [58-60].

В структуре смертности женщин 35-45 лет РМЖ стоит на первом месте (20%) и на втором в возрасте после 50 лет, уступая только сердечно-сосудистым заболеваниям. Стандартизированный показатель смертности женщин в России вырос в 1991-2000 гг. на 17,29% и составил в 2000 г. 17,24 на 100 тыс. женского населения со среднегодовым темпом прироста в 1,79%.

Наибольший показатель смертности женского населения от РМЖ наблюдается в возрастных группах 75-79 и 80-84 лет - 88,87 и 89,35 на 100 тыс. соответственно. Следует отметить, что в настоящее время в большинстве случаев стран Европы и Северной Америки отмечается снижение смертности от РМЖ [58, с.21]. К совершенствованию методик лечения и ранней диагностики необходимо добавить меры по массовому выявлению и лечению гормональных дисплазий молочных желёз [61].

РМЖ чаще развивается у нерожавших и не кормивших грудью женщин, в возрастной период гормональной перестройки (40 до 55 лет). Выявлены факторы риска развития РМЖ для региона Сибири и Дальнего Востока: возраст, национальная принадлежность, наследственная предрасположенность, эндокринно-метаболические факторы, обусловленные сопутствующими заболеваниями, особенности репродуктивного анамнеза, особенности питания, социально-экономический статус, миграционная подвижность и наличие профессиональной вредности. Исследователь рекомендует учитывать эти факторы в анкетировании в системе раннего выявления онкопатологии женщин [62-63].

Ранняя диагностика заболеваний молочной железы сегодня является самой важной и актуальной задачей для современной медицины. Сложность своевременной диагностики РМЖ обусловлена специфичностью клинических и лабораторно-инструментальных признаков доброкачественных, и злокачественных заболеваний молочной железы. Актуальным является поиск новых дифференциально-диагностических критериев, позволяющих различать начальные проявления рака, предраковых процессов и различных форм доброкачественных новообразований. Основное значение в диагностике РМЖ имеют осмотр и пальпация молочных желёз. Такое обследование позволяет выявить опухоль в 83% случаев. Проводить само-обследование молочных желёз должна каждая женщина, не реже 1 раза в месяц, а 1 раз в год, даже при отсутствии жалоб, либо видимых нарушений пройти осмотр у врача [65].

В системе ранней диагностики РМЖ особое значение придается исследованию непальпируемых образований молочных желёз. Для дифференциальной диагностики предопухолевых заболеваний молочной железы от РМЖ в настоящее время широко используются высокотехнологичные методы исследования (мультиспиральная компьютерная томография и магнитно-резонансная томография), а также различные уточняющие методы и методики (томосинтез, стереомаммография, соноэластография). Новиковой Е.В. (2018 г.) систематизирован спектр уточняющих методик исследования в зависимости от возрастной группы, типа плотности тканей и вида непальпируемых образований и разработан алгоритм комплексного обследования женщин в пременопаузе, повышающий эффективность дооперационной дифференциальной диагностики [66].

Наиболее часто используются рентген-исследования, однако лучевая нагрузка не позволяет проводить систематические исследования в группах риска чаще, чем раз в полгода. Также, например, маммография недостаточно информативна у женщин моложе 35 лет ввиду высокой плотности ткани

молочных желез и, как следствие, малой контрастности рентгеновского изображения. УЗИ, применяемое при обследовании женщин с преобладанием железистого компонента в строении молочных желез в возрастной группе до 35 лет, занимает достаточно много времени и должно проводиться высококвалифицированным специалистом. МРТ является одним из наиболее точных методов диагностики, однако высокая стоимость исследования делает пока невозможным его широкое использование [67].

Для исследования состояния парастернальных лимфоузлов при РМЖ применяют дополнительные методы обследования: чрезгрудинная флебография, непрямая изотопная лимфография парастернальных лимфатических узлов. Доказано, что сочетание непрямой радиоизотопной лимфографии и чрезгрудинной флебографии повышает эффективность этих 2-х методов исследования парастернальных узлов до 78%. Но при этом, Мейлах Б.Л. (2004г.) считает, что непрямая радиоизотопная лимфосцинтиграфия и компьютерная томография обладают более высокой чувствительностью, но недостаточной специфичностью и по диагностической ценности не всегда могут заменить видео торакоскопическую парастернальную лимфаденодиссекцию [68]. Многочисленными исследованиями установлена чувствительность и специфичность многих методов диагностики РМЖ (сцинтимаммография, позитронно-эмиссионная томография, компьютерная томография, магниторезонансная томография, биопсия «сторожевого» лимфоузла), которая не превышает 75-95%, а частота ложных выводов достигает 14-16% [68, с.153; 73-70].

Макиева К.Б. (2010г.) включить в алгоритм диагностики опухолевых и неопухолевых поражений молочных желез метод микроволновой радиотермометрии с чувствительностью 86%, а в сочетании с маммографией чувствительность доходит до 98%. Чувствительность метода УЗИ при РМЖ составила 81,9%, а при маммографии - 84,3%. При размерах опухолей меньше 2,0 см чувствительность РТМ-диагностики составила 84,8%, в то время как показатели ультразвукового и рентгенографического методов были почти равны (75,9% и 66,8%) [71].

Петровым А.В. (2011 г.) предложена балльная методика комплексной оценки клинических и лучевых признаков РМЖ, позволяющая достоверно оценить степень злокачественности опухоли. В маммологическом центре г. Рыбинска Ярославской области выявляемость РМЖ составила 0,86 [72].

В настоящее время все больше научных работ посвящается молекулярно-генетической диагностике РМЖ и разработке молекулярно-генетических маркеров, которые могут дать дополнительную информацию о биологической характеристике опухоли: о скорости ее роста, способности к инвазии и метастазированию, устойчивости к химиопрепаратам. Одним из направлений поиска новых методов диагностики является изучение молекулярных маркеров в сыворотке или плазме крови. Обнаружение белка маммаглобина (Zehentner В. К., и др. 2004, Bernstein J.L., 2005) и мРНК маммаглобина имеют высокое диагностическое значение при РМЖ – по различным данным от 11% до 97% (Suchy В, 2000, Gilbey А.М., 2004, Bernstein J.L., 2005, Cerveira N. 2004,

Zehentner В. К. и др. 2004) [73].

В странах СНГ доля больных, выявленных на поздних (III-IV) стадиях заболевания составляет 30-50%. В России (2004 г.) активная выявляемость РМЖ составила 4,1-19,7%: на ранних стадиях 6-8% и 40,7% запущенности (III-IV стадии). По другим данным, у 60,3% пациенток диагноз был поставлен на I-II стадии, у 26,1% - III стадии, у 12,4% - IV стадии. По данным Ананиной О.А.(2008г.), выявляемость РМЖ в России при профосмотрах составила 20,7% и характеризуется высокими показателями запущенности (на III-IV стадиях 37,4%) и одногодичной летальности (10,9%) [74].

Успех скрининговых программ во многих исследованиях доказан снижением смертности от РМЖ на 25-30% при постоянной реализации в течение 5-7 лет маммографического скрининга (Захарова Н.А.,2012). В странах Западной Европы, Северной Америки скрининговые программы успешно проводятся уже не одно десятилетие. В России массовый скрининг, в частности маммографический, среди женского населения на предмет выявления рака молочной железы стал проводиться с 2010 г. В странах СНГ наряду со скринингами проводятся разовые акции в виде «розовых дней» или выезды медицинского поезда/бригад для массового бесплатного обследования женского населения всех возрастов [75-77].

Схема общераспространенного маммографического скрининга включает исследование в косой и прямой проекции 1 раз в 2 года для женщин в возрасте старше 40 лет. Во многих исследованиях доказано, что внедрение скрининговой программы приводит к улучшению ранней диагностики РМЖ на 15%. Разработана система комплексной оценки качества скрининговой программы по ранней диагностике рака и предраковых заболеваний молочных желез, в которой основными критериями определены: охват скрининговым обследованием, чувствительность маммографии, выявляемость РМЖ и доля женщин, вызванных для повторного обследования после скрининга [75, с.256].

Перспективными в развитии скрининга являются оценка индивидуального риска и формирование групп повышенного риска РМЖ, в т.ч. с помощью метода анкетирования, позволяющего провести первичный отбор групп населения для углубленного обследования. Ананина О.А. (2008г.) разработала прогностическую модель оценки индивидуального риска развития РМЖ (чувствительность 86,4%, специфичность 86,2%, диагностическая точность 86,3%, прогностическая ценность 77,0%) [74, с.147]. Энгбанг Н.Ж. (2009 г.) разработал балльную систему отбора лиц с высоким риском развития РМЖ, которых необходимо дообследовать (УЗИ, маммография, консультация онколога) [77, с.27].

Васильев А.Г. (2013 г.) предлагает, что для оценки местного распространения опухоли в большинстве случаев достаточно выполнения «стандартных» методов обследования: клинического осмотра (пальпации), маммографии и эхографии молочных желез. Пальпация позволила правильно оценить степень распространения опухоли лишь у 61,7%, а эхография у 77,9% пациентов. Исследователь считает, что применение МРТ молочных желез оправдано в группах высокого риска развития РМЖ (у пациентов с BRCA-

мутацией) или у пациентов при подозрении на мультицентричное /мультифокальное поражение. А для оценки поражения лимфатических узлов подмышечной области у пациентов с любой стадией РМЖ необходимо использовать клинический осмотр (пальпацию) и эхографию, при отсутствии данных за поражение лимфатических узлов всем пациентам показано проведение биопсии сигнального лимфатического узла подмышечной области [78].

Синельникова О.А. (2013 г.) рекомендует СВЧ-радиотермометрию в качестве метода для формирования групп риска развития РМЖ, а также в качестве дополнительного исследования в комплексной диагностике заболеваний молочной железы. Преимущества использования метода: доступность, неинвазивность, отсутствие лучевой нагрузки, возможность быстрой интерпретации результатов исследования, относительно низкая стоимость исследования. Была определена чувствительность, точность и специфичность СВЧ-радиотермометрии (88,3%, 96,5% и 94,7%), маммографии (92,1%, 98,3% и 100%) и УЗИ (86,8%, 94,0% и 100%) [79].

Захаровой Н.А. (2012 г.) было апробировано популяционное генетическое тестирование женщин на предмет выявления мутаций генов BRCA1 и BRCA2 и по результатам рекомендовано дополнить скрининговую программу для женщин группы высокого риска по РМЖ этим видом исследования [80].

По данным ВОЗ, ежегодно в мире регистрируется 851,9 тыс. заболеваний раком половых органов, в т.ч. около полумиллиона новых случаев инвазивного РШМ, при этом 75% из них приходится на развивающиеся страны, и каждый год около 250 тыс. женщин умирает от РШМ [Geneva, WHO, 2004]. По данным Международного агентства по изучению рака наиболее высокие стандартизованные показатели заболеваемости РШМ в 90-е годы в мире зафиксированы в Зимбабве (67,2 на 100 тыс. населения), а среди европейских стран в Германии (21,2), тогда как наиболее низкие – в Финляндии (3,6‰) [81,82].

По данным Белорусского канцеррегистра за 10-летний период (1992-2002 гг.) уровень заболеваемости цервикальным раком вырос с 14,2 до 16,1 на 100 тыс. женского населения, при этом смертность от РШМ снизилась до 2,1. Вареник А.А. (2006 г.) выявил тенденцию роста заболеваемости РШМ в Белоруссии среди женщин репродуктивного возраста (15-49 лет) и смещение его максимума с 60-79-летнего на 40-59-летний возраст. В результате проведенного анализа за последние 13 лет установлено повышение заболеваемости РШМ в возрастной группе 20-24 года в 2,3 раза, в группе 25-29 лет – в 1,8 раза, а в группе 30-34 года – в 1,5 раза. Выросла и частота выявляемости РШМ при профосмотрах (на 12,4%) [82].

В России в 2007 г. число женщин с впервые в жизни установленным диагнозом рака гениталий достигло более 44 тыс., составив около 17% от всех случаев ЗНО. Наиболее распространённой формой ЗНО женской половой сферы является рак тела матки (7,1%), занимающий 3-е место в структуре общей онкологической заболеваемости среди женщин. На долю рака шейки матки и рака яичников приходятся 5,2% (6-е место) и 4,9% (7-е место). Остается

высоким удельный вес запущенных стадий опухолевого процесса (39,5%) и первогодичной смертности (19,1%). Частота инфицированности вирусом папилломы человека имеет высокий канцерогенный риск: у 90,9% с РШМ, у 41,7% с раком яичников, у 30,8% с раком тела матки [83,84].

В Казахстане и Южно-Казахстанской области заболеваемость РШМ стоит на первом месте среди ЗНО гениталий женщин и составляет 7,4-83 на 100 тыс. женщин. В Казахстане заболеваемость РШМ также имеет тенденцию к росту (3,4%), составив в 2002 г. 7,3%, повысился и показатель смертности на 4,1%, составляя в 2004 г. 4,8 на 100 тыс. населения. Исследователи указывают, что процент запущенных форм РШМ (III-IV стадии) остается высоким (46,1% в 2004 г. и 52,3% в 2005 г.). В связи с этим многие отечественные специалисты указывают на проблемы улучшения качества диагностики и методов лечения РШМ [85].

Первый пик заболевания инвазивного РШМ приходится на возрастную группу 35-45 лет, второй пик - на возрастную группу 60-64 года. Средний возраст на момент выявления заболевания составляет 52 года. В постменопаузе РШМ занимает 3-е место среди злокачественных новообразований после рака эндометрия и яичников. Многие специалисты отмечают тенденцию «омоложения» РШМ, выраженную переходом максимального пика из возрастной группы 60-69 лет в 50-59 лет. Выявлены тенденции роста РШМ и увеличения удельного веса больных в возрастной группе трудоспособного женского населения, а также пациенток II и III декад жизни. За последние 10 лет заболеваемость РШМ в России у молодых женщин в возрасте до 29 лет возросла в 2 раза, при этом увеличилась частота быстро прогрессирующих форм, имеющих латентную фазу менее 12 месяцев [81, с.140].

В научной литературе опубликовано большое количество исследований факторов риска возникновения и прогнозирования частоты заболеваемости раком шейки матки. Так, Ю.Е.Дудик (2003 г.), исследовал в Краснодарском крае факторы риска возникновения РШМ у женщин крупного агропромышленного региона [86]. Н.Д.Шихнабаева (2005г.) провела экологическое районирование в Дагестане и определила влияние антропогенных факторов (пестицидов и минеральных удобрений) и ионизирующего излучения на уровень заболеваемости злокачественными новообразованиями женских половых органов [87]. Мыреева С.А. (2010 г.) показала, что показатели заболеваемости и смертности от злокачественных опухолей гениталий женского населения Якутии имеют четко выраженную региональную специфику, обусловленную медико-демографическими, социально-гигиеническими и этническими факторами риска. Фоновые заболевания и рак чаще встречаются среди некоренного населения и у лиц, проживающих в северных и промышленных районах, что связано с климатогеографическими, социально-демографическими, гигиеническими и этническими особенностями [88]. Хутиевой И.К. наиболее значимыми факторами риска развития РШМ определены метаболические нарушения, дисбиотические состояния влагалищного микробиоценоза и инфекции передающиеся половым путем, а также раннее начало половой жизни.

Определены факторы риска развития РШМ: возраст более 50 лет, избыточный вес, высокий рост, проживание в городе, раннее начало половой жизни, заболевания, передающиеся половым путем в анамнезе, патология шейки матки в анамнезе, травма шейки матки во время родов, большое количество аборт [84].

Предраковые заболевания (эрозии, дисплазии) встречаются чаще, чем инвазивный РШМ и обычно развиваются уже в возрасте 30-40 лет. Прогрессирование предраковых заболеваний с развитием инвазивной стадии РШМ происходит в течение 10 лет. Инвазивный РШМ, развившийся в возрасте до 35 лет, как правило, протекает более злокачественно [81, с.140; 86, с.40, 89, с.110].

По современным представлениям, вирус папилломы человека (ВПЧ) рассматривается как этиологический фактор в развитии дисплазии шейки матки, а длительная персистенция ВПЧ приводит к РШМ. Причем, переход дисплазии в рак *in situ* длится в среднем 3-8 лет, ещё 10-15 лет проходит до развития микроинвазивного рака и столько же до перехода в распространенную форму [90].

Среди социально-медицинских факторов риска развития патологии шейки матки особое значение приобретают ранний возраст начала половой жизни, неадекватное репродуктивное поведение (добрачные половые отношения, большое число половых партнеров и отказ от барьерных методов контрацепции), наличие вредных привычек (курение). В результате корреляционного анализа причинно-следственных связей установлена тесная прямая линейная зависимость раннего начала половой жизни от микроклимата в семье ($r=+0,81$, $p<0,05$), от социального статуса ($r=+0,72$, $p<0,05$), от уровня образования ($r=+0,86$, $p<0,05$), от наличия вредных привычек ($r=+0,84$, $p<0,01$), а также между так называемыми отрицательными репродуктивными установками пациенток и ранним началом половой жизни ($r=+0,97$, $p<0,01$) [82, 86, с.40, 87, с.137, 88, с.26, 89, с.110].

Повсеместное существенное снижение заболеваемости РШМ достигнуто за счет широкого внедрения регулярного профилактического обследования женщин с использованием специальных методов обследования, решающим из которых является цитологический метод, а также своевременного выявления и излечения фоновых и предопухолевых изменений шейки матки.

Вареник А.А. (2006г.) провел сравнительную оценку применения стандартизированных методов обследования при выявлении предрака и РШМ: первое место по информативности заняло кольпоскопическое исследование (совпадение результатов исследования в 94,8% случаях при сравнении с данными гистологии), второе – цитологическое (совпадение в 87,8% случаях), третье – визуальный осмотр шейки матки в зеркалах (совпадение в 52,0% случаях). При этом, ультразвуковая эхосонография с доплерометрией являются лишь вспомогательными и не могут заменить ни один из обязательных методов обследования [82, с.22].

В распознавании признаков патологии шейки матки ранговая значимость стандартизированных методов онкодиагностики следующая: информативность

визуального осмотра шейки матки в зеркалах при сравнении с данными гистологии составила 52,0%; цитологического исследования – 87,8%; кольпоскопического – 94,8%, что, несомненно, диктует необходимость строгой последовательности и этапности их применения. При этом частота выявления признаков вирусных поражений шейки матки при цитологическом исследовании составила 27,4%, кольпоскопическом – 53,6% и гистоморфологическом – 66,0% [82, с.22].

Родионова О.М. (2007 г.) доказала, что при соблюдении методики получения материала с поверхности шейки матки и цервикального канала с помощью комбинированного применения цервикальной щетки Cytobrush и деревянного шпателя Эйра количество информативных мазков составляет 99,8% против 33,5% случаев, а также в 99% случаев из 100 не требуется проведения повторного исследования [83, с.139].

Лабораторные методы исследования позволяют выявить только морфологические изменения эпителия шейки матки и цервикального канала. Стандартом раннего (доклинического) выявления РШМ является цитологический метод, однако его чувствительность остается недостаточно высокой и составляет от 5% до 83,3% [83, с.139].

На сегодняшний день методом скрининга лейомиомы матки является доплерография в сочетании с трансвагинальным УЗИ, с помощью которого можно четко определить размеры, локализацию, количество миоматозных узлов и регистрировать показатели скорости кровотока в различных отделах сосудистого русла (Давыдов А.А., 2005). Но при этом, при всей информативности УЗИ не лишено недостатков: достоверность проводимого обследования зависит от качества используемого аппарата, техника проведения и оценка полученных результатов определяется квалификацией врача. И даже при отсутствии этих причин, этот метод имеет ограниченные возможности при субклиническом течении заболевания [91,92].

По мнению Кудреватых Е.В. (2011 г.), магнитно-резонансная томография является приоритетным методом в стадировании РШМ и позволяет выбрать индивидуальный алгоритм лечения. Чувствительность метода МРТ для стадий T1b-T2b составила 91% (85,396,3), специфичность - 89% (81,1-95,9) и точность - 90% (83,4-96,6). МРТ органов малого таза проводится после клинико-цитологического обследования и гистологической верификации диагноза. Пациенткам после проведенного оперативного лечения рекомендуется динамическое МРТ наблюдение с 3-х месячными интервалами в течение первых 3-х лет, каждые 6 месяцев в течение последующих 2-х лет, и один раз в год в дальнейшем. При этом, компьютерная и магнитно-резонансная томографии также обладают рядом недостатков - высокая цена, наличие противопоказаний (большой вес пациентки, наличие сопутствующей сердечно-сосудистой патологии, наличие кардиостимуляторов и других металлических конструкций (В.И. Кулаков, Л.В. Адамян, С.И. Аскольская, 2009) [81, с.140; 89].

Эндоскопические методы и цитологическое исследование также не всегда позволяют выявить опухоль на ранней стадии; гистологический анализ

материала, полученного при диагностическом выскабливании, позволяя определить пролиферацию эндометрия, не отражает реальную глубину и степень местного распространения процесса [89, с.110; 92 с.34].

РШМ относится к опухолям наружной локализации. Он доступен не только визуальному наблюдению, но и выявлению на ранних этапах развития при массовых профилактических гинекологических осмотрах женщин. Так, результаты внедрения скрининга РМШ в США показали, что в преинвазивной стадии было диагностировано более 2/3 новообразований шейки матки и 70-80% больных в I-II стадиях заболевания. Цитологический скрининг однозначно дал падение уровня заболеваемости и смертности от РШМ в каждой стране, где была внедрена соответствующая программа. Например, по данным ЕССА (Европейской Ассоциации Рака Шейки Матки) в Бельгии около 70% женского населения регулярно проходят процедуру скрининга рака шейки матки, в Дании этот показатель – 75%, во Франции – около 60%. Высокие проценты – показатель ответственного отношения к собственному здоровью у жителей Европы. А благодаря проведению скрининга рака молочной железы в развитых странах мира в 80% случаев это заболевание диагностируется на ранней стадии, когда возможно полное излечение [81, с.140].

Продолжающийся рост смертности от РШМ в ряде стран (в основном, в Восточной Европе) многие специалисты связывают с отсутствием скрининговых программ [87, с.137, 88, с.26, 89, с.110].

Главным индикатором качества диагностики для уровня ПМСП установлен показатель активной выявляемости, в т.ч. при профилактических осмотрах и цитологическом скрининге. Так, в России выявление РШМ в 0-Ia стадии составило 10%, I-II стадиях - 58,7%. По различным данным, инвазивные и распространенные стадии РШМ выявляются у больных в широком диапазоне значений (от 24,7% до 90,2%) [93].

Проблема поздней выявляемости РШМ, по мнению многих специалистов, заключается в недостаточной онкологической настороженности врачей ПМСП, в том, что не все женщины проходят цитологический скрининг, вероятны ошибки его проведения и не всегда правильна интерпретация результатов цитологических исследований, а также могут встречаться анатомические особенности (7-20% случаев опухолей локализуется в цервикальном канале и не могут быть диагностированы при скрининге). Так, в странах СНГ кольпоскопический метод диагностики в организациях ПМСП выполнялся только в 48,7% случаев, при этом выявлена недостаточная квалификация специалистов, что отразилось на недостаточной диагностике фоновых процессов и выявлении РШМ на ранних стадиях (0,9%) [93, с.36].

Цыганкова О.Ю. (2009г.) оценила эффективность действующего цитологического скрининга РШМ в Омской области как низкую (9-47,7%), что обусловлено нарушением техники забора материала для цитологического исследования, загрязнённостью материала элементами воспаления (60-80%) и не зависит от методики окраски мазков. Использование цито-щёток и цервикс - щёток, по сравнению с поролоновыми кубиками, повышает чувствительность до 68,7%, специфичность до 84% и прогностическую ценность до 90% [94].

Якубова М.Б. (2006 г.) изучала эффективность двойного скрининга (анкетирование и активное обследование женщин) в выявлении предопухолевых заболеваний и РШМ и делает вывод, что хемилюминесцентные и кристаллографические методы исследования могут быть использованы в дифференциальной диагностике заболеваний шейки матки [95].

Леоновым М.Г. (2011 г.) разработана индивидуальная карта формирования групп онкологического риска, ее внедрение позволило за год увеличить выявляемость патологии шейки матки с 11% до 28%. Рекомендовано проводить цитологический скрининг: 1 раз в год в районах повышенного онкологического риска, 2 раза в год - в группах лиц с повышенным онкологическим риском и 1 раз в 3 года в условиях общей лечебной сети других территорий [96].

В исследовании Хутиевой И.К. (2007 г.) группа повышенного риска по РШМ осуществлялась путем выявления субъективных факторов вероятного выявления (тянущие боли внизу живота, слизисто-гнойные выделения из половых путей, кровянистые выделения) и объективных факторов вероятного выявления (степень анемии, флора влагалища, изменения на слизистой шейки матки). Также для формирования группы риска при раке тела матки учитывались факторы риска: преимущественно животный характер питания, малоподвижный образ жизни, возраст при первом переезде 12-14 лет, маточные кровотечения в менопаузе, хронический эндометрит, миома тела матки, моноциты менее 3%, гипергликемия [84, с.22].

Вареник А.А. рекомендует в группу высокого риска развития предраковых заболеваний и РШМ включать девушек и женщин, у которых выявлены вирусные инфекции, передающиеся половым путем. В программу обязательного скрининга таких пациенток для выявления предраковых заболеваний и рака шейки матки следует включать выявление ВПЧ, ВПГ, ЦМВ методом полимеразной цепной реакции [82, с.22].

Проблема рака предстательной железы становится актуальной практически во всех развитых странах мира. По данным Европейской ассоциации урологов, рак предстательной железы в структуре общей онкологической заболеваемости среди мужского населения прочно занимает второе место. Отмечена тенденция роста заболеваемости РПЖ, особенно у лиц пожилого возраста. У молодых пациентов наметилась тенденция более агрессивному течению с развитием низко-дифференцированных форм и низким уровнем 5-летней выживаемости (Велиев Е.И., 2003) [97].

В настоящее время доля РПЖ в развитых странах составляет около 15%, в развивающихся - около 4%. Например, в Швеции доля рака простаты достигает 37% среди всех раковых заболеваний мужчин (Guidelines of European Assosation of Urology, 2013). В России за период 1989-1999 гг. показатель заболеваемости вырос с 8,42 до 13,25 на 100 тыс. населения [11, p.1037; 81, с.140].

Внимание исследователей к проблеме рака предстательной железы связано не только с увеличением общего количества больных, но и с ростом смертности от этого заболевания (Шевченко А.Н., 2005). В США среди причин смерти мужчин от злокачественных новообразований РПЖ в настоящее время

занимает 2-е место после рака легкого. В России этот показатель составил 3,9% в структуре смертности от ЗНО всех локализаций и 8,09 на 100 тыс. населения, прирост данного показателя за период 1989-1999 гг. в России составил 235% (Чиссов В.И., 2000). Высокие показатели обусловлены двумя основными причинами: поздняя выявляемость больных и несовершенство существующих методик диагностики и лечения. Большинство смертей от рака предстательной железы наблюдается в возрасте 60-70 лет [98-99].

По данным метаанализа аутопсийных исследований, распространенность инвазивной карциномы простаты среди мужчин старше 65 лет составила 40% и линейно нарастает с возрастом (Stamey T.A., 2001). Соотношение показателей распространенности, заболеваемости и смертности при РПЖ свидетельствуют о том, что далеко не каждая опухоль развивается до этапа клинической манифестации или является причиной смерти больного (Алексеев Б.Я., Русаков И.Г., 2004) [100].

Вопрос о причине развития РПЖ остается дискуссионным, поскольку этиология рака предстательной железы до конца не изучена. Тем не менее, сейчас уже выделены некоторые факторы риска развития данного заболевания. Основными, наиболее изученными факторами риска развития рака предстательной железы являются возраст, расовая принадлежность, а также наличие, так называемого семейного рака предстательной железы. Кроме того, рядом исследователей продемонстрировано влияние на частоту возникновения РПЖ и других факторов, таких как питание пациента, гормональный статус, половые привычки, факторы внешней среды и генетические особенности [99, 101].

Поскольку предстательная железа имеет достаточно сложную нейроэндокринную регуляцию и находится под влиянием яичек, коры надпочечников и гипофиза нарушение роста и дифференцировки клеток предстательной железы могут произойти на любом из вышеперечисленных уровней регуляции клеточного цикла под влиянием широкого спектра всевозможных факторов. Тем не менее, большинство случаев рака предстательной железы диагностируют в возрасте 65 лет [99, с.171, 101].

Определение уровня ПСА сыворотки крови и пальцевое ректальное исследование (ПРИ) являются базовыми методами диагностики и скрининга рака предстательной железы. Метод определения уровня ПСА сыворотки крови имеет высокую чувствительность и низкую специфичность. Пальцевое ректальное исследование, в свою очередь, обладает низкой чувствительностью в диагностике и стадировании РПЖ и высокой специфичностью. Также установлена незначительная корреляция результатов ПРИ с локализацией и степенью распространения рака РПЖ [102].

С началом использования определения уровня ПСА сыворотки крови этот метод зарекомендовал себя как наиболее точный в диагностике, стадировании и осуществлении мониторинга рака простаты. В 1997 г. по результатам исследования ERSPC (European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer) было определено, что биопсия простаты необходима всем мужчинам с уровнем ПСА свыше 3 нг/мл, независимо от результатов трансректального УЗИ

и пальцевого ректального исследования. Многими мультицентрованными рандомизированными исследованиями доказано, что у мужчин с уровнем ПСА, находящимся в пределах 4-10 нг/мл в случае диагностики РПЖ, опухоль не выходит за пределы органа, что позволяет проводить радикальное лечение, но в 25% случаев частота негативных биопсий составляет 70-80%. Низкая специфичность показателя ПСА свидетельствует о том, что его повышение может быть связано также с наличием доброкачественной гиперплазии или воспалительных заболеваний предстательной железы. Поэтому продолжается поиск новых неинвазивных методик ранней диагностики РПЖ [103-105].

Во многих исследованиях проведен сравнительный анализ эффективности различных методов диагностики РПЖ. Так, по данным Европейской ассоциации урологов, определение уровня ПСА сыворотки крови является наиболее чувствительным диагностическим тестом, но низкоспецифичным в отношении РПЖ. Чувствительность ТРУЗИ при раке простаты в режиме серой шкалы составляет 62%, специфичность - 54%, поэтому рак простаты на стадиях T2T3 при ТРУЗИ в режиме серой шкалы и доплерографии неразличим. А чувствительность МРТ составил 77-82%, а специфичность - 88%. Но на ранних стадиях, так же как при ТРУЗИ и доплерографии, чувствительность МРТ составляет около 60% [104].

Конарев А.В. (2004 г.) определил высокие показатели специфичности (96,9%) метода пальцевого ректального исследования, но при этом отмечена низкая чувствительность для диагностики РПЖ (56,3%). Уровень ПСА сыворотки крови при РПЖ имеет значимую специфичность (73,0%), сравнимую с дисгормональной гиперплазией (36,6%) и хроническим простатитом (35,7%). ТРУЗИ с высокой специфичностью (82,4%) дополняет их и в комплексе с прицельной биопсией позволяет дифференцировать РПЖ от других заболеваний [106].

Ввиду того, что тест на определение уровня ПСА сыворотки крови обладает высокой чувствительностью, но низкой специфичностью, в мировой практике выполняется большое количество биопсий предстательной железы. При этом, диагностическая ценность стандартной полифокальной биопсии простаты из 12 точек по данным различных авторов колеблется от 52% до 71% (Guidelines of European Assosation of Urology, 2013). Установлено, что широко используемая секстантная биопсия (из 6 точек) дает 30-40% ложноотрицательных биопсий, в т.ч. у 25% пациентов с клинически значимой формой рака, а прицельная биопсия дает положительный результат лишь в 42% случаев, расширенный протокол биопсий (более 10 точек) дополнительно выявляет около 30% РПЖ. Вместе с тем, отмечается высокая частота постпункционных осложнений (бактериурия, гематурия, перфорация мочевого пузыря с экстравазацией мочи, абсцесс железы, диссеминация опухоли), а точность биопсийного материала далеко не всегда подтверждается послеоперационными результатами [107].

Также необходимо отметить, что повсеместно увеличивается количество повторных биопсий предстательной железы, в связи с чем, сегодня существует огромное количество пациентов, которым выполняется первая, вторая, третья и

так далее биопсия предстательной железы по поводу увеличения уровня ПСА. Дальнейшая тактика в отношении пациентов с отрицательными результатами биопсий простаты при нарастающем уровне еще не отработана (Пушкарь Д.Ю., Раснер П.И., 2008 год) [108].

Метод лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) в диагностике рака простаты имеет высокие показатели чувствительности и специфичности (92,7% и 82,9%) при накожной записи и при эндоуретральной записи - 94,3% и 90,3%. В исследовании Тарасовой Т.С. (2008г.) введен показатель «индекс микроциркуляции» для ЛДФ, который позволяет с большой вероятностью дифференцировать больных аденомой и раком простаты и тем самым улучшить выявляемость рака простаты. Модифицированный алгоритм диагностики РПЖ имеет высокие показатели чувствительности и специфичности, которые составляют 96% и 93% при накожной записи ЛДФ, 97% и 94% - при эндоуретральной записи [109].

Болоцков А.С. (2012г.) провел ретроспективный анализ комплексной сонографии при локальном РПЖ и определил пороговое значение ультразвукового индекса малигнизации, что позволяет прогнозировать степень распространенности опухолевого процесса в предстательной железе при ТРУЗИ [110].

Петрова Е.А. (2013г.) выявила, что МРТ высокого разрешения с гибкой матричной катушкой для таза обеспечило 59% точность проспективной диагностики РПЖ в группе больных, которым была выполнена простатэктомия, при высокой специфичности (96%) и низкой чувствительности (40%) и недостаточно высокой прогностичности отрицательного результата (70%) [111]. В исследовании Курзанцевой О.О. (2005г.) доказывается, что МРТ является наиболее информативным методом диагностики РПЖ, позволяющим детализировать узловые, очаговые, кистозные образования предстательной железы, выявленные при УЗИ и определять распространенность рака в пределах органа. МРТ простаты обладает наибольшей чувствительностью (0,89) и специфичностью (0,78). КТ обладает меньшей чувствительностью (0,79) и специфичностью (0,55), и может применяться как уточняющий метод для определения распространенности рака в пределах органа, не визуализирует многие включения и образования в структуре железы размером менее 3 мм [112].

Васильева А.К. (2013г.) исследовала возможности компрессионной эластографии и эластографии с эластометрией сдвиговой волны в диагностике РПЖ. Методика трансректальной компрессионной эластографии обладает высокой информативностью в диагностике РПЖ: 85% чувствительности, 78,8% специфичности, 81,1% точности [114].

Благодаря улучшению методов диагностики РПЖ и внедрению в ряде клиник мониторинга ПСА, в Казахстане в последнее десятилетие произошло значительное увеличение числа РПЖ и соответственно числа радикальных простатэктомий [115].

Лучевая и гормональная терапия, являющиеся важными составляющими комплексного лечения больных РПЖ, позволяют получить оптимистические

результаты. Так, по данным группы RTOG, из пролеченных 2292 пациентов локальный рецидив через 5 лет отмечен у 12-26% больных, через 10 лет - у 19-31% и через 15 лет - у 25-56%. Безрецидивная выживаемость через 5 лет наблюдалась у 32-60% больных, через 10 лет - у 14-16% и через 15 лет - у 17-40% больных. Наконец, общая выживаемость через 5 лет составила 56-72%, через 10 лет - от 32 до 42% и через 15 лет - от 23 до 27% [116].

В повседневной жизни ранние стадии РПЖ, как правило, не диагностируются. Высокий процент I и II стадии регистрируется только в случаях хирургического вмешательства по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы, у которых случайно выявлен рак.

До 40% мужчин в возрасте 60-70 лет и уже 70% мужчин старше 80 лет имеют различные стадии рака простаты. Более 50% заболевших обращаются к врачу с уже запущенным заболеванием в T3-T4 стадии и метастазами. Так, в России впервые рак предстательной железы диагностируют у 60-80% больных в III-IV стадии (Глыбочко П.В., Попков В.М., Кветной В.М., 2010; Распер П.И. и соавт., 2010). По данным Аляева Ю.Г. и соавт. (2010 г.), больные РПЖ I-II стадии составляют 32,3%, III-IV стадии - 60,8%. Показатель запущенности (IV стадия) среди впервые выявленных больных составляет 22,2%; остается неустановленной стадия заболевания у 6-6,6% человек. По другим данным, при первичном обращении метастазы выявляют у 60-80% больных [117-118].

Летальность на первом году жизни после установления диагноза составляет 20-30%, что свидетельствует о крайне низкой выявляемости заболевания в начальных его стадиях (Лопаткин Н.А., Максимов В.А., Ходырева Л.А. 2009). У пациентов более молодого возраста отмечается тенденция к более злокачественному течению с развитием низко - дифференцированных форм и низким уровнем 5-летней выживаемости [119].

Поэтому вопросы совершенствования диагностики рака предстательной железы стоят в ряду наиболее актуальных проблем отечественной медицины

Сегодня все программы диагностики рака простаты обязательно включают тщательно проводимое пальцевое ректальное исследование, определение простат-специфического антигена и трансректальное ультразвуковое исследование.

В связи с особенностями развития, опухоль может долгие годы не сказываться на самочувствии, поэтому особенно актуален вопрос о регулярном, не реже 1 раза в год, профилактическом осмотре у уролога мужчин старше 45 лет. Кроме того, вне зависимости от возраста все мужчины, страдающие хроническими заболеваниями предстательной железы (простатит, аденома, предстательной железы) должны регулярно наблюдаться у уролога [118, с.40].

В группу риска по РПЖ специалисты рекомендуют включить пациентов с расстройствами мочеиспускания, вызванными возрастной патологией [119, с.50].

Нет единого мнения относительно возраста мужчин, подлежащих скринингу. Большинство исследователей считают целесообразным проведение скрининговых мероприятий среди мужчин старше 50 лет (группа риска). В группах с наследственным раком скрининг следует начинать на 10 лет раньше

того возраста, когда выявлена злокачественная опухоль. Скрининг рекомендуется прекратить при постоянно-нормальных тестах и достижении возраста обследуемых 70-75 лет [117, с.112, 118, с.40, 119, с.53].

Гурина Л.И. (2005 г.) выделила экзогенные факторы риска (медико - демографические, социально-гигиенические, включая особенности питания, образа жизни, профессиональные вредности, сопутствующие заболевания, стрессы и пр.) и эндогенные (возраст, генетическая предрасположенность, возраст родителей на момент рождения ребенка), которые необходимо учитывать при формировании групп риска развития РПЖ. Показано отсутствие зависимости уровня заболеваемости РПЖ от эколого-гигиенических характеристик среды обитания населения [120].

Тарасовой Т.С. (2008 г.) предложен алгоритм диагностики РПЖ: каждому мужчине 40 лет и старше сдает проводится определение уровня ПСА в крови и пальцевое ректальное исследование [109, 121].

Исследователи установили норму прироста ПСА ежегодно для одного пациента - менее 0,75 нг/мл за год. При превышении этого показателя даже при нормальном значении общего ПСА считается подозрительным, поэтому рекомендуется проведение ТРУЗИ и ЛДФ простаты [109, с.217; 121, с.52].

Многие специалисты рекомендуют в дифференциальной диагностике рака предстательной железы учитывать не только данные ПРИ, ПСА и ТРУЗИ, но и многоточковую биопсию, КТ, МРТ и МР-спектроскопию и ряд иммунологических и иммуногенетических критериев, что позволило выявлять ранее недоступные диагностике опухоли (Аляев Ю.Г. с соавт., 2001). Доказано, что комплексное применение ТРУЗИ, КТ, МРТ и определение ПСА дает возможность с высокой степенью вероятности определить морфологический субстрат патологического процесса без биопсии, оценить способность к росту, метастазированию и инвазивность. Считается, что использование в комплексе ТРУЗИ, ПСА, КТ, МРТ и пункционной биопсии простаты под контролем УЗИ позволяет заподозрить и верифицировать онкологический процесс на ранних стадиях, однако использование этого комплекса методов для масштабного скрининга является слишком дорогостоящим и может быть использовано только на последнем этапе скрининга [112, с.129, 121, с.52].

В скрининговых программах изучена диагностическая ценность ПСА, ТРУЗИ и ПРИ для раннего выявления РПЖ (Пушкарь Д.Ю. с соавт., 2003; Charatan RE, 2006; Лопаткин Н.А. с соавт., 2006; Журавлев В.Н с соавт., 2007). По данным Гуриной Л.И. (2005 г.), достоверность выявления РПЖ при пальцевом ректальном обследовании составила 37,9%, ТРУЗИ - 33,0%, ПСА – 26-70%, а при сочетании 3-х методов - ПРО+ТРУЗИ+ПСА - 77%. Следовательно, только комплексное обследование, включающее все 3 метода, позволяет заподозрить РПЖ [119, с.54].

Во многих странах рак толстой кишки занимает 2-3-е места среди ЗНО желудочно-кишечного тракта и составляет от 3,9 до 5,7% в общей структуре онкологической заболеваемости. За последние 20 лет отмечается увеличение заболеваемости КРР более чем в 2 раза с преимущественной тенденцией к росту ее среди городского населения (Ганцев Ш.Х. с соавт, 2005) [122].

Согласно данным Кудряшовой Л.Н. (2005г.), уровень общей заболеваемости КРР в г.Уфа составил 17,7 на 100 тыс.населения (6,6 среди мужчин и 9,3 среди женщин. Среди мужчин наибольший усредненный показатель заболеваемости КРР зарегистрирован в возрастной группе 65-69 лет (1,74), а среди женщин в возрасте 70-74 лет (1,63). Уровень первичной заболеваемости КРР составил 72,6 со среднегодовым приростом 5,1%. Показатель 5-летней выживаемости больных составил 49,3% с небольшой тенденцией роста (0,6%) [123].

Смертность от колоректального рака (КРР) повышается в прямой зависимости от роста заболеваемости (Самойленко Н.А., 1997; Ручкин В.Н., 2004). Специалисты отмечают рост смертности от рака прямой кишки (на 85,5%) [124].

Наибольший уровень заболеваемости КРР регистрируется в возрастной группе 65-69 лет, он стабильно выше у женщин (55,7%). В исследованиях установлено, что КРР чаще подвержены профессии: водители (24,5%), педагоги (24,5%) и руководители (19,5%). Среди обследованных выявлены факторы риска: регулярное курение (30%), отягощенная наследственность (37%), неправильное питание [125].

Несмотря на широкое внедрение современных методов диагностики КРР, сохраняется высокий показатель запущенности. При этом специалисты считают, что у 30% пациентов можно было предотвратить возникновение опухоли. Растет выявляемость рака прямой кишки на I-II стадиях (с 15,1 до 45,3%), снизилась доля больных, выявленных на IV стадии (27,8%) [126].

Следует подчеркнуть, что большинство пациентов до установления диагноза КРР с характерными симптомами лечились у терапевта (56%) и проктолога (19%). Основными симптомами заболевания были: боль, урчание, вздутие живота (83%), слабость, повышенная утомляемость (74,5%), низкий уровень гемоглобина (43%), чередование поносов и запоров (43%), патологические примеси в кале (59%), тенезмы (42,0%) [127].

Многими специалистами СНГ отмечается, что причинами поздней диагностики являются отсутствие онкологической настороженности участковых специалистов, неполное обследование больного, низкий уровень профилактических осмотров. Выявлена обратная очень высокая корреляционная связь между стажем работы участкового терапевта и процентом запущенности, а также между квалификацией участкового терапевта и процентом запущенности [123, с.112; 128].

В исследовании Кудряшовой Л.Н. (2005 г.) апробированы формы отчетов параклинических служб (ультразвукового, эндоскопического, рентгенологического кабинетов), а так же смотрового кабинета в условиях амбулаторной поликлиники, а также 4-этапная схема по оптимизации ранней диагностики и вторичной профилактики ЗНО толстой кишки: I этап – участковая служба (практика ВОП/ семейного врача), II этап – узкие специалисты (проктолога, онколога), III этап – стационар (дообследование и специализированное лечение), IV этап – диспансеризация [123, с.112].

1.2 Раннее выявление опухолей визуально доступной локализации в системах общественного здравоохранения

Особенностью оказания медицинской помощи онкологическим больным в развитых странах мира является оказание медицинской помощи в многопрофильных клиниках или крупных онкологических центрах (Франция, Германия, Южная Корея, Израиль, США, Литва). Несмотря на проведение комплексного лечения злокачественных новообразований в данных странах отсутствует понятие единой онкологической службы. Канцер-регистры не работают в масштабах всей страны и охватывают пациентов, наблюдаемых в конкретной многопрофильной клинике (США, Франция) [129].

Однако, во многих зарубежных странах с 1990-х годов и по настоящее время активно внедряются системы скрининга онкопатологии, которые различаются по характеру (массовые или селективные, постоянные или разовые) и канцер-регистры. В организациях ПМСП проводится первичный осмотр и обследование пациента и при обнаружении признаков ЗНО пациент направляется в стационар, оказывающих специализированную онкологическую помощь, где пациент проходит дообследование и решается вопрос о его лечении. Практически во всех европейских странах внедрен скрининг рака шейки матки, рака молочной железы и рака прямой кишки. В отдельных странах имеется единый национальный орган по пересмотру практики и политики скрининга. Регистрация населения с целью повторных вызовов и наблюдения за пациентами встречается тоже сравнительно редко. Скрининг направлен скорее на отдельных лиц, чем на популяцию. Во многих странах задача медицинского обслуживания возложена на местные органы власти, что в результате приводит к широкому варьированию практики скрининга в различных районах [131-132].

В странах постсоветского пространства до настоящего времени сохранилась специализированная онкологическая служба, состоящая из головного НИИ онкологии и территориальных онкологических диспансеров (Россия, Республика Беларусь, Украина, Казахстан, Узбекистан, Таджикистан, Киргизстан и др.). Проблемным вопросом продолжает оставаться интеграция специализированных структур (НИИ онкологии, онкодиспансеры, отделения онкопатологии в многопрофильных стационарах, кабинеты онкологов в организациях ПМСП) и системы ПМСП (участковая служба, практика ВОП/семейная) [132]. Также, как и в развитых зарубежных странах, внедряются различные системы скринингов, которые в отдельных странах СНГ превосходят европейские системы по числу (например, в РК в 2012 реализовано 12 программ скрининга, а во Франции в то же время 4-6), масштабам (охват всего или части населения), регулярности (многие скрининги в европейских странах проводились только однократно). Кроме этого, во многих странах СНГ сохранилась советская организационная технология раннего выявления патологии, реализуемая в смотровых кабинетах организаций ПМСП в рамках системы регулярного профилактического осмотра всего населения.

В Республике Казахстан в системе общественного здравоохранения с

1960г. функционирует онкологическая служба, руководство которой осуществляет Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии (КазНИИ ОиР). В каждом областном центре страны развернут онкологический диспансер, являющийся координатором онкологической помощи и оказывающий амбулаторно-поликлиническую, консультативно - диагностическую и стационарную помощь.

Таким образом, по данным научной литературы, можно выделить основные организационные технологии раннего выявления онкологии [134-136]:

- 1) профилактический осмотр населения;
- 2) скрининговые программы;
- 3) оппортунистический скрининг (случайное выявление онкопатологии при обследовании пациента по поводу другого заболевания);
- 4) одноразовые акции по типу «день открытых дверей».

Первые 2 организационные технологии отличаются, во-первых, объемом охвата (при профилактическом осмотре - все население, при скрининге – определенные поло-возрастные группы), во-вторых, сроками проведения (при профилактическом осмотре – ежегодно, при скрининге – определенный временной интервал обследования для определенных поло-возрастных групп населения).

Следует отметить, что во многих развитых странах программы скрининга встроены в систему профилактических осмотров и, соответственно, отдельно не упоминаются. Например, в Израиле обязательный ежегодный профилактический осмотр лиц старшего возраста содержит все известные на сегодняшний день скрининги на все виды онкопатологии [135, с.663].

Также следует подчеркнуть, что программы скрининга во многих странах отличаются еще и этапностью. Для уменьшения экономического бремени в этих программах на первом этапе проводится отбор лиц с факторами риска по той или иной патологии, а на втором этапе только этим лицам проводится необходимый комплекс диагностических процедур. Во многих исследованиях по онкотематике даются рекомендации по срокам скрининга здоровых лиц на онкопатологию различных органов – каждые 3 года и более в зависимости от возраста обследуемых и результатов 1-го этапа обследования [133, с.212].

В связи с необходимостью обследования значительных контингентов населения по единым стандартным критериям в настоящее время разрабатываются автоматизированные и полуавтоматизированные методы скрининга [133, с.212].

В настоящее время в условиях необходимости сдерживания расходов на здравоохранение происходит переход от стратегий популяционной профилактики к селективной и групповой, причем соотношение объемов лечебно-диагностических мероприятий по каждой стратегии дифференцируется для каждой страны. Современные технологии ориентируются не на охват всего населения профилактическими мероприятиями, а на выявление социально- значимой патологии (скрининг) в группах риска и организацию адресных лечебно-профилактических мероприятий [135, с.663].

Одним из путей ранней диагностики опухоли служат массовые профилактические осмотры населения или осуществление массового скрининга среди групп риска (по возрасту, профессиональной вредности) для выявления фоновых заболеваний, предопухолевых состояний и опухоли на ранних стадиях. Раннему выявлению наиболее доступны опухоли визуальных локализаций (т.е. органов видимых и легко пальпируемых): кожи, периферических лимфатических узлов, нижней губы, полости рта, щитовидной железы, молочной железы, шейки матки [134, с.280].

В отдельных странах СНГ (Беларусь, Казахстан) массовый профилактический осмотр проводится в специальных смотровых кабинетах амбулаторно-поликлинических организаций, где задействован средний медицинский персонал [137].

Следует подчеркнуть, что современные организационные технологии ориентируются не на охват всего населения профилактическими мероприятиями, а на выявление социально-значимой патологии (онкоскрининг) только в группах риска.

Скрининговые методы диагностики онкопатологии. Продолжаются исследования по поиску диагностических приемов и критериев ранней (в доклинической фазе развития болезни) диагностики опухоли, что может обеспечить максимальный эффект лечебных мероприятий.

В научных исследованиях установлено, что на профилактических осмотрах ЗНО выявляются лишь в 12-13% случаев. С минимальной частотой выявляются опухоли визуальных локализаций: рак молочной железы (не более чем в 25% случаев), рак губы (до 20%), рак щитовидной железы и полости рта (не более 10% случаев). Эти факты указывают на низкую онкологическую настороженность и самих пациентов, и медицинского персонала лечебной сети [131, с.48].

Большое значение для ранней диагностики опухоли в амбулаторных условиях имеет онкологическая настороженность не только врача, но и медицинских работников среднего звена, основанная на знании основных симптомов проявлений злокачественных опухолей в ранних стадиях их развития, а также предопухолевых состояний. Важную роль играют тщательно собранный анамнез и результаты осмотра пациента. При этом следует учитывать, как классическое, так и атипичное или осложненное клиническое течение процесса [134, с.212].

При подозрении на опухоли пациента направляют к врачу-специалисту или в медицинскую организацию с онкологическим профилем для уточнения диагноза с помощью дополнительных дорогостоящих методологических исследований.

Индикаторы эффективности скрининга ЗНО.

Главными индикаторами эффективности скрининга ЗНО являются выявляемость ЗНО при скрининге (разновидность показателя первичной заболеваемости): снижение поздней выявляемости, улучшение ранней выявляемости. Долгосрочными индикаторами определены – снижение смертности от той формы рака, для предклинического выявления которой он проводится, и улучшение 5-летней выживаемости пациентов [140]. *Методы*

скрининга рака, эффективность которых доказана [139, с.218]:

- маммографический скрининг рака молочной железы (РМЖ) у женщин 50-69 лет;
- цитологический скрининг предрака и рака шейки матки;
- скрининг рака и предрака толстой кишки с помощью теста на скрытую кровь;
- скрининг рака предстательной железы: тест на простат - специфический антиген (ПСА).

Методы скрининга, эффективность которых находится на стадии изучения:

- маммографический скрининг рака молочной железы у женщин моложе 50 лет
- скрининг РШМ: тестирование на вирус папилломы человека;
- скрининг рака толстой кишки: сигмоидоскопия;
- скрининг рака легкого: низкодозовая спиральная компьютерная томография (СКТ);
- скрининг рака желудка: тестирование на *Helicobacter pylori*+гастроскопия;
- скрининг рака яичника: маркер СА 125 +УЗИ;
- скрининг рака кожи (меланома): визуальное обследование;
- скрининг рака полости рта: визуальное обследование.

Методы скрининга, неэффективность которых доказана [141+]:

- скрининг рака легкого: рентгенография грудной клетки;
- скрининг РМЖ: самообследование.

Таким образом, во многих странах реализуются 4 основные организационные технологии раннего выявления онкологии: профилактический осмотр населения, скрининговые программы, оппортунистический скрининг и одноразовые акции по типу «день открытых дверей».

Раннему выявлению наиболее доступны опухоли визуальных локализаций. В научных исследованиях установлено, что на профилактических осмотрах ЗН выявляются лишь в 12-13% случаев. Соответственно продолжается поиск путей повышения эффективности профилактических осмотров (кадры, ресурсное обеспечение, медицинская активность населения), а также поиск более информативных и надежных методов ранней диагностики.

2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Дизайн исследования представлен в таблице 1.

Таблица 1 – Общая схема организации исследования

<i>Задача исследования</i>	<i>Метод исследования</i>	<i>Объем исследования</i>
1. зучить и определить мировые тенденции и технологии раннего выявления доброкачественных и злокачественных новообразований на уровне ПМСП.	Библиографический, информационно - аналитический	141 источник научной литературы, в т.ч. отечественных и зарубежных.
2. зучить показатели выявляемости онкологических заболеваний визуально-доступной локализации по результатам скрининговых осмотров	Эпидемиологический, статистические методы. Организационный эксперимент	Официальные данные МЗ РК за 1990–2019 гг. Годовые отчеты ф.7, ф.30 за 2005-2019 гг. База данных МедИнформ по РК за 2011-2019 гг. Экспериментальные таблицы.
3. Провести анализ и оценку деятельности смотровых кабинетов ПМСП в Казахстане.	Эпидемиологический, статистические методы. Организационный эксперимент.	Официальные данные МЗ РК за 1990–2019 гг. Годовые отчеты ф.7, ф.30 за 2005-2019 гг. База данных МедИнформ по РК за 2011-2019 гг. Экспериментальные таблицы.
4. Оценить медицинскую результативность реализуемых в Казахстане скрининговых осмотров на онкопатологию, в том числе визуально-доступных форм ЗНО.	Эпидемиологический, статистические методы. Организационный эксперимент	Годовые отчеты ф.7, ф.30 за 2005-2019 гг. База данных МедИнформ по скринингу в РК за 2011-2019 гг. Экспериментальные таблицы.
5. Разработать рекомендации, направленные на повышение эффективности деятельности смотровых кабинетов организаций ПМСП по раннему выявлению ЗНО.	Внутренний анализ документов. Информационно - аналитический Организационный эксперимент.	Методические рекомендации по деятельности смотровых кабинетов. Рекомендации к 3 приказам МЗ РК по медосмотрам.

Для определения современных особенностей раннего выявления онкопатологии на уровне ПМСП была изучена динамика показателей заболеваемости и смертности от ЗНО за период 1990-2019 гг., проведен анализ действующих нормативно-правовых документов, регламентирующих медосмотры и деятельность СК, оценена медицинская результативность медосмотров (скрининговые и профилактические) за 2015-2017 гг. с дополнениями за 2018-2019 годы.

Для разработки методических подходов к совершенствованию организации смотровых кабинетов проведен организационный эксперимент по расширению функционала СК и внедрению экспериментальной формы отчетности в виде ф.7 с дополнительными данными.

Объекты исследования и обоснование объема выборки.

Предмет исследования: система раннего выявления онкопатологии в организациях ПМСП и организация работы смотрового кабинета.

Объекты исследования:

1) по территориальному признаку – Казахстан с территориальным разделением по областям;

2) по типу организаций здравоохранения/медицинской организации – смотровые кабинеты всех организаций ПМСП (поликлиники и врачебные амбулатории);

3) по типу информации – литературные источники, интернет, нормативно-правовая база РК, данные официальной статистики РК (ф. №7/у, ф. №30), компьютерная база данных МедИнформ.

Единицы наблюдения:

- официальные статистические данные МЗ РК за 1990-2019 гг.

- сводная база данных (по областям) «МедИнформ» по скринингу ЗНО за 2011-2019 гг.

- отчеты МО (по областям) о деятельности смотровых кабинетов за 2015-2019 гг. по разработанной нами экспериментальной форме.

Совокупность исследования: сплошная (отчеты по заболеваемости, скринингу ЗНО).

Исследование (эксперимент) проводилось в смотровых кабинетах на базе всех АПО Казахстана в период 2015-2017 гг.

Методы исследования:

1. Аналитический обзор научно-методической литературы. Всего было проанализированы 141 источник научной литературы.

2. Внутренний анализ документов:

- отчетов всех АПО страны с разбивкой по областям по деятельности смотровых кабинетов за 2015-2019 гг.;

- действующих 3-х приказов МЗ РК, регламентирующих деятельность смотрового кабинета и правила проведения медицинских осмотров.

3. Организационный эксперимент. Основная цель эксперимента: расширение функционала смотровых кабинетов с нацеленностью на раннее выявление ЗНО. Эксперимент включил следующие этапы:

1) разработка нового функционала для СК (методические рекомендации);

2) внесение дополнений в отчетную статистическую форму ф.7 по самообращению и профилактическим осмотрам – 2016г.;

3) обучение специалистов СК по Казахстану новым функциональным задачам и методам обследования – 2016-2017гг.;

4) сбор и анализ отчетных данных по экспериментальной форме за 2015-2017 гг.

4. *Эпидемиологический.* Проведен анализ данных медицинской статистики для определения основных тенденций в динамике показателей выявляемости ЗНО по различным организационным технологиям (массовый скрининг, профосмотр и оппортунистический скрининг). Проанализированные данные «МедИнформ» за период 1990-2017гг.

5. *Экспертная оценка* использовалась для:

1) определения необходимого объема задач и обследований СК;

2) разработки системы мониторинга деятельности СК.

Использована техника проведения экспертной оценки по методу выбора альтернатив. На первом этапе были собраны разрозненные предложения по содержанию работы СК и составлена примерная схема. На втором этапе было проведено обсуждение полученных результатов и коррекция первоначальной схемы.

6. *Аналитический обзор научно-методической литературы* включил определение основных тенденций процесса раннего выявления ЗНО.

7. *Статистические методы.* В настоящем исследовании использовались общепринятые статистические методики, включая группировку данных, построение простых и сложных таблиц, расчет интенсивных и экстенсивных показателей, построение динамических рядов, корреляционный анализ (r) и достоверность (p), средняя ошибка (m)[138+].

При анализе данных использовали формулу расчета корреляции Пирсона:

Сила связи коэффициента корреляции Пирсона (r) между переменными считали

$$r_{xy} = \frac{\Sigma(x_i - \bar{x}) \times (y_i - \bar{y})}{\sqrt{\Sigma(x_i - \bar{x})^2 \times \Sigma(y_i - \bar{y})^2}}$$

значимыми при следующих значениях (таблица 2):

Таблица 2 – Интерпретация результатов коэффициента корреляции Пирсона (r).

<i>Значение</i>	<i>Интерпретация</i>
от 0 до 0,3	очень слабая
от 0,3 до 0,5	слабая
от 0,5 до 0,7	средняя
от 0,7 до 0,9	высокая
от 0,9 до 1	очень высокая

При анализе результативности и эффективности рекомендуемой организационной модели по раннему выявлению ЗНО на уровне СК ПМСП за 2015-2017 гг. для оценки достоверности результатов за контрольную группу принимали показатели за 2015, которую сравнивали с I группой – 2016 год и со II группой – 2017 год.

3. ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ ОНКОПАТОЛОГИИ В СКРИНИНГОВЫХ ПРОГРАММАХ КАЗАХСТАНА

3.1 Основные эпидемиологические показатели опухолей визуальной локализации за период 1990-2019 гг.

Анализ официальных статистических данных проведен за 5-летний период 2015-2019 гг., при этом в качестве опорных точек и для сравнения нами взяты показатели 5-летнего интервала: 1990, 1995, 2000, 2005, 2010 и 2015 годы.

Для определения эпидемиологических показателей ЗНО в Республике Казахстан нами были проанализированы следующие показатели, позволившие дать характеристику системы раннего выявления ЗНО:

1) Первичная заболеваемость ЗНО, в т.ч. по опухолям визуально-доступной локализации;

2) общая смертность по причине ЗНО;

3) выявляемость ЗНО по стадиям;

В целом, за изученный период первичная заболеваемость ЗНО имеет несколько трендов (рис. 1):

1) 1990-1995 гг. – снижение уровня;

2) 1995-2000 гг. – рост показателя;

3) 2000-2005 гг. – стабилизация показателя

4) 2005-2010 гг. – снижение уровня;

2) 2010-2015 – рост показателя;

3) 2015-2019 гг. – постепенное снижение.



Рисунок 1 – Линия тренда первичной заболеваемости ЗНО в РК в 1990-2019 гг. (на 100 тыс. населения)

Уровень отрицательного прироста первичной заболеваемости ЗНО в Республике Казахстан в 2010 г. по сравнению с 2005 г. (5-летний период) составил 5,9%. Далее идет положительный прирост показателя в 2015 г. по сравнению с 2010 г. на 14,7%. Следует отметить, что данный прирост многие специалисты объясняют эффектом от внедрения скрининговой программы, когда активизировалось раннее выявление ЗНО. Далее с 2015 г. идет процесс снижения анализируемого показателя на 7,4% и, вероятно, этот показатель в ближайшие годы должен стабилизироваться, показав истинный уровень выявляемости ЗНО.

Таблица 3 – Показатели уровня первичной заболеваемости ЗНО по областям РК в 2005-2019 гг. (на 100 тыс. населения).

Область	2005 г.	2010 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	Прирост за 2005-2019 гг.
Акмолинская	230,7	220,0	244,1	235,1	245,7	233,3	236,6	+6,5%
Актюбинская	162,9	165,3	177,1	172,0	184,0	198,9	189,3	+16,2%
Алматинская	74,5	121,5	182,6	138,6	131,7	132,2	135,2	+76,8%
Атырауская	135,9	130,5	148,4	136,6	136,8	139,2	153,1	+12,7%
ВКО	276,8	272,3	301,4	278,9	284,9	264,9	278,5	+0,6%
Жамбылская	119,7	124,6	142,5	139,7	140,4	138,6	137,2	+17,3%
ЗКО	207,3	211,7	232,0	217,6	205,6	213,5	228,1	+10,0%
Карагандинская	244,0	222,4	274,3	273,0	261,4	264,6	268,8	+10,2%
Кызылординская	154,4	138,9	139,3	152,0	143,6	139,6	132,2	-14,4%
Костанайская	258,9	254,3	295,4	285,8	278,2	289,2	287,5	+11,1%
Мангыстауская	133,9	83,7	121,1	134,2	130,5	128,6	120,3	-10,2%
Павлодарская	284,1	270,4	297,2	300,7	307,3	286,8	317,7	+11,8%
СКО	264,7	282,6	338,5	324,3	302,3	317,4	348,4	+31,6%
ЮКО	105,9	94,1	108,3	105,3	104,3	-	-	-
Туркестанская	-	-	-	-	-	91,9	77,1	-27,2%
г.Шымкент	-	-	-	-	-	125,3	135,3	18,3%
г.Алматы	233,4	241,0	261,7	288,8	229,9	214,9	193,3	-17,2%
г.Астана	179,5	187,5	198,5	206,7	183,4	171,2	199,7	+11,3%
Республика Казахстан	192,5	181,2	207,8	201,9	192,5	188,2	188,8	-1,9%

В целом, уровень первичной заболеваемости по Республике Казахстан за 2005-2019 гг. имеет тенденцию к снижению – на 1,9% (таблица 3). Максимальный значительный прирост показателя наблюдались в Алматинской (+76,8%), Северо-Казахстанской (+31,6%), средний прирост – Жамбылской (+17,3%), Актюбинской (+16,2%) и Атырауской (+12,7%), и незначительный прирост – Павлодарской (+8,2%), Костанайской (+7,5%), Карагандинской (+7,1%) и Акмолинской (+6,5%) областях.

Данные таблицы 3 показывает на неравномерность показателя первичной заболеваемости злокачественной опухолью на уровне областей. При этом установлено, что по уровню первичной заболеваемости ЗНО можно условно разделить на три группы.

1. Зона с высоким уровнем первичной заболеваемости ЗНО с показателем более 200 на 100,0 тысяч население. В эту группу отнесены 50,0 % областей: Акмолинская, Восточно-Казахстанская, Западно-Казахстанская, Карагандинская, Костанайская, области и г. Алматы. В этих областях уровнем первичной заболеваемости в течении пятилетнего периода находились в пределах 205,6 – 287,6, а в двух областях (Павлодарская, Северо-Казахстанская) – до 348,4. Во всех областях наблюдалась устойчивое тенденция к увеличению показателя в пределах 12,1-15,5% и только в г. Алматы обнаружена тенденция к снижению показателя к 2019 году до 19,7%.

2. Зона со средним уровнем первичной заболеваемости ЗНО с показателем в пределах 160,0- 200,0 на 100,0 тысяч население. В эту группу отнесены 12,5% областей: Актюбинская и г. Астана, уровень первичной заболеваемости в течении пятилетнего периода находились в пределах 165,6 – 193,3

3. Зона с низким уровнем первичной заболеваемости ЗНО с показателем до 160,0 на 100,0 тысяч население. В эту группу отнесены 37,5% областей: Акмолинская, Атырауская, Жамбылская, Кызылординская, Мангыстауская и Южно-Казахстанская. В этих областях уровнем первичной заболеваемости в течении пятилетнего периода находились в пределах 83,7– 153,1.

Следует подчеркнуть, что эта информации не показывает истинный уровень ЗНО, а скорее свидетельствует об уровне выявляемости онкопатологии в медицинских организациях и зависит от уровня ресурсного обеспечения (кадры, медоборудование), квалификации персонала, менеджмента процесса раннего.

Анализ показателей смертности за анализируемый период показал, что уровень отрицательного прироста смертности от ЗНО в Республике Казахстан в 2010 г. по сравнению с 2005 г. (5-летний период) составил -10,5% (таблица 4), далее наблюдается снижение в 2015 г. по сравнению с 2010 г. на 17,5%. За 3 основных исследуемых года (2015-2017 гг.) также регистрируется отрицательный прирост (-8%). Как и с показателем выявляемости ЗНО, показатель смертности от ЗНО также в ближайшие годы должен стабилизироваться (при условии, что медицинские технологии останутся примерно на современном уровне), но пока этого не произошло.

В разрезе областей Республике Казахстан самый минимальный уровень смертности от ЗНО (таблица 4) зарегистрирован в ЮКО (53,2 на 100 тыс. населения), Мангыстауской (54,0), Алматинской (56,7) и Кызылординской (57,6) областях. Максимальный уровень этого показателя установлен в Павлодарской (130,8), ВКО (126,5), Актюбинской (120,5) и СКО (115,7).

Таблица 4 – Смертность от ЗНО населения Республики Казахстан

Наименование областей	Смертность от ЗНО						
	2005 г.	2010 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	Темп прироста	
	Абс.чис ло	Абс.чис ло	Абс.чис ло	Абс.чис ло	Абс.чис ло	%	m
1	2	3	4	5	6	7	8
Республика Казахстан	18428	17777	15763	15117	14812	-6,03	0,13
Акмолинская	1166	1045	919	899	885	-3,70	0,03
Актюбинская	770	755	595	621	603	1,34	0,02
Алматинская	1649	1595	1418	1158	1124	-20,73	0,04
Атырауская	405	466	510	521	487	-4,51	0,02
Восточно-Казахстанская	2506	2301	1891	1799	1758	-7,03	0,04
Жамбылская	956	981	972	951	950	-2,26	0,03
Западно-Казахстанская	912	887	617	613	599	-2,92	0,02
Карагандинская	1879	1760	1351	1370	1321	-2,22	0,03
Кызылординская	563	622	674	573	445	-33,98	0,02
Костанайская	1283	1125	841	839	813	-3,33	0,02
Мангыстауская	318	345	365	361	347	-4,93	0,01
Павлодарская	1252	1091	1072	1076	990	-7,65	0,03
Северо-Казахстанская	1026	881	784	689	652	-16,84	0,03
Южно-Казахстанская	1542	1485	1627	1398	1530	-5,96	0,04
г.Алматы	1728	1853	1380	1435	1513	9,64	0,04
г.Астана	473	585	747	814	795	6,43	0,03

Следует подчеркнуть, что минимальный уровень смертности от ЗНО в ЮКО, Мангыстауской и Алматинской области коррелирует с минимальным уровнем первичной заболеваемости. Максимальный уровень этого показателя коррелирует с максимальным уровнем выявляемости ЗНО в Павлодарской области и ВКО, что свидетельствует в пользу истинности высокого уровня распространенности ЗНО в этих 2-х регионах.

В целом, за изученный период выявляемость ЗНО в начальной стадии, в I-II стадии заболевания достоверно ($p < 0,05$) увеличивается (рис. 2). В 2017 г. по сравнению с 2005 г. выявляемость в I-II стадии возросла на 19,8%, тогда как достоверно ($p < 0,05$) снижается выявляемость на поздних стадиях, в III стадии – на 14,1% и IV стадии – на 5,3% (рисунок 2).

При сравнении выявляемости I-II стадия ЗНО в 2019 году по сравнению с 2005 год выявлен коэффициент корреляции $r=0,66$, достоверность $p < 0,05$.

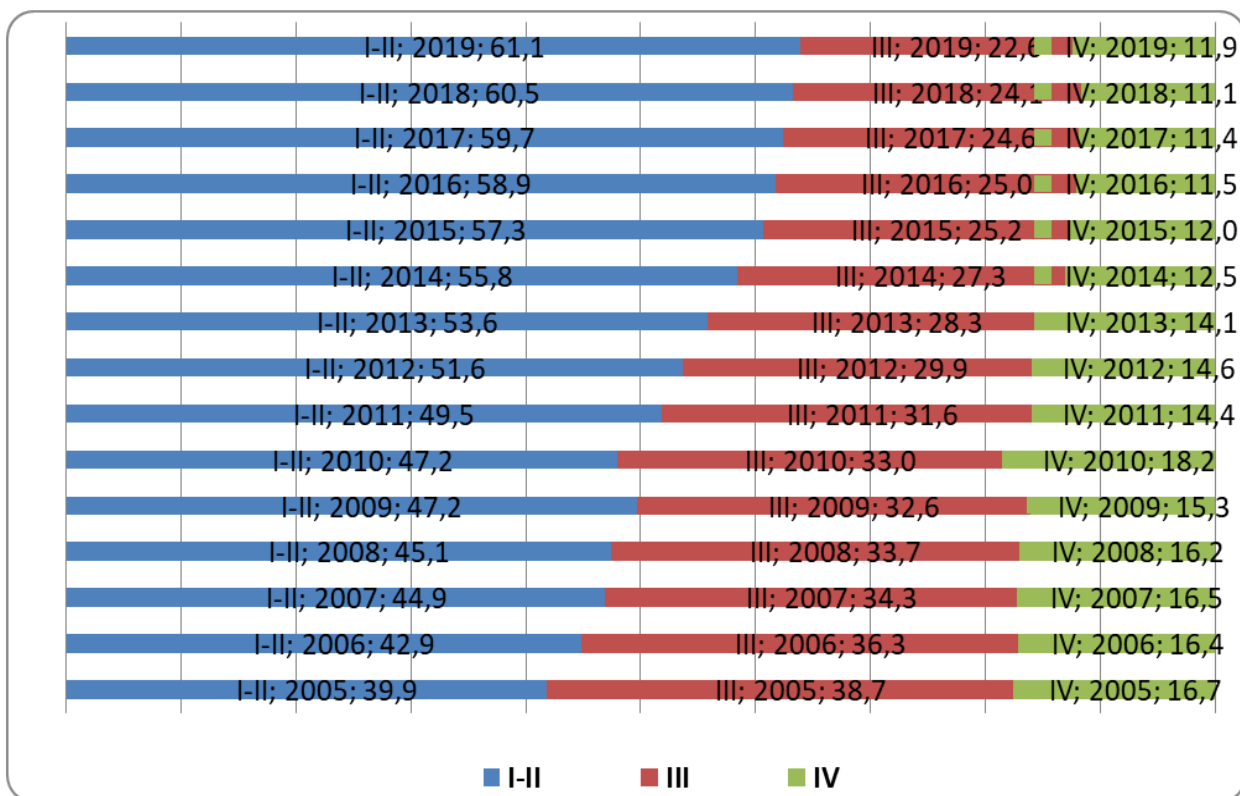


Рисунок 2 –Уровень выявляемости ЗНО в РК по стадиям в динамике (2005-2019 гг.)

Также следует подчеркнуть, что темпы прироста выявляемости ЗНО в I-II стадии замедляются: за последние 3 года прирост составил не более 2%. Т.е. можно говорить о том, что эффект от внедрения программ скрининга ЗНО стабилизировался, и для дальнейшего улучшения этого показателя необходимо или внедрять новые программы онкоскрининга (не входящие в скрининг другие виды ЗНО) или улучшать качество имеющихся программ онкоскрининга либо внедрять иные технологии раннего выявления (новые методы диагностики или новые технологии организации раннего выявления).

В структуре выявляемости **ЗНО по возрасту** в Республике Казахстан в 2017 г. наблюдается нарастающий характер роста объема диагностированной онкопатологии с 1,2% в детском возрасте (0 до 18 лет) до пика в возрастной групп 60-69 лет (31,5%), затем идет снижение (рис.3).

Следует отметить, что при анализе аналогичных интенсивных и стандартизованных показателей, рассчитанных на 100 тыс. населения соответствующего возраста, эта кривая носит постоянно нарастающий характер с увеличением возраста.

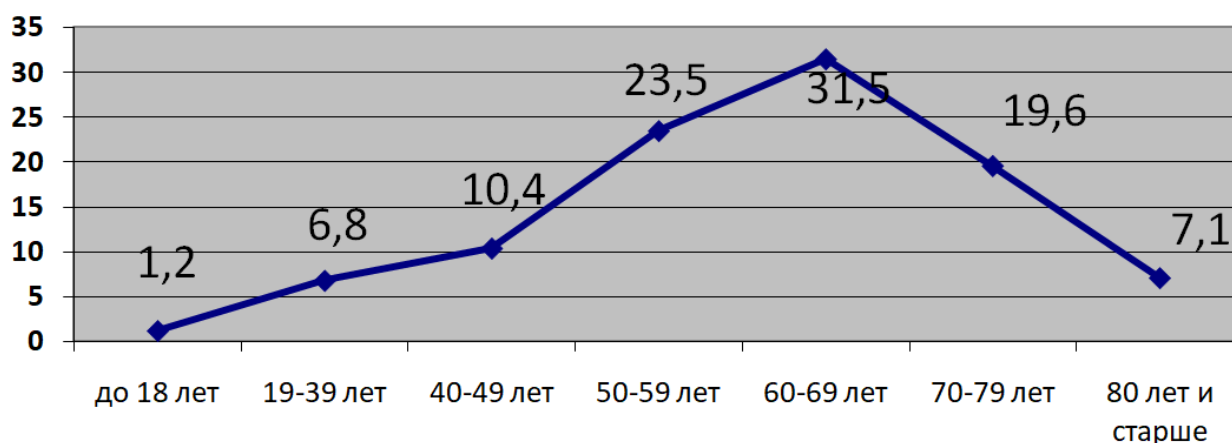


Рисунок 3 – Структура выявляемости ЗНО по возрасту в РК за 2017г. (%)

3.2 Динамика онковывявляемости в скрининговых программах за период 2011, 2015-2017гг.

Специальные программы онкоскрининга впервые были реализованы в 2008 г., но, в первые годы внедрения статистика показателей была неоднозначной из-за организационных проблем (отработка единой статистической программы, планирование объемов скрининга, организация скрининга в МО, проблемы с медоборудованием).

В разрезе областей в динамике за 7 лет показатель объема охвата населения онкоскринингом был во всех областях почти на одном нормативном уровне (около 100%) и совсем незначительно колебался. Значение этого индикатора улучшилось в Кызылординской (с 46,8% в 2011 г. до 100,1% в 2017 г.) и Мангыстауской (с 90% до 98,2%) областях.

За последний исследуемый 2017г. охват запланированной числа населения составил ровно 100%, что свидетельствует о полноценной реализации программ онкоскрининга, в т.ч. возможно, в первую очередь, активизации работы участковых специалистов, узнаваемости программы и активизации медицинской активности населения.

Таблица 5 – Удельный вес (в %) выявленных больных при онкоскрининге женщин на РШМ (рак +предрак) за 2015 -2017гг. (РГП на ПХВ «Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни» МЗСР РК).

№ п/п	Области	Годы		
		2015	2016	2017
1	Акмолинская	3,40	3,6	5,0
2	Актюбинская	2,13	1,7	1,9
3	Алматинская	4,72	4,7	5,2
4	Атырауская	2,14	3,3	3,8
5	Восточно-Казахстанская	3,42	2,8	2,4
6	Западно-Казахстанская	5,69	4,6	3,0
7	Жамбылская	4,68	7,5	5,5

8	Карагандинская	2,28	4,2	2,9
9	Костанайская	3,14	13,7	5,1
10	Кызылординска	7,35	8,7	8,2
11	Мангистауская	2,06	2,5	2,9
12	Южно-Казахстанская	9,80	5,7	6,0
13	Павлодарская	1,42	2,0	1,3
14	Северо-Казахстанская	8,18	4,0	2,4
15	г.Астана	5,23	8,7	5,9
16	г.Алматы	8,18	9,3	8,7
	Республика Казахстан	5,11	5,7	4,7
			<0,05	<0,05

В таблице 5 видно, что, несмотря на рост охвата онкоскринингом (ближе к 100%) к 2017 году, на уровне республики, нет роста выявляемости ЗНО при онкоскрининге в 2015-2017 гг. ($P < 0,05$), что свидетельствуют о низкой результативности проводимых скрининговых осмотров. Анализ показателей на уровне областей выявила неоднородность тренда выявляемости, что, на наш взгляд, подтверждает вывод о низком уровне организации онкоскрининга в областях.

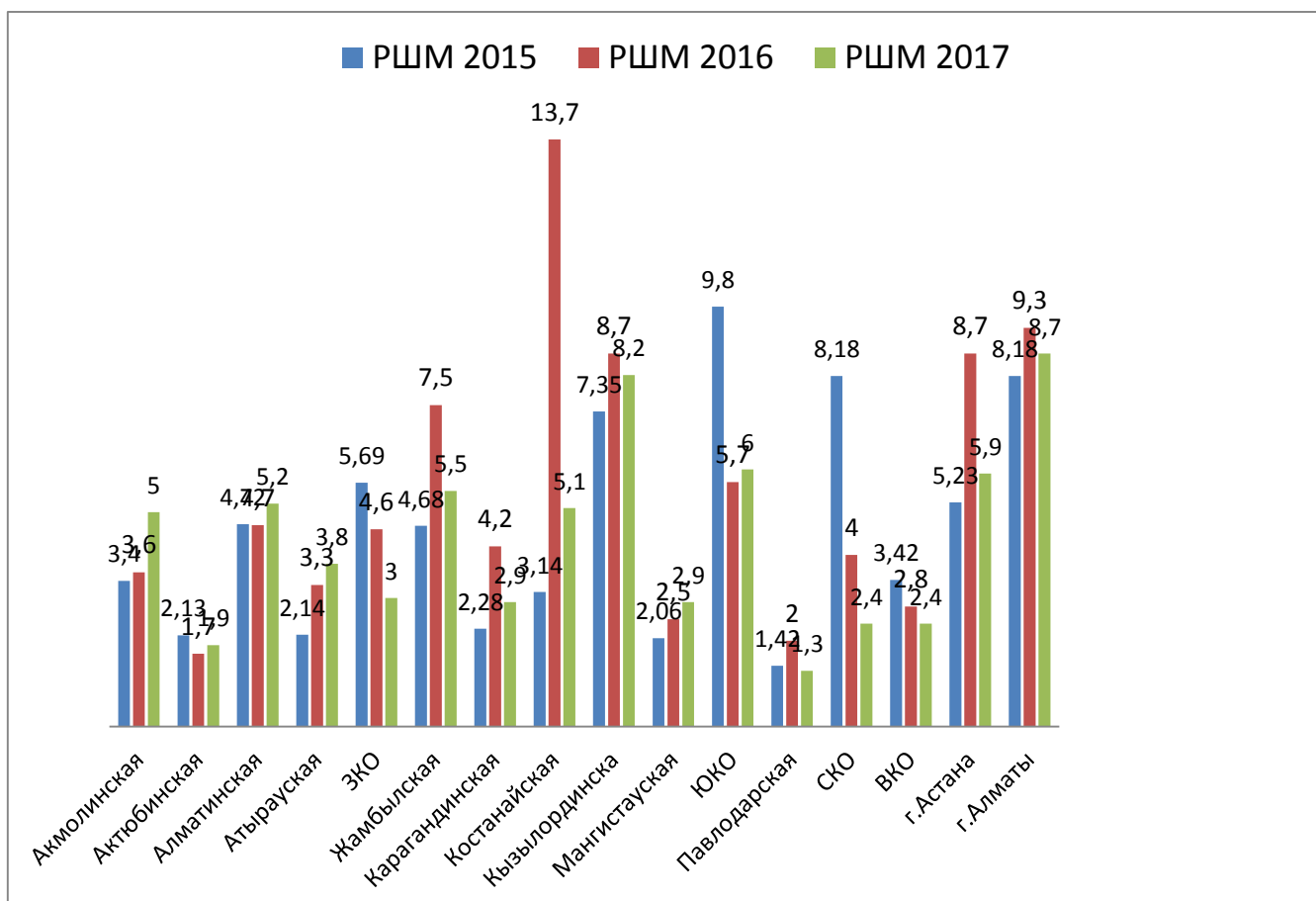


Рисунок 4 – Показатели онкоскрининге женщин на РШМ (рак +предрак) за 2015-2017гг.

Так в 2015 году, в 5-ти областях (Актюбинская, Атырауская, Карагандинская, Мангыстауская, Павлодарская), уровень выявляемости в пределах 3%, в 7-ми (Акмолинская, Алматинская, Восточно-Казахстанская, Западно-Казахстанская, Жамбылская, Костанайская и г. Астана) – в пределах 3-6%, и в 4-х (Кызылординская, Северо-Казахстанская, Южно-Казахстанская и г. Алматы) выше 6%.

В 2016-2017 годах сохранились аналогичные количественные показатели выявляемости на территориальном уровне республики, с некоторым изменением состава областей. Сравнительно низкие показатели выявляемости (меньше 3%) в течении трех лет наблюдались в 5 областях (Актюбинская, Атырауская, Восточно-Казахстанская, Карагандинская и Павлодарская), стабильные тенденции к улучшению показателей наблюдались в Акмолинской, Алматинской, Костанайской, Кызылординской областях и в гг. Астаны и Алматы (рис.4).

В целом, в более 70% областей и гг. Астаны и Алматы выявляемость ЗНО и предраковых заболеваний визуальной локализации составляет более 3%, а, в 44% – более 5%, что указывает о высоком потенциале скрининговых онкоосмотров при ранней диагностике ЗНО.

4. АНАЛИЗ И ОЦЕНКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СМОТРОВЫХ КАБИНЕТОВ С РАСШИРЕННЫМ ФУНКЦИОНАЛОМ ДЛЯ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ОНКОПАТОЛОГИИ НА УРОВНЕ ПМСП

4.1. Организация работы смотровых кабинетов в амбулаторно-поликлинических организациях

Профилактика ЗНО остается актуальным направлением противораковой борьбы и в настоящее время, поскольку представляет собой наиболее целесообразную, долгосрочную стратегию борьбы против рака. В Казахстане раннее выявление онкопатологии является одной из задач профосмотра в системе диспансеризации населения. Учитывая особую значимость данной проблемы приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 января 2011 года № 7 «Об утверждении Положения о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь» было предусмотрено открытие смотровых кабинетов (кабинет акушерского приема) в структуре организации ПМСП для проведения профилактического осмотра женщин с целью раннего выявления предопухолевых и раковых заболеваний женских половых органов и других видимых локализаций (кожи, губы, молочных желез).

В дальнейшем в соответствии Приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан от 2 августа 2013 года № 452. «Об утверждении стандарта организации оказания онкологической помощи населению Республики Казахстан» было предусмотрено, что «... смотровой кабинет (женский, мужской) создается в составе поликлиники (городской, районной), консультативно-диагностических центров, консультативно-диагностических отделений многопрофильной больницы».

Основными задачами смотровых кабинетов являются **обязательный** профилактический осмотр всех женщин и мужчин, обратившихся впервые в течение года в амбулаторно-поликлиническую организацию, независимо от возраста и характера заболевания, в целях раннего выявления хронических, предопухолевых заболеваний и злокачественных новообразований.

Нами были изучены действующие нормативно-правовые документы по организации раннего выявления ЗНО (контент-анализ в разделе 5) и на основе анализа имеющихся проблем онкологической службы на уровне ПМСП нами были разработаны:

- методические рекомендации по организации работы мужских и женских СК;
- первичная учетная документация и форма отчетности для СК (приложение к форме № 30);
- контрольные чек-листы и мониторинговая таблица для оценки деятельности мужских и женских смотровых кабинетов в виде приложения к отчетным формам № 30.

Анализ статистических данных МЗ РК показало, что в республике функционируют более 2000 амбулаторно-поликлинических организации, которые оказывают медицинскую помощь по ГОБМП и программе ОСМС.

Для реализации поставленных задач исследования нами проводился анализ оценка показателей АПО на основе дополнительных данных к приложению статистическому отчету формы № 30.

Таблица 6 – Самостоятельные АПО, врачебные амбулатории как самостоятельные, так и входящие в состав АПО, амбулаторно-поликлинические отделения, входящие в объединенные больничные организации и диспансеры

	2015	2016	2017
Акмолинская	137	132	132
Актюбинская	127	125	126
Алматинская	309	303	308
Атырауская	91	82	84
ВКО	257	248	245
Жамбылская	160	149	148
ЗКО	106	96	95
Карагандинская	132	131	132
Костанайская	87	84	84
Кызылординская	146	140	130
Мангыстауская	51	50	50
СКО	97	94	92
Павлодарская	101	96	85
ЮКО	255	258	257
г. Астана	17	16	17
г. Алматы	42	41	43
Республика Казахстан	2141	2080	2073

При анализе приложения к отчету амбулаторно-поликлинических организации (915), получивших заказ на ГОБМП по оказанию ПМСП прикрепленному населению за 2015-2017 гг. установлен рост числа смотровых кабинетов с 887 до 1240 (таблица 6).

Полученные данные на основе мониторинговых таблиц в дальнейшем были подвергнуты статистическому анализу.

Таблица 7 – Обеспеченность населения услугами смотровых кабинетов ПМСП в гендерном аспекте

Показатель	2015 г.		2016 г.		2017 г.	
	муж	жен	муж	жен	муж	жен
Число СК - в %	66 8,7	696 91,3	182 19,3	760 80,7	333 26,8	907 73,2
Первичных посещений: - абс.	360771	1921202	801975	2064981	1068494	2285296
- в % от общего числа населения	8,1	21,5	15,9	23,6	19,4	26,4
Осмотров в СК: - абс.	232119	1270782	455437	1537835	665087	1 737127
в % от первичных посещений	64,3	66,2	56,8	74,5	62,3	76,0

Полученные данные показывают, что в амбулаторно-поликлинических организациях, прежде всего, уделялось внимание открытию женских смотровых кабинетов (кабинет акушерского осмотра), которые составили в 2015 году 91,3% всех смотровых кабинетов, в дальнейшем наблюдается увеличение доли мужских смотровых кабинетов до 26,8%. Таким образом, в амбулаторно-поликлинических организациях, преимущественно, функционировали женские смотровые кабинеты.

Экспериментальный сбор материалов показал, что первичная обращаемость в АПО среди женщин составили 21,5 % от прикрепленного населения в 2015 году, с увеличением до 26,4% в 2017 году. Показатели мужчин были значительно ниже и составили 8,1 % от прикрепленного населения в 2015 году, с увеличением до 19,4% в 2017 году.

Этот показатель свидетельствует о низкой посещаемости отечественных АПО, т.к. по данным многих зарубежных исследователей, ежегодно 20-30% населения обращается в учреждения ПМСП. Другими словами, только одна пятая (18%) прикрепленного населения обратилось за 2017 г. в АПО с новым заболеванием или впервые в данном году с имеющимся хроническим заболеванием.

В гендерном аспекте посещаемость АПО женщинами выше, чем мужчинами: первичных посещений АПО, как это зарегистрировано во многих исследованиях, больше среди женщин (22,6% от числа прикрепленного женского населения), чем среди мужчин (13% соответственно)

Таблица 8 – Развитие смотровых кабинетов в амбулаторно-поликлинических организациях.

Области и города	2015г.					2016г.					2017г.				
	Всего	мужские	%	женские	%	все го	мужские	%	женские	%	всего	мужские	%	женские	%
Акмолинская	23	-	-	23	100,0	23	-	-	23	100,0	41	18	43,9	23	56,1
Актюбинская	18	-	-	18	100,0	18	-	-	18	100,0	86	5	5,8	81	94,2
Алматинская	189	9	5,8	180	95,2	216	24	10,1	192	88,9	170	25	14,7	145	85,3
Атырауская	15	-	-	15	100,0	15	-	-	15	100,0	28	13	46,4	15	53,6
Восточно-Казахстанская	88	-	-	88	100,0	171	33	19,3	138	80,7	202	52	25,8	150	74,2
Жамбылская	36	16	44,4	20	55,6	40	20	50,0	20	50,0	40	20	50,0	20	50,0
Западно-Казахстанская	85	9	10,6	76	89,4	81	18	22,2	63	77,8	112	23	20,5	89	79,5
Карагандинская	41	3	7,3	38	92,7	65	17	26,2	48	73,8	87	29	33,3	58	66,7
Костанайская	36	8	22,2	28	77,8	44	16	36,4	28	63,6	58	26	44,8	32	55,2
Кызылординская	16	1	6,3	15	93,7	17	2	11,8	15	88,2	93	14	15,1	79	84,9
Мангистауская	11	-	-	11	100,0	11	-	-	11	100,0	20	10	50,0	10	50,0
Павлодарская	22	-	-	22	100,0	36	13	36,1	23	63,9	46	23	50,0	23	50,0
Северо-Казахстанская	34	17	50,0	17	50,0	34	17	50,0	17	50,0	35	17	48,6	18	51,4
Южно-Казахстанская	104	-	-	104	100,0	115	11	9,6	104	90,4	134	30	22,4	104	77,6
г. Астана	14	1	7,5	13	92,5	22	5	22,8	17	77,2	31	10	32,3	21	67,7
г. Алматы	30	2	6,7	28	93,3	34	6	17,7	28	82,3	57	18	31,6	39	68,4
Республика Казахстан	887	66	8,7	696	91,3	942	182	19,4	760	80,6	1240	333	26,8	907	73,2

Анализ структуры смотровых кабинетов (таблица 8) на уровне областей показывают, что в 2015 году в 7 областях отсутствовали мужские смотровые кабинеты, а в 2016 году - в 3-х (Акмолинская, Актюбинская и Мангыстауская). На наш взгляд, это обусловлено установками приказа и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 января 2011 года № 7 «Об утверждении Положения о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь» которым было предусмотрено открытие смотровых кабинетов (кабинет акушерского приема) в структуре организации ПМСП. Однако, в дальнейшем число СК увеличились с 762 в 2015 г. до 1240 в 2017 г., т.е. прирост за 3 года составил +62,7%.

В гендерном аспекте число женских СК в 2,7 раза больше, чем мужских. При этом, наблюдается интенсивный рост числа мужских СК с 66 в 2015 г. до 333 в 2017 г. (прирост +404,5%), соответственно растет и обращаемость мужского населения в СК в 2,9 раза (таблица 8). Число женских СК также растет с 696 в 2015 г. до 907 в 2017 г. (прирост +30,3%),

В 2017 г. общее число СК было представлено на 26,8% мужскими и 73,2% женским кабинетами. Тем не менее, в 4-х областях (Актюбинская, Алматинская, Западно-Казахстанская, Кызылординская) доля мужских смотровых кабинетов составляли 5,8- 20,5%, в 7-ми областях (Акмолинская, Атырауская, Жамбылская, Костанайская, Мангыстауская, Павлодарская, Северо-Казахстанская) от 43,9 до 50% соответственно.

В соответствии со штатными нормативами, предусмотренными приказом МЗ РК №234 от 07.04.10 г., 1 СК укомплектуется 1,0 штатной единицей среднего медперсонала.

Проведенный нами анализ статистических данных, собранных по экспериментальным мониторинговым таблицам, показал, что не все СК укомплектованы на 1,0 штатную единицу (таблица 9), что, возможно, отражается на полноценной работе кабинета.

Укомплектованность средними медработниками в ЖСК в целом по Республике Казахстан 72,6%, и этот высокий удельный вес сформирован за счет 100%-ной укомплектованности 3-х областей: Алматинской, Кызылординской и Павлодарской областей. **Очень низкая укомплектованность кадрами СК наблюдается в Атырауской (46,7%), ВК (49,0%) и Костанайской областях (62,1%). Аналогична ситуация и по МСК. Стоит отметить, что около 30% действующих СК укомплектованы на 0,5 ставки.**

Полученные данные указывают, что в абсолютном большинстве амбулаторно - поликлинических организаций смотровые кабинеты работают в одну смену, допускаются совмещение женских и мужских смотровых кабинетов, все это не обеспечивает полноценный охват первичных больных осмотрами в смотровых кабинетах. В результате этого, охват осмотрами от числа первичных больных было достоверно ниже, чем в смотровых кабинетах, укомплектованных на полную ставку СМР.

Таблица 9 – Укомплектованность смотровых кабинетов специалистами.

Область	Занято физ. лицами в женском смотровом кабинете				Занято физ. лицами в мужском смотровом кабинете					
	0,5	0,75	1,0 шт. ед.		1,5	0,5	0,75	1,0 шт. ед.		1,5
			абс.	%				абс.	%	
Акмолинская	2		23	95,8						
Актюбинская	24	4	28	65,1			1	100,0		
Алматинская	25	10	261	92,9			21	100,0		
Атырауская	9	4	7	46,7			0	0,0		
ВКО	77	48	73	49,0	1	20	2	21	48,8	1
Жамбылская	4		19	90,5				20	100,0	
ЗКО	24	4	79	84,0	3	8		17	81,0	
Карагандинская	8		45	91,8				19	100,0	
Кызылординская	0	0	15	100,0				0		
Костанайская	16	4	18	62,1	3	23	2	8	38,1	
Мангыстауская			10	90,9				3	100,0	
Павлодарская			23	100				14	100,0	
СКО	8		13	76,5	4			13	76,5	4
ЮКО	28		90	86,5				30	100,0	
г. Астана			9	60,0	4	9		1	14,3	1
г. Алматы			30	83,3	4	2		10	90,9	
Республика Казахстан	255	54	672	72,6	22	74	8	178	76,1	6

Анализ показателей охвата женщин осмотрами в смотровых кабинетах от числа первичных больных показали резкое колебания их на уровне областей (таблица 9). Самые низкие показатели в 2015 году были выявлены (менее 50%) в Актюбинской, Восточно-Казахстанской областях и в г. Алматы, а более высокие (более 90%) – в 5-ти областях (Атырауская, Костанайская, Мангыстауская, Павлодарская, Северо-Казахстанская).

Таблица 10 – Охват профосмотрами женщин в смотровом кабинете поликлиник (на основе мониторинговых исследований)

	Области и города	2015г.			2016г.			2017г.			Рост к 2015г.(%)	
		Всего первичных	осмотрены	%	Всего первичных	осмотрены	%	Всего первичных	осмотрены	%	2016	2017
1	Акмолинская	77049	61053	79,2	86148	67640	78,5	152246	80606	52,9	110,8	132,0
2	Актюбинская	89992	44747	49,7	88597	45888	51,8	99410	51902	52,2	102,5	120,0
3	Алматинская	314681	181350	57,6	344523	307989	85,1	368394	317780	73,5	169,3	179,2
4	Атырауская	46510	43348	93,2	56883	45177	66,5	63428	48321	72,1	104,2	111,5
5	В-Казахстанская	190244	93299	49,0	188219	141675	75,2	207004	163939	79,2	151,8	175,8
6	Жамбылская	87430	58027	66,4	120162	84877	70,6	151878	107841	71,0	148,3	185,8
7	З-Казахстанская	75745	55319	73,0	80073	61700	77,1	117249	103131	88,0	111,5	186,4
8	Карагандинская	177899	126430	71,1	201567	158391	78,6	240371	211963	88,2	125,3	167,6
9	Костанайская	87100	78800	90,5	98464	90100	91,5	116768	107426	92,0	114,3	136,3
10	Кызылординская	34526	31542	79,5	53548	39778	72,2	65888	60636	91,1	126,1	192,2
11	Мангистауская	14812	14722	98,4	15616	15072	99,3	24643	21633	73,2	102,4	146,9
12	Павлодарская	82251	79095	96,2	86387	83513	93,9	90552	86850	94,5	105,6	109,8
13	С-Казахстанская	55900	51474	92,1	58100	56655	91,5	66069	62972	94,5	110,1	122,3
14	Южно-Казахстанская	356177	257595	72,3	370334	320971	72,9	415377	345149	76,4	119,6	134,0
15	г.Астана	92090	48051	52,2	123581	75016	60,7	128885	84348	69,9	158,1	175,5
16	г.Алматы	158796	61930	39,0	166779	73383	44,0	217134	132630	59,5	118,5	214,8
17	Республика Казахстан	1921202	1270782	66,1	2064981	1537835	74,5	2285296	1737127	76,0	107,5	136,7

В гг. Астана и Алматы, Актюбинской области за весь период наблюдения отмечается низкий охват женщин от числа первичных больных – не более 60%, а в ряде области наблюдались тенденции к снижению показателей (Акмолинская, Мангыстауская), что указывала на низкий уровень проводимых мероприятий по раннему выявлению онкологических патологии.

Иными словами, только 2/3 первичных посещений АПО сопровождается обязательной процедурой профилактического осмотра. В идеале этот показатель должен стремиться к 100%, тем более, что по правилам приема в АПО каждый первично в этом году обратившийся в АПО житель должен пройти профилактический осмотр в СК.

Как было указано выше, в целях улучшения работы смотровых кабинетов, с 2015 года были внедрены ряд дополнительных мероприятия по организации деятельности их и совершенствованию учетно-отчетной документации.

В ходе исследования выявлено, что количество женщин, прошедших через СК в 2016 и 2017 гг. по сравнению с 2015 годом имеет достоверную ($p < 0.001$) положительную тенденцию в увеличении числа посещений с сильной корреляционной зависимостью (r 0,995 в 2016 г. и 0,993 в 2017г.). При этом общее количество осмотренных женщин в республике увеличились в 2016 году на 107,5%, а в 2017 году – на 136,7%. В 2016 году в четырех областях (Актюбинская, Атырауская, Мангыстауская, Павлодарская) этот показатель был ниже республиканского, а в 2017 году в 6 областях было ниже республиканского, но по сравнению с 2015 годом рост составил более 110%. В 2017 году в 8 областях и городах по сравнению с 2015 годом было достигнуто рост более 150% (таблица 10).

Анализ показателей первичной обращаемости в смотровые кабинеты из числа всех первичных посещений АПО у мужчин не имели стабильную тенденцию и колебались от 56,3% до 64,3% (таблица 10).

Охват мужчин осмотрами в смотровых кабинетах от числа первичных больных показали резкое колебания их на уровне областей. Из 10 областей и городов, представивших отчеты в 2015 году в 7-ми (Алматинская, Западно-Казахстанская, Костанайская, Кызылординская, Павлодарская, гг. Астаны и Алматы) в 2017 году эти показатели значительно улучшились и охват менее 40% составлял только в 4-х, а в 7-ти областях были достигнуты охват более 70%.

Общее количество лиц, охваченных профосмотрами в мужских смотровых кабинет в целом в республике в 2016 году увеличились на 198,2%, а в 2017 - на 286,2% по сравнению с 2015 годом (таблица 10). Анализ показателей по областям выявили неоднородную тенденцию от снижения охвата в 2016 году (Павлодарская – 96,1%) до астрономического увеличения в 2017 году (Кызылординская – 946,8%), в среднем колебалась в пределах 180,1% до 768,1%. В 2017 году в трех областях (Павлодарская, Северо-Казахстанская, Южно-Казахстанская) прирост к 2015 году составил всего 108,8-135,4%, а в 2-х областях (Западно-Казахстанская, Кызылординская) и в гг. Астана и Алматы, этот показатель был более 350,0%. Абсолютные показатели охвата различных групп населения в смотровых кабинетах показало, что общее количество

осмотренных мужчин в 2015 году было 7,6 раза меньше, чем женщин, а в дальнейшем наблюдался увеличение общее количество осмотренных мужчин, тем не менее этот показатель в 2017 году был ниже на 3,2 раза.

Все это, на наш взгляд, обусловлено переходным этапом организации мужских смотровых кабинетов, так как в нормативных документах в структуре амбулаторно-поликлинических организации мужские смотровые кабинеты не были предусмотрены.

Таблица 11 – Охват профилактическими осмотрами мужчин в смотровых кабинетах поликлиник.

№ пп	Области и города	2015г.			2016г.			2017			Рост к 2015г.(%)	
		всего	осмотре ны	%	всего	осмотре ны	%	всего	осмотре ны	%	2016г.	2017г.
1	Акмолинская	-	-	-	-	-	-	75039	6572	8,8	-	-
2	Актюбинская	-	-	-	-	-	-	39684	6011	15,1	-	-
3	Алматинская	46414	14450	31,1	144678	69091	47,7	92879	57290	61,7	478,1	396,5
4	Атырауская	-	-	-	-	-	-	16512	14864	90,0	-	-
5	В-Казахстанская	24074	14786	61,4	71714	22116	30,8	119685	71340	59,6	149,6	482,5
6	Жамбылская	24270	16040	66,1	56585	39092	69,1	80796	57586	71,3	243,7	359,0
7	З-Казахстанская	30099	7271	24,2	41861	15698	37,5	75145	55390	73,7	219,9	761,8
8	Карагандинская	90482	58117	64,2	139474	104669	75,0	149046	128539	86,2	180,1	221,2
9	Костанайская	27960	11184	40,0	49260	32482	65,9	67980	47586	70,0	290,4	425,5
10	Кызылординская	12144	1120	5,6	17515	8097	47,6	37721	24045	63,7	722,9	946,8
11	Мангистауская	-	-	-	-	-	-	27182	16621	61,1	-	-
12	Павлодарская	49919	21214	36,3	51020	19954	33,4	39793	25681	59,4	96,1	121,1
13	С-Казахстанская	44273	40819	92,2	51641	48279	93,5	59095	55251	93,5	118,2	135,4
14	Южно- Казахстанская	36859	33093	94,0	60886	55342	92,5	47524	35996	69,3	167,3	108,8
15	г. Астана	18360	5183	28,2	28585	18275	58,9	45183	32259	62,5	352,6	622,4
16	г. Алматы	20031	8012	40,0	88756	37142	41,8	103753	73056	70,4	463,6	911,8
	Республика Казахстан	360771	232119	64,3	801975	455437	56,8	1068494		62,2	198,2	286,5

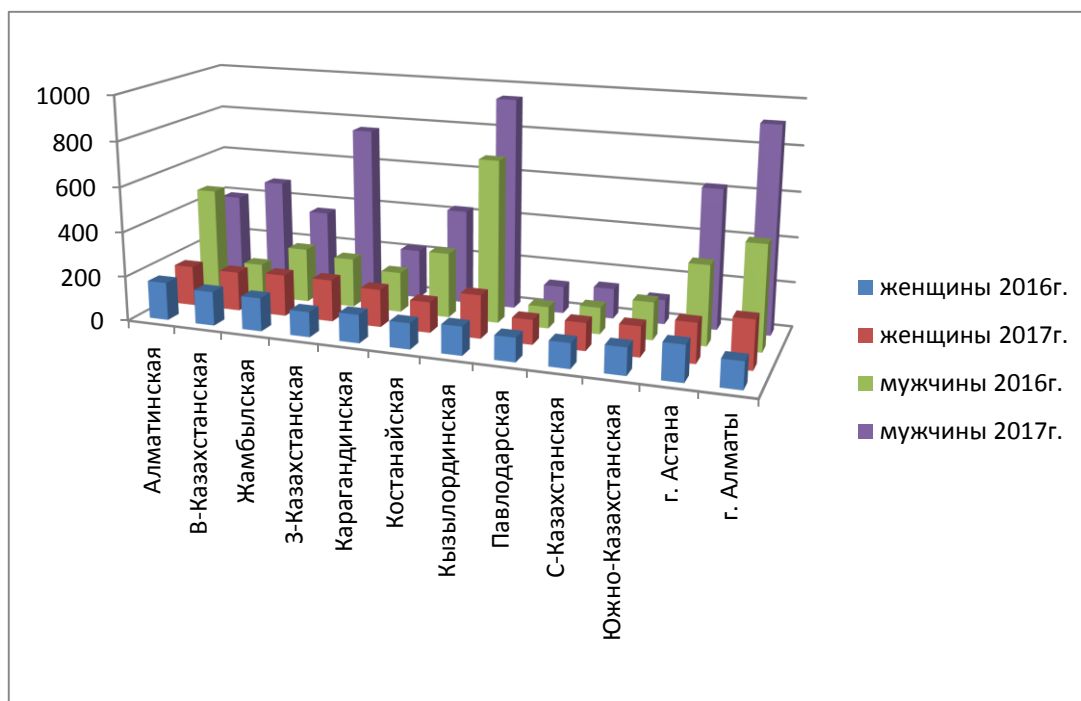


Рисунок 5 – Охват профилактическими осмотрами мужчин и женщин в смотровых кабинетах поликлиник (по данным областей, представивших полные данные) к 2015г.

Охват осмотрами в СК пациентов, первично обратившихся в текущем году в АПО, является основной организационной технологии селективного скрининга. Поэтому данный показатель можно назвать «охват селективным профилактическим осмотром». Этот индикатор растет, но остается на низком уровне – с 8,4% (мужчины) в 2015 г. до 26,7% (женщины) в 2017 г., прирост составил +35,1% (таблица 10). Иными словами, только 19,7% населения прошли обязательный профосмотр в последнем отчетном году. По нашему мнению показатель охвата осмотрами в СК всех прикрепленных жителей идентичен показателю охвата населения профосмотрами. В идеале этот показатель должен приближаться к 100%, т.е. по правилам классической диспансеризации каждый прикрепленный житель должен 1 раз в год пройти профосмотр (в т.ч. пройти осмотр в СК).

Объективным показателем действенности СК (экспериментальный показатель) определена обязательное взятие у всех женщин, обратившихся в кабинет, мазков для цитологического исследования. Анализ мониторинговых данных показали, что было достигнуто увеличение охвата женщин на цитологическое исследование с 68,7% в 2015 году до 82,0% в 2017 году. Анализ показателей по областям показал, что показатели ниже 55% были в 2015 году были в трех областях – Акмолинской, Атырауской и Южно-Казахстанской областях, в 2016 г. – в Акмолинской, Алматинской, Мангыстауской и Южно-Казахстанской областях. В 5 областях (Жамбылская, Западно-Казахстанская, Костанайская, Павлодарская, Северо-Казахстанская) были достигнуты показатель охвата цитологическим исследованием более 80%.

Таблица 12 – Объем взятия мазков для цитологического исследования женщин в смотровом кабинете

№ пп	Области и города	2015г.	2016г.		2017г.	
		Всего	Всего	% к 2015г.	Всего	% к 2015г.
1	Акмолинская	16343	19991	122,3	48507	296,8
2	Актюбинская	39160	41142	105,1	47356	120,9
3	Алматинская	102759	123066	119,8	115314	112,2
4	Атырауская	22571	24241	107,4	25530	113,1
5	В-Казахстанская	75563	104439	138,2	122243	161,8
6	Жамбылская	58027	84877	146,3	87841	151,4
7	З-Казахстанская	47121	53415	113,4	87875	186,5
8	Карагандинская	90430	129868	143,6	180141	199,2
9	Костанайская	70920	85100	120,0	100980	142,4
10	Кызылординская	39245	48521	123,6	67364	171,6
11	Мангистауская	15138	12919	85,3	24749	163,5
12	Павлодарская	77541	74513	96,1	87770	113,2
13	С-Казахстанская	45789	48783	106,5	54720	119,5
14	Южно-Казахстанская	104228	106277	101,9	192539	184,7
15	г. Астана	33311	47173	132,6	43023	129,2
16	г. Алматы	42493	53102	124,9	132630	312,1
17	Республика Казахстан	932639	1013427	108,7	1423582	152,6

Учитывая, что взятия мазков для цитологического исследования относится к отдельным категориям женщин, нами были изучены объемы цитологических исследований по данным мониторинговых таблиц. Установлено, что в целом по республике имеется тенденция к увеличению охвата цитологическим исследованием, по сравнению с 2015 годом, в 2016 году показатель охвата составил 108,7%, а в 2017 году – 152,6% (таблица 12).

Данные мониторинга явились основой для принятия оперативных решений на уровне областей. Проведенный анализ показал, что на уровне областей в 2017 году были достигнуты существенные результаты для достижения оптимального уровня ранней диагностики злокачественных и предопухолевых образований. В 7 областях объемы цитологических исследований увеличились 1,5-2 раза, а в Акмолинской области и в г. Алматы – около 3-х раз.

Таким образом, проведенный анализ показывает, что в гендерном аспекте число женских СК в 2,7 раза больше, чем мужских, но наблюдается интенсивный рост числа мужских СК, соответственно, растет число АПО с функционирующими мужскими СК (до 24% в 2017 г.), частично, за счет перепрофилирования женских СК, число которых снизилось до 65,3%.

Посещаемость АПО женщинами выше в 2,7 раза. Первичных посещений АПО и осмотров в СК также больше среди женщин (26,4% от числа прикрепленного женского населения), чем среди мужчин (19,2%).

Экспериментальное применение мониторинговых таблиц, разработанных в ходе данной исследовательской работы показало достоверное ($p < 0,01$) увеличение выявляемости патологий визуально-доступных локализаций, в том числе и ЗНО на примере женских смотровых кабинетов.

Так, при анализе результативности работы женских СК обнаружена очень высокая корреляционная зависимость с высоким уровнем достоверности ($p < 0,001$) роста выявления предрака, патологий шейки матки с цитоприменением, предрака РМЖ, в 2016 и 2017 гг. по сравнению с 2015 годом.

Полученные результаты свидетельствуют о повышенной настороженности по результатам семинаров и совещаний, также отслеживается интеграция внутри МО и онкодиспансера, согласно утвержденного Стандарта организации онкологической помощи в РК (маршрут пациента и сроки обследования с последующей верификацией диагноза).

Следует отметить, что и правилами диспансеризации изначально предполагался 100%-ный охват населения профилактическими осмотрами, т.е. каждый прикрепленный житель за год должен пройти однократно профосмотр и показатель охвата населения осмотрами в смотровых кабинетах, в идеале должен, составлять около 100%. Эта концепция в реальной практике не реализована, поскольку прохождение профосмотра не является строго обязательным для жителей, но осталось обязательным только для лиц, обращающихся в АПО по поводу заболеваний и в рамках периодических осмотров. Также следует отметить, что при переходе отечественной системы здравоохранения на ОМС положение об обязательности ежегодного профосмотра будет актуально.

4.2 Выявляемость визуально–доступных форм онкопатологий в смотровых кабинетах за 2015-2019гг.

Государственными программами развития здравоохранения республики на 2010-2015гг. и на 2016-2019 г. были определены конкретные меры по ранней диагностике злокачественных новообразований, особенно визуальной локализации. В этих целях проводились расширение смотровых кабинетов в АПО, открытие мужских смотровых кабинетов, укрепление и подготовка медицинского персонала этих кабинетов. Нами, при анализе показателей смотровых кабинетов использованы статистические данные отчетной формы № 30, а также отчетные данные РГП МЗ РК «Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни».

В качестве основных показателей работы женских и мужских СК нами взяты:

- охват осмотром в СК от числа первичных больных;
- частота всей выявленной онкопатологии и предраковых заболеваний (в % от числа осмотренных в СК).

В гендерном аспекте, как уже приводилось выше, охват женщин осмотрами в СК почти в 2,9 раза было выше. Представленные данные показывают, что в динамике наблюдается рост охвата населения осмотрами в СК из числа первичных больных, что эквивалентно отразилась на количестве выявленных ЗНО визуальной локализации у женщин. В связи с тем, что причинами обращения больных в общие амбулаторно-поликлинические организации являются соматические и неонкологические заболевания, выявленные ЗНО и предраковые заболевания носили малочисленный характер.

Анализ показателей на уровне областей за 2015 год выявил неоднородные тенденции выявляемости. Различия показателей выявляемости между областями в 2015 году составляли 7, а в 2019 году 4 раза (таблица 13).

По уровню выявляемости все области и города республиканского значения были разделены на 3 условные группы (таблица 14):

I группа – территории с показателем выявляемости до 0,06%;

II группа - территории с показателем выявляемости от 0,07 до 0,1%;

III группа - территории с показателем выявляемости выше 0,1%.

В 2015 году в I группу были включены 11 (68,8%) территории – Актюбинская, Алматинская, Атырауская, Восточно-Казахстанская, Жамбылская, Западно-Казахстанская, Мангыстауская, Павлодарская, Северо-Казахстанская, Южно-Казахстанская, г.Астана.

Таблица 13 – Выявляемость визуальных форм рака у женщин к числу осмотренных в смотровом кабинете.

№ п/п	Области и города	2015		2016		2017		2018 г.		2019 г.	
		абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
1	Акмолинская	49	0,08	58	0,09	70	0,08	77	0,08	85	0,07
2	Актюбинская	15	0,03	9	0,02	36	0,06	40	0,06	44	0,06
3	Алматинская	48	0,03	119	0,03	126	0,06	139	0,05	153	0,05
4	Атырауская	25	0,06	28	0,09	38	0,08	42	0,08	46	0,08
5	Восточно-Казахстанская	49	0,05	189	0,12	210	0,09	232	0,09	256	0,08
6	Жамбылская	18	0,03	45	0,04	105	0,06	118	0,06	130	0,06
7	Западно-Казахстанская	27	0,04	46	0,06	102	0,06	112	0,06	123	0,06
8	Карагандинская	300	0,16	346	0,13	568	0,17	625	0,16	688	0,15
9	Костанайская	94	0,11	180	0,15	280	0,18	308	0,17	339	0,17
10	Кызылординская	25	0,22	23	0,21	35	0,03	39	0,02	43	0,02
11	Мангистауская	11	0,06	7	0,04	90	0,13	99	0,12	109	0,12
12	Павлодарская	35	0,05	55	0,06	53	0,05	58	0,05	64	0,05
13	Северо-Казахстанская	47	0,05	60	0,06	60	0,06	66	0,05	73	0,05
14	Южно-Казахстанская	123	0,04	10	0,01	144	0,07	-	-	-	-
15	Туркестанская	-	-	-	-	-	-	89	0,12	98	0,11
16	г.Шымкент	-	-	-	-	-	-	69	0,04	76	0,04
17	г. Астана	15	0,03	23	0,03	18	0,03	20	0,02	22	0,02
18	г. Алматы	73	0,11	92	0,08	111	0,05	122	0,05	134	0,05
19	Республика Казахстан	954	0,06	1290	0,07	2046	0,08	2255	0,08	2483	0,08

В II группу были включена только Акюбинская область. В III группу были включены 4 (25,0%) территории – Карагандинская, Костанайская, Кызылординская и г. Алматы.

Таблица 14 – Распределения территории по показателям выявляемости ЗНО.

№№ пп	Группы	Показатели	2015г.	2019г.
1	I группа	до 0,06%;	11 (68,8%)	9 (52,9%)
2	II группа	0,07 -0,1%	1 (6,2%)	4 (23,5%)
3	III группа	выше 0,1%	4 (25,0%)	4 (23,5%)

По данным 2019 года в I группу были включены 9 (52,9%) территории – Акюбинская, Алматинская, Жамбылская, Западно-Казахстанская, Павлодарская, Северо-Казахстанская, гг. Астана и Шымкент.

В II группу были включены 4 (23,5%) территории – Акмолинская, Атырауская, Восточно-Казахстанская области.

В III группу были включены 4 (23,5%) территории – Карагандинская, Костанайская, Мангыстауская и Туркестанская.

Следует отметить, что показатели выявляемости в Кызылординской и Южно-Казахстанской (Туркестанской) областей носили разноречивый характер.

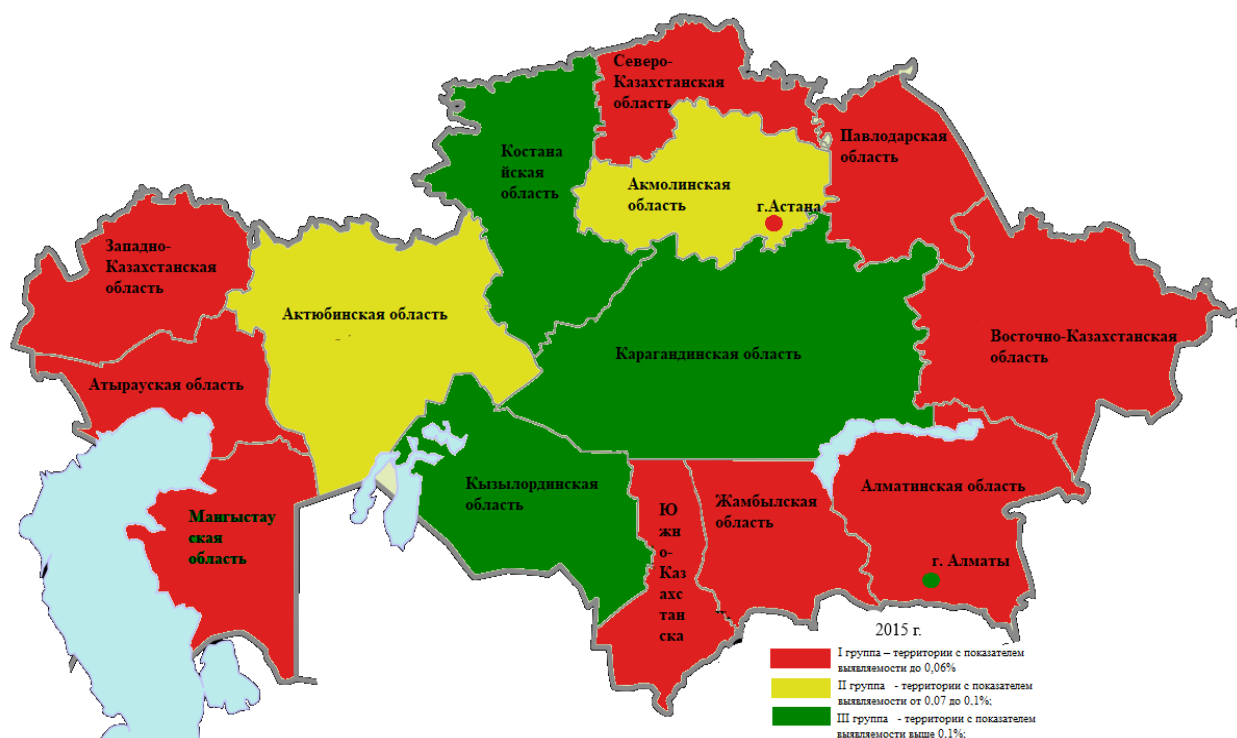


Рисунок 6 – Распределения территории по показателям выявляемости ЗНО в 2015г.

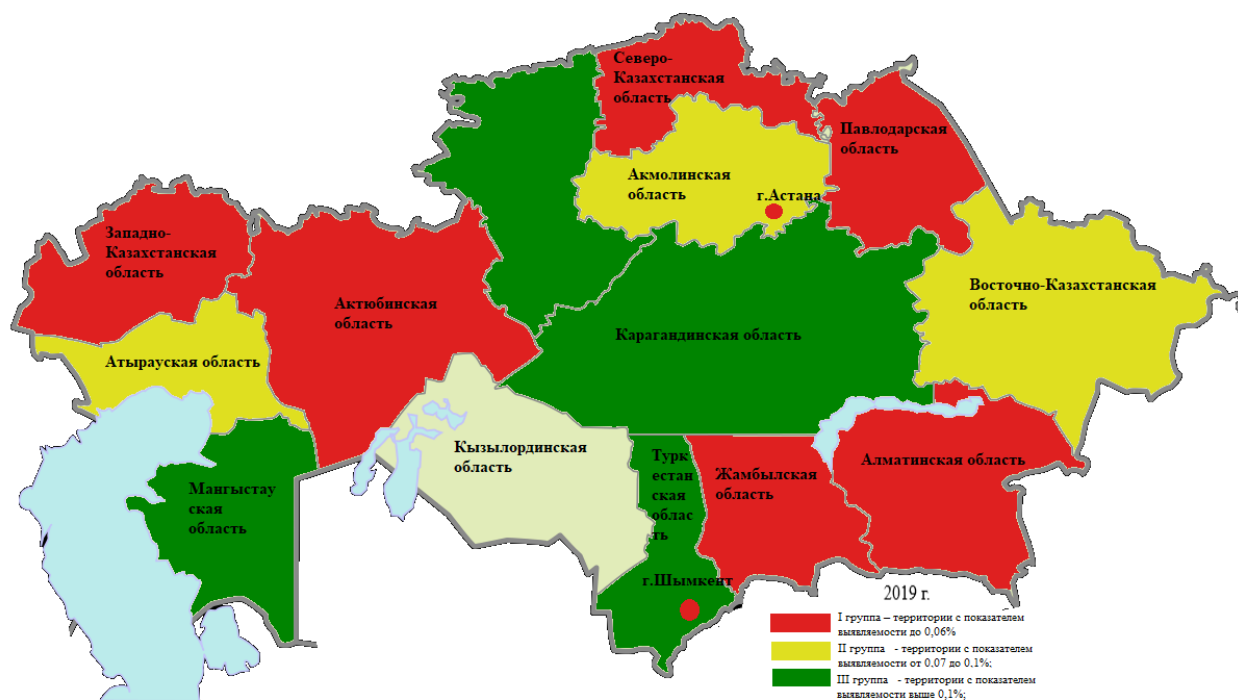


Рисунок 7 – Распределения территории по показателям выявляемости ЗНО в 2019г.

Можно предположить, что целенаправленно проводимая работа по повышению квалификации работников смотровых кабинетов, разъяснительная работа среди населения способствовали к улучшению показателя ранней выявляемости.

Особый интерес представлял выявляемость предраковых заболеваний у женщин. Данные таблицы 15 показывают, что удельный вес выявленных предраковых заболеваний в женских смотровых кабинетах Республики Казахстан имел тенденцию к росту с 3,8% в 2015 году до 4,4% в 2018 году ($P < 0,05$) и с некоторым снижением к 2019 году (3,9%).

Таблица 15 – Выявляемость визуальных форм предрака у женщин к числу осмотренных в смотровом кабинете

№ пп	Области и города	2015		2016		2017		2018 г.		2019 г.	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1	Акмолинская	1326	2,2	1125	1,7	4374	5,0	5249	5,2	5525	4,8
2	Актюбинская	1234	2,8	1057	2,3	1364	2,4	1637	2,5	1839	2,4
3	Алматинская	3083	1,6	3825	1,0	12513	5,6	15016	5,8	15258	5,1
4	Атырауская	2089	4,8	2494	8,0	3199	6,9	3839	7,2	3981	6,5
5	Восточно-Казахстанская	2748	2,9	5624	3,4	7991	3,4	9589	3,5	9592	3,1
6	Жамбылская	1000	1,4	1721	1,4	3275	2,0	3930	2,1	3821	1,7
7	Западно-Казахстанская	1469	2,3	2595	3,4	5783	3,6	6940	3,8	6821	3,3
8	Карагандинская	6587	3,6	12945	4,9	21304	6,3	25565	6,5	25765	5,7
9	Костанайская	1820	2,0	2689	2,2	3874	2,5	4649	2,6	4751	2,3
10	Кызылординская	9546	8,9	9545	8,8	7131	5,0	8557	5,2	8661	4,6
11	Мангистауская	181	1,0	169	1,0	465	0,7	558	0,7	680	0,7
12	Павлодарская	2127	2,7	3076	3,6	2143	2,2	2572	2,3	2654	2,0
13	Северо-Казахстанская	3188	3,5	3515	3,7	1940	1,8	2328	1,9	2466	1,7
14	Южно-Казахстанская	12205	3,7	13605	4,4	2028	0,9	-	-	-	-
15	Туркестанская	-	-	-	-	-	-	1421	1,9	1587	1,8
16	г.Шымкент	-	-	-	-	-	-	1013	0,6	1039	0,5
17	г. Астана	1216	2,3	1819	2,2	1363	1,9	1499	1,8	1621	1,7
18	г. Алматы	7395	10,6	12818	11,6	24849	11,5	27334	11,0	27521	9,6
19	Республика Казахстан	57214	3,8	78622	3,9	103596	4,3	121694	4,4	123582	3,9

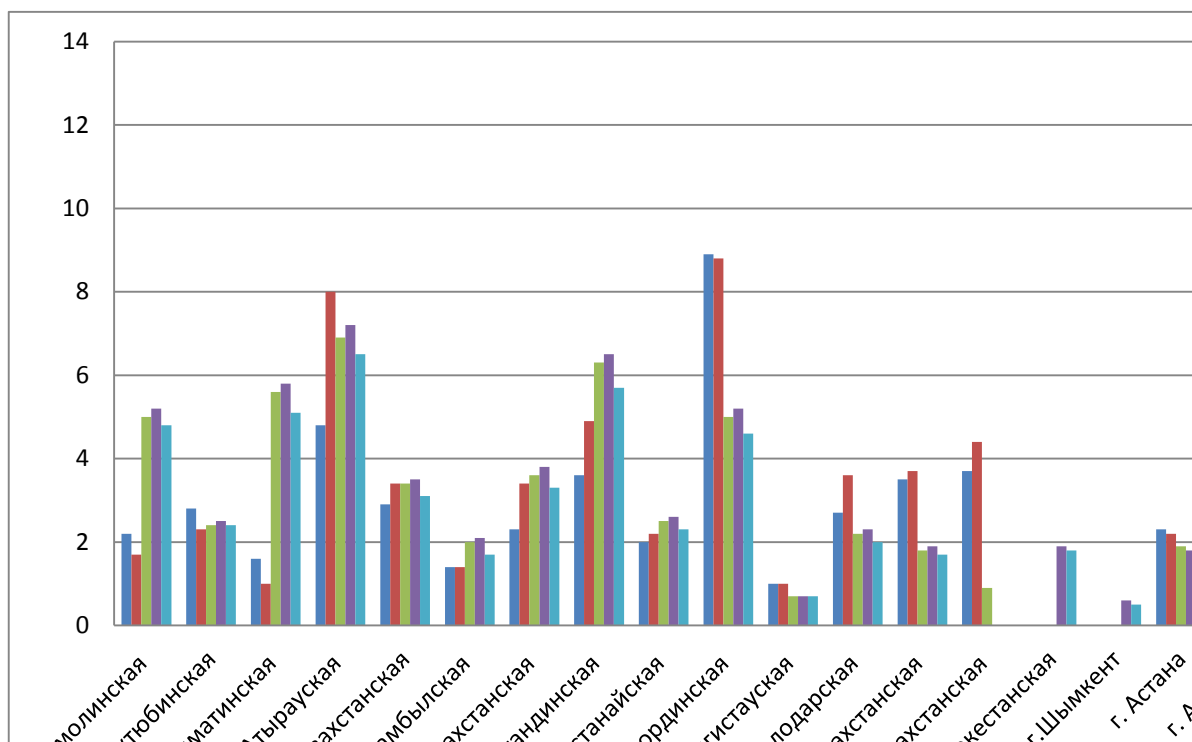


Рисунок 8 – Выявляемость визуальных форм предрака у женщин к числу осмотренных в смотровом кабинете.

Показатели выявляемости предраковых заболеваний у женщин также были условно разделены на 3 группы (таблица 16):

I группа – территории с показателем выявляемости до 3%;

II группа - территории с показателем выявляемости от 3,1 до 6%;

III группа - территории с показателем выявляемости выше 6%.

Таблица 16 – Распределения территории по показателям выявляемости предраковых заболеваний у женщин.

№№ пп	Группы	Показатели	2015г.	2019г.
1	I группа	До 3 %;	10 (62,5%)	8 (50,0%)
2	II группа	3,1 - 6%	4 (25%)	6 (37,5%)
3	III группа	выше 6%	2 (12,5%)	2 (12,5%)

В 2015г. в I –группу вошли 10 (Акмолинская, Актүбинская, Алматинская, Восточно-Казахстанская, Жамбылская, Западно-Казахстанская, Костанайская, Мангыстауская, Павлодарская (областей и г.Астана, во II – группу - 4 (25%): (Атырауская, Карагандинская, Северо-Казахстанская, Южно-Казахстанская) и в III –группу - Кызылординская, г. Алматы.

По данным 2019 года в I группу были включены 8 (50,0%) территории – Актүбинская, Жамбылская, Костанайская, Мангыстауская, Павлодарская, Северо-Казахстанская, Туркестанская г. Астана, г.Шымкент. В II группу были включены 6 (37,5%) территории – Акмолинская, Алматинская,

Восточно-Казахстанская, Западно-Казахстанская, Карагандинская, Кызылординская, В III группу были включены 2 (23,5%) территории - Атырауская, г. Алматы.

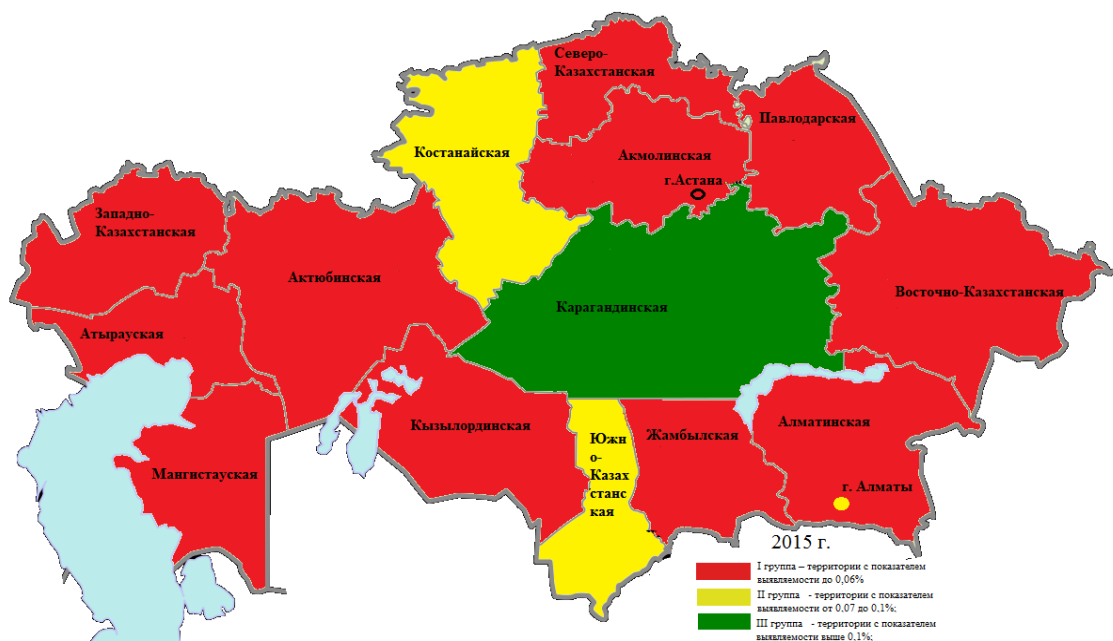


Рисунок 9 – Распределения территории по показателям выявляемости предраковых заболеваний у женщин в 2015г.

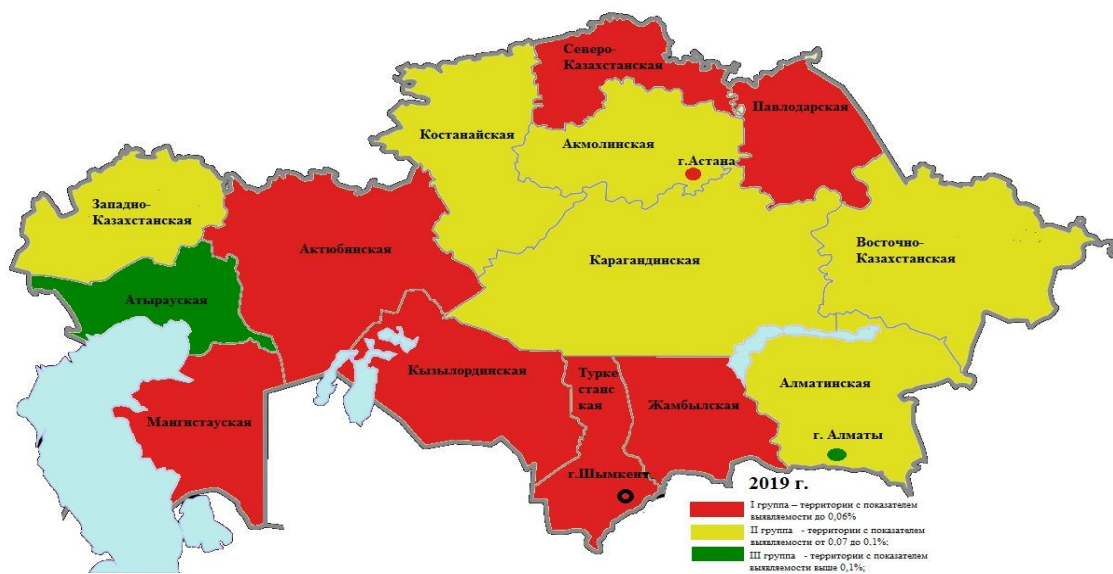


Рисунок 10 – Распределения территории по показателям выявляемости предраковых заболеваний у женщин в 2019г.

Следует отметить, что к 2019 году показатели выявляемости в Акмолинской, Алматинской, Кызылординской и Южно-Казахстанской (Туркестанской) областей носили неоднородный характер. При этом, в Акмолинской области наблюдалась тенденция к росту показателя выявляемости с 2,2% в 2015 году до 5,2 % в 2018 году, в Алматинской с 1% в

2015 году до 5,1% в 2019 году, в Кызылординской области – снижение показателя с 8,9% в 2015 году до 2,3% в 2019 году, в Южно-Казахстанской области также было аналогичное снижение показателя.

Таким образом, по показателям выявляемости ЗНО и предраковых заболеваний визуальной локализации у женщин более 50% областей были отнесены к I группе.

В целях анализа организации деятельности мужских смотровых кабинетов также изучались показатели в соответствии с данными формы № 30.

Как уже было отмечено выше, в соответствии с Приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 2 августа 2013 года № 452. «Об утверждении стандарта организации оказания онкологической помощи населению Республики Казахстан» организация мужских смотровых кабинетов осуществлялись за счет внутренних ресурсов медицинских организаций, все это оказало существенное влияние на формирование сети, а также в организации их деятельности. Представленные данные таблицы 15 показывают, в 2015 году не удалось получить информацию со всех областей и эти данные были окончательно сформированы в 2017г. Тем не менее, полученные данные позволяют получить объективные данные о вкладе мужских смотровых кабинетов в ранней диагностике ЗНО и предраковых заболеваний у мужчин. Полученные результаты своевременно направлялись в областные управления здравоохранения, МИО и МЗ для принятия оперативных решений.

За период 2015-2017 годы количество выявленных лиц с ранними формами рака визуальной локализации увеличились на 167,1%, а с предраковыми заболеваниями – на 236,3%. В 2015 году уровень выявляемости ЗНО составил 0,12% от числа осмотренных, с последующим снижением в последующие годы и составили 0,08%. В то же в женских смотровых кабинетах показатель выявляемости рака визуальной локализации составили в 2015-2018гг составили 0,06%, 0,07%, 0,08% и 0,08%, т.е. было отмечено устойчивая тенденция к повышению данного показателя.

Для предраковых заболеваний также была характерна более высокая выявляемость в 2015 году (4,8%), с последующим снижением ее и стабилизацией к 2017 году (4,2%). В женских смотровых кабинетах выявляемость предраковых заболеваний в 2015 году составили 3,8% с дальнейшим увеличением до 4,4% в 2018 году. Данные различия в тенденциях на наш взгляд, прежде всего, можно объяснить ранней организацией женских смотровых кабинетов (с 2011г.), планомерной подготовкой медицинского персонала и последовательным решением организационных вопросов.

Анализ показателей на уровне областей выявили неоднородность и противоречивость их. Прежде всего, в 2015 году выявляемость рака колебалась от 0,03% (Южно-Казахстанская) до 0,26% (Западно-Казахстанская), т.е. около 8 раз, с последующим снижением этого разрыва в 2017 году до 0,11%. В большинстве областей (7 из 12) наблюдалась

стабильная тенденция к снижению. На наш взгляд, эти относительно высокие показатели в 2015 году были обусловлены несовершенством организационных мер, слабой подготовкой кадров и возможной гипердиагностикой.

Особый интерес представляла выявляемость предраковых заболеваний у мужчин на уровне областей. Данные таблицы 17 показывают, что удельный вес выявленных предраковых заболеваний в мужских смотровых кабинетах Жамбылской, Костанайской и Южно-Казахстанской областях показатели выявляемости не превышали 3%, а в Алматинской, Карагандинской и Кызылординской областях были стабильно выше среднереспубликанского показателя.

Таким образом, по показателям выявляемости ЗНО и предраковых заболеваний визуальной локализации у мужчин отличались от показателей женских смотровых кабинетов, для женских смотровых кабинетов была характерна более высокая выявляемость как раковых, так и предраковых заболеваний.

Полученные данные свидетельствуют об эффективности внедрения результатов данной научной работы, повышенной настороженности по результатам семинаров и совещаний, также отслеживается интеграция внутри МО и онкодиспансера, согласно утвержденного Стандарта организации онкологической помощи в РК (маршрут пациента и сроки обследования с последующей верификацией диагноза).

Как видно из таблицы 16, как на уровне Республике Казахстан, так и в регионах удельный вес рака очень низкий, и колеблется в пределах до 0,1%. этот показатель остается стабильным в течение 3 лет.

Удельный вес выявленных предраковых заболеваний в женских смотровых кабинетах Республики Казахстан за период 2015-2017 гг. вырос с 3,1% до 4,1%, при этом имело место резкое снижение выявляемости с 4,6% до 0,7% отмечается в Южно-Казахстанской области и с 5,9% до 3,3% в Северо-Казахстанской области, так же имело место снижение в таких областях как Мангистауская (с 1,2% до 0,6%), г.Астана (с 2,2% до 1,9%). Резкий рост предраковых заболеваний показала г. Алматы- с 2,3% до 10,7%.

Таблица 17 – Выявляемость визуальных форм рака у мужчин к числу осмотренных в смотровом кабинете

№ п/п	Области и города республиканского значения	из них имеют смотровые кабинеты											
		2015г				2016г.				2017г.			
		рак.		предрак		рак		предрак		рак		предрак	
		всего	%	всего	%	всего	%	всего	%	всего	%	всего	%
1	Акмолинская	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	342	5,2
2	Актюбинская	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	152	2,5
3	Алматинская	27	0,18	584	4,0	76	0,11	2475	3,6	39	0,07	3031	5,3
4	Атырауская	-	-	-	-	-	-	-	-	16	0,1	410	2,8
5	Восточно-Казахстанская	23	0,15	548	3,7	32	0,14	846	3,8	62	0,09	2250	3,2
6	Жамбылская	12	0,07	565	3,5	20	0,05	1291	3,3	54	0,07	1491	2,6
7	Западно-Казахстанская	19	0,26	287	3,9	27	0,17	882	5,6	54	0,1	1965	3,5
8	Карагандинская	91	0,15	3309	5,7	126	0,12	5108	4,9	148	0,11	7049	5,5
9	Костанайская	16	0,14	320	2,9	44	0,13	1156	3,5	75	0,11	1520	3,2
10	Кызылординская	-	-	145	6,3	-	-	210	5,3	-	-	1153	4,7
11	Мангистауская	-	-	-	-	-	-	-	-	19	0,11	546	3,3
12	Павлодарская	10	0,05	858	4,1	14	0,07	482	4,0	17	0,11	653	4,2
13	Северо-Казахстанская	15	0,04	1781	4,4	23	0,06	1815	3,8	22	0,04	2193	4,0
14	Южно-Казахстанская	10	0,03	2136	3,0	15	0,03	2078	3,2	7	0,03	913	3,5
15	г. Астана	6	0,11	181	3,4	9	0,1	342	4,1	10	0,1	355	3,8
16	г. Алматы	14	0,17	358	4,5	28	0,07	1778	3,2	51	0,07	2848	3,9
	Республика Казахстан	292	0,12	11372	4,8	391	0,08	18463	4,1	575	0,08	26871	4,2

4.3 Сравнительный анализ результативности онковыявляемости по различным организационным технологиям медицинского осмотра

По данным научной литературы, можно выделить основные организационные технологии раннего выявления онкологии [134- 136]:

- 1) профилактический осмотр населения;
- 2) скрининговые программы;
- 3) оппортунистический скрининг (случайное выявление онкопатологии при обследовании пациента по поводу другого заболевания);
- 4) одноразовые акции по типу «день открытых дверей».

Первые 2 организационные технологии отличаются, во-первых, объемом охвата (при профилактическом осмотре - все население, при скрининге – определенные поло-возрастные группы), во-вторых, сроками проведения (при профилактическом осмотре – ежегодно, при скрининге – определенный временной интервал обследования для определенных поло-возрастных групп населения).

Следует отметить, что во многих развитых странах программы скрининга встроены в систему профилактических осмотров и, соответственно, отдельно не упоминаются. Например, в Израиле обязательный ежегодный профилактический осмотр лиц старшего возраста содержит все известные на сегодняшний день скрининги на все виды онкопатологии [135, с.663].

Также следует подчеркнуть, что программы скрининга во многих странах отличаются еще и этапностью. Для уменьшения экономического бремени в этих программах на первом этапе проводится отбор лиц с факторами риска по той или иной патологии, а на втором этапе только этим лицам проводится необходимый комплекс диагностических процедур. Во многих исследованиях по онкотематике даются рекомендации по срокам скрининга здоровых лиц на онкопатологию различных органов – каждые 3 года и более в зависимости от возраста обследуемых и результатов 1-го этапа обследования [133, с.212].

Для проведения сравнительного анализа эффективности онковыявляемости по различным организационным технологиям нами разработаны дополнения в учетную форму ф. 7у, утвержденную Приказом МЗ РК «Отчет о больных о заболеваниях злокачественными новообразованиями». Следует отметить, что любое изменение рутинных учетно-отчетных форм не может считаться достоверным из-за ошибок их заполнения в течение первых 1-3 лет внедрения. Поэтому, мы эти данные дополнили информацией ТОО «МедИнформ» о результатах скрининга, но и здесь имеется недостаток, т.к. нами было учтено в расчетах общее число поставленных диагнозов ЗНО в скрининге, т.к. нет учета данных об общем числе впервые выявленных больных с ЗНО. Таким образом, следует отметить, что данный сравнительный анализ является условным, но и в таком виде он дает представление о вкладе каждой организационной технологии выявления ЗНО в общую выявляемость.

Данные по самообращению и оппортунистическому скринингу (когда у пациента выявляется ЗНО при его обращении к врачу по поводу иного заболевания) получены нами путем вычитания из числа впервые выявленных

больных (графа 2 таблицы) числа ЗНО по скринингу (графа 7) и числа лиц с ЗНО, выявленных при профосмотре (графа 5). Причем число ЗНО по скринингу берется в расчет как превышающее, т.к. число больных лиц ЗНО, обнаруженных при скрининге, должно быть несколько меньше с учетом такого явления, как сочетание патологии у одного и того же индивида.

Следует отметить, что в 1990-2005 г. все выявленные случаи ЗНО можно отнести к позиции «самообращение» и «оппортунистический скрининг», когда заболевание выявлялась, в основном уже на поздних стадиях с четкими клиническими проявлениями. Однако, эта информация не нашла отражение в учетной документации.

Таблица 18 – Динамика показателей выявляемости ЗНО в зависимости от условий его выявления в Республике Казахстан за 2015-2017 гг.

Год	Число впервые выявленных больных (по ф.7)	Самообращение и оппортунистический скрининг		Профосмотр (по ф.7)		Скрининг (МедИнформ)	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
2015г.	35231	27495	78,0	4024	11,4	3709	10,5
2016г.	35681	25774	72,2	5704	16,0	4203	11,8
2017г.	34499	25980	75,3	4556	13,2	3963	11,5
В среднем	105411	79249	75,2	14284	13,5	11875	11,3

Как видно из таблицы 18, в среднем при самообращении и оппортунистическом скрининге выявляется 75,2% больных с впервые установленным диагнозом ЗНО, при профосмотре – 13,5% и скрининге – 11,3%. Отсюда можно сделать вывод о низкой эффективности скрининга ЗНО и профилактического осмотра. Однако, надо учесть, что контингент обращающихся резко отличаются друг от друга, в первом случае - это контингент с определенными признаками онкологического заболевания, т.е. лица с «предварительным» отбором, требующие целенаправленные диагностические исследования, во втором случае – это контингент преимущественно с неонкологической патологией, и в третьем случае – это группа с определенными факторами риска, поэтому целенаправленная работа со второй и третьей группой населения должна обеспечить, прежде всего, раннюю выявляемость ЗНО.

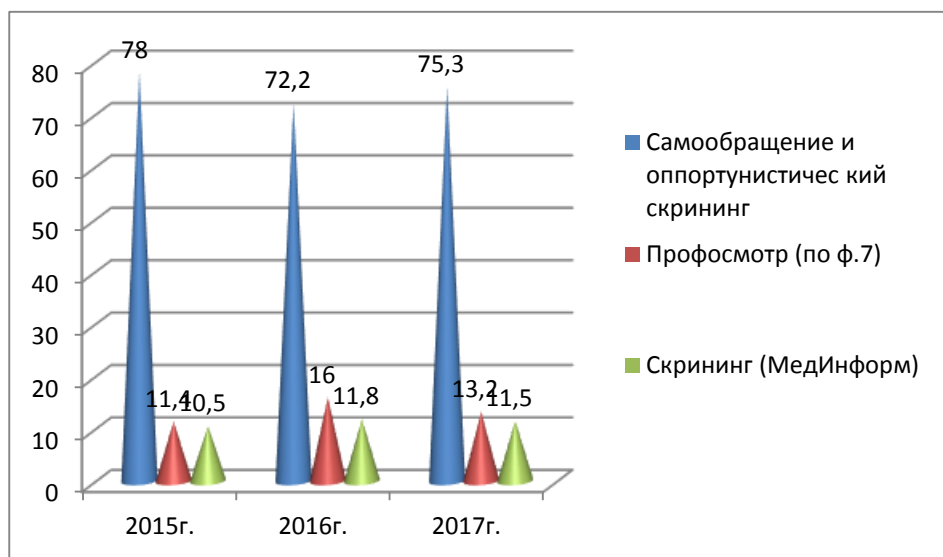


Рисунок 11 – Показатели выявляемости ЗНО в зависимости от условий его выявления в Республике Казахстане за 2015-2017 гг.

Частота визуальных форм онкопатологии в структуре зарегистрированных случаев ЗНО в Республике Казахстан в 2017 г. (таблица 19) в целом по данным статистической формы ф.7 подтверждает эту гипотезу.

Таблица 19 – Частота визуальных форм онкопатологии в структуре зарегистрированных случаев ЗНО в РК в 2017 гг.

Группа ЗНО	Число первичных больных с ЗНО	Самообращение	Профосмотр	Скрининг
ЗНО в целом	34499	25965	4556	1670
ЗНО визуальной локализации (абс)	15534	10457	2677	1388
ЗНО визуальной локализации (%)	45,0	40,3	58,8	83,1

Следует подчеркнуть, что современные организационные технологии ориентируются не на охват всего населения профилактическими мероприятиями, а на выявление социально-значимой патологии (онкоскрининг) только в группах риска.

В целях сравнительной оценки, нами проанализированы показатели выявляемость визуальных форм (рак+предрак РШМ) у женщин профилактических и скрининговых осмотрах (таблица 20).

Таблица 20 – Сравнительные показатели выявляемость визуальных форм (рак+предрак РШМ) у женщин профилактических и скрининговых осмотрах (в %).

№ пп	Области и города	2015		2016		2017	
		Проф-осмотры	Онко-скрининг	Проф-осмотры	Онко-скрининг	Проф-осмотры	Онко-скрининг
1	Акмолинская	2,28	3,40	1,79	3,6	5,08	5,0
2	Актюбинская	2,83	2,13	2,32	1,7	2,4	1,9
3	Алматинская	1,63	4,72	1,03	4,7	5,66	5,2
4	Атырауская	4,86	2,14	8,09	3,3	6,98	3,8
5	Восточно-Казахстанская	2,95	3,42	3,52	2,8	3,49	2,4
6	Жамбылская	1,43	5,69	1,44	4,6	2,06	3,0
7	Западно-Казахстанская	2,34	4,68	3,46	7,5	3,66	5,5
8	Карагандинская	3,76	2,28	5,03	4,2	6,47	2,9
9	Костанайская	2,11	3,14	2,35	13,7	2,68	5,1
10	Кызылординская	10,1	7,35	9,0	8,7	5,03	8,2
11	Мангистауская	1,06	2,06	1,04	2,5	0,83	2,9
12	Павлодарская	2,75	9,80	3,66	5,7	2,25	6,0
13	Северо-Казахстанская	3,55	1,42	3,76	2,0	1,86	1,3
14	Южно-Казахстанская	3,75	8,18	4,51	4,0	0,97	2,4
15	г. Астана	2,3	5,23	2,23	8,7	1,93	5,9
16	г. Алматы	10,6	8,18	11,68	9,3	11,55	8,7
17	Республика Казахстан	3,8	5,11	3,96	5,7	4,49	4,7

Полученные данные показали, что в 2015г. и 2016 г. показатели выявляемости ЗНО и предраковых заболеваний визуальной локализации при скрининговых осмотрах были достоверно выше, чем при профилактических (2015г: 5,1% и 3,8%; 2016г. – 5,7% и 3,96% соответственно), а в 2017 году существенных различий не обнаружено. На уровне областей эти показатели носили разноречивый характер: в 2015 году в 6-ти (43,7%) областях показатели выявляемости при онкоскрининге были ниже, чем в профилактических осмотрах, в 4-х – выше на 35-180%, а в 6-ти - выше более 2-х раз. В 2016 и 2017 годах эта тенденция сохранилась с некоторыми колебаниями.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что показатели выявляемости ЗНО и предраковых заболеваний визуальной локализации при скрининговых осмотрах были выше, чем при профилактических, но оба метода являются основными инструментами для выявления ЗНО в ранних стадиях.

Для оценки вклада профилактических и скрининговых осмотров в ранней диагностике онкологических патологии, нами определены доля выявленных случаев ЗНО визуальной локализации при профилактических и скрининговых осмотрах в общем количестве и структура первично установленных случаев

злокачественных новообразований. На уровне деятельности СК по раннему выявлению злокачественных новообразований и предраковых заболеваний, нами проведен анализ удельного веса выявленных случаев ЗНО в женских смотровых кабинетах за 2015-2019 годы (таблица 21).

Выявлено, что, за указанный период в целом по республике и на уровне территории доля выявленных случаев ЗНО в смотровых кабинетах в общем количестве случаев стабильно увеличивалось. Так по республике общее количество выявленных случаев увеличилась более 2,5 раза, доля в общем показателе (с 2,62% до 7,27%) - 2,9 раза. На уровне областей показатели профилактических осмотров условно отнесены в три группы.

I группа – территории с удельным весом выявляемости до 3%;

II группа - территории с удельным весом выявляемости от 4 до 6%;

III группа - территории с удельным весом выявляемости выше 6%;

Количество областей вошедших в первую группу уменьшились с 12 (75%) с 2015 году до трех (18,7%) в 2017 году, во второй группе наблюдалось увеличение к 2017 году до 8 (50%) с некоторым уменьшением к 2019 году до 6 (35,3%), в третьей группе наблюдалось более интенсивный рост – с одной в 2015 году до 8 (47%) в 2019 году. Таким образом, можно сделать вывод о существенном вкладе профилактических осмотров в раннем выявлении ЗНО. Можно ожидать более высокой результативности при переводе работу смотровых кабинетов в две смены повсеместно и постоянном повышении квалификации медицинских работников по онкологической настороженности

Для оценки влияния профилактических и скрининговых осмотров в ранней диагностике онкологических заболеваний нами анализированы показатели структуры ЗНО по стадиям за период 2005-2019 годы с определением среднестатистических данных по 5-летним периодам (таблица 22).

Таблица 21 – Выявляемость рака при профосмотрах к числу первично выявленных больных (на примере РШМ)

№ № пп	Области и города	2015			2016			2017			2018			2019		
		вперв ые	абс.	%	вперв ые	абс.	%	вперв ые	абс.	%	впервы е	абс.	%	впервы е	абс.	%
1	Акмолинская	1807	49	2,71	1750	58	3,31	1804	70	3,88	1724	77	4,46	1752	85	4,85
2	Актюбинская	1467	15	1,02	1436	9	0,63	1556	36	2,31	1489	40	2,68	1540	44	2,58
3	Алматинская	3531	48	1,36	2699	119	4,41	2613	126	4,82	2584	139	5,38	2626	153	5,82
4	Атырауская	872	25	2,87	812	28	3,45	831	38	4,57	801	42	5,24	821	46	5,60
5	Восточно- Казахстанская	4206	49	1,17	3893	189	4,85	3959	210	5,30	3863	232	6,00	3877	256	6,6
6	Жамбылская	1574	18	1,14	1552	45	2,90	1566	105	6,70	1509	118	7,82	1458	130	8,92
7	Западно- Казахстанская	1469	27	1,84	1386	46	3,32	1319	102	7,73	1287	112	8,7	1358	123	9,05
8	Карагандинская	3789	300	7,92	3781	346	9,15	3614	568	15,72	3421	625	18,27	3679	688	18,7
9	Кызылординская	1057	25	2,37	1163	23	1,98	1110	35	3,15	1099	39	3,55	1192	43	3,61
10	Костанайская	2607	94	3,61	2526	180	7,13	2446	280	11,44	2301	308	13,38	2471	339	13,72
11	Мангистауская	746	11	1,47	841	7	0,83	839	90	10,73	855	99	15,57	851	109	12,81
12	Павлодарская	2250	35	1,56	2281	55	2,41	2326	53	2,28	2293	58	2,53	2264	64	2,82
13	Северо- Казахстанская	1932	47	2,43	1847	60	3,25	1703	60	3,52	1633	66	4,04	1670	73	4,37
14	Южно- Казахстанская	3047	123	4,04	2992	10	0,33	3003	144	4,80	-	-	-	-	-	-
15	Туркестанская	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1121	89	7,94	1134	98	8,64
16	г.Шымкент	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1782	69	3,87	1779	76	4,27
17	г. Астана	4373	15	0,34	4918	23	0,47	4026	18	0,45	3723	20	0,53	3951	22	0,55
18	г. Алматы	1711	73	4,27	1804	92	5,10	1784	111	6,22	1706	122	7,15	1735	134	7,72
19	Республика Казахстан	36438	954	2,62	35681	1290	3,62	34499	2046	5,93	33191	2255	6,79	34158	2483	7,27

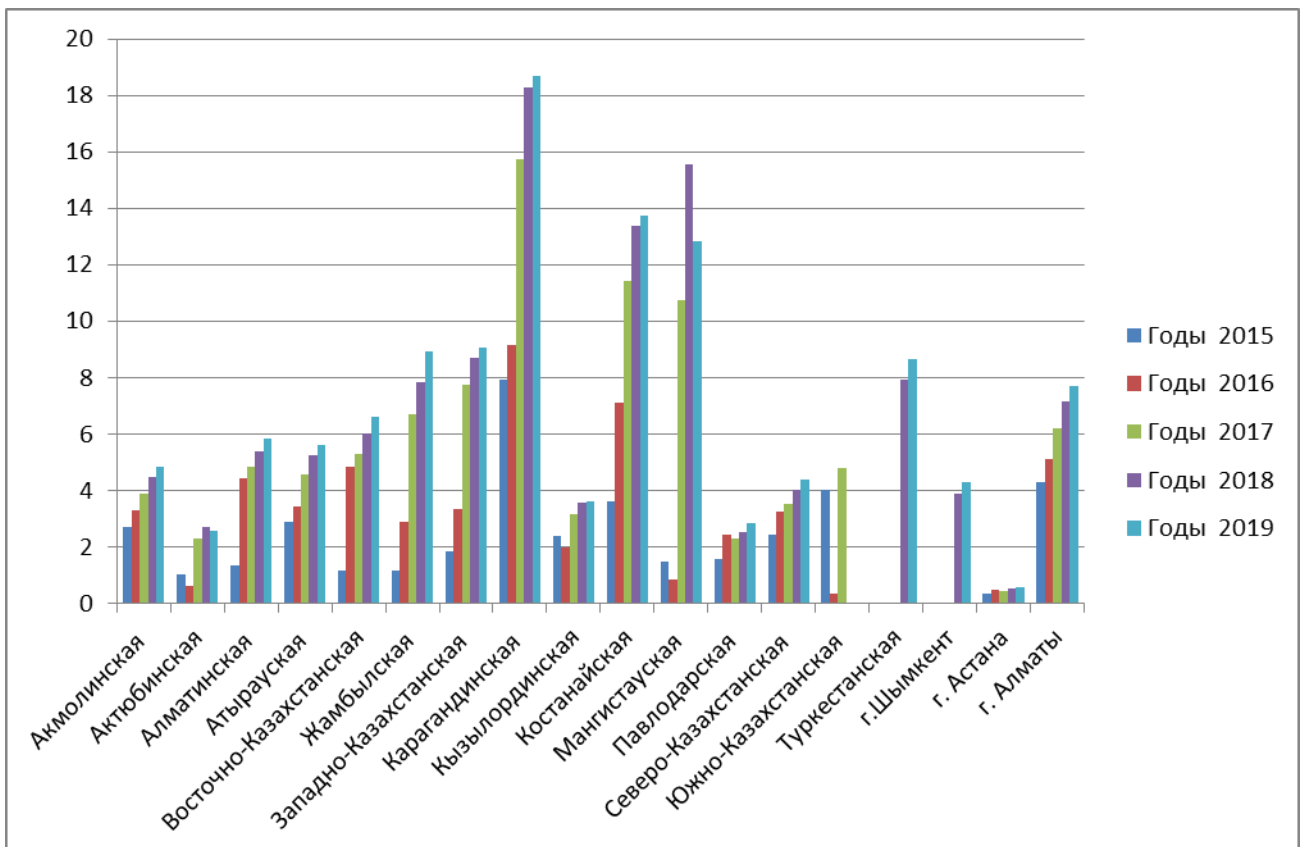


Рисунок 12 – Выявляемость рака при профосмотрах к числу первично выявленных больных (на примере РШМ).

Таблица 22 – Показатели выявляемости ЗНО за 2005-2019 годы по стадиям ЗНО (в %).

	2005-2009			2010-2014			2015-2019		
	Стадии			Стадии			Стадии		
	I-II	III	IV	I-II	III	IV	I-II	III	IV
	M±m	M±m	M±m	M±m	M±m	M±m	M±m	M±m	M±m
Акмолинская	37,58±3,78	39,76±4,20	19,46±1,43	45,10±3,40	33,55±2,78	18,02±0,74	55,75±0,88	25,88±2,49	17,1±4,11
Актюбинская	39,98±6,13	40,42±5,85	15,76±0,63	55,90±3,11	28,45±1,62	11,94±1,83	61,57±1,49	24,13±1,28	14,5±5,91
Алматинская	42,04±2,23	39,78±2,68	12,48±2,02	47,24±3,16	34,04±4,93	13,08±1,34	59,81±3,16	24,08±1,45	14,4±5,35
Атырауская	40,78±6,70	41,6±5,80	14,18±3,03	53,72±2,32	32,68±2,21	11,00±0,66	61,58±3,34	26,49±2,63	11,7±8,16
ВКО	52,02±5,69	24,66±3,57	16,34±0,61	57,82±3,28	21,29±1,67	15,27±1,50	62,31±0,57	18,97±1,27	14,1±2,44
Жамбылская	35,82±5,50	44,26±3,59	15,00±2,18	49,20±6,72	34,29±7,24	10,37±0,29	57,92±2,01	26,86±1,10	12,6±7,35
ЗКО	43,46±1,22	37,12±1,45	15,94±0,91	51,06±4,99	34,64±3,31	10,89±1,67	59,28±1,60	28,79±0,71	11,8±9,80
Карагандинская	41,58±3,23	33,24±3,93	22,46±1,18	50,35±5,42	26,53±2,67	21,18±2,93	58,83±2,21	24,69±3,18	17,5±5,11
Кызылординская	39,66±2,66	34,84±4,60	16,70±1,89	44,73±2,25	33,46±2,23	14,08±0,13	56,59±3,69	26,37±5,46	12,3±9,85
Костанайская	41,78±3,08	29,3±1,59	19,18±1,86	48,53±4,68	29,51±2,77	13,31±2,92	57,10±2,75	23,29±1,79	13,5±5,99
Мангыстауская	37,62±7,73	43,32±6,58	11,68±3,71	50,12±4,90	31,26±4,85	12,12±1,83	56,14±3,58	29,00±2,69	14,7±9,73
Павлодарская	44,44±3,25	30,84±3,59	21,58±1,08	54,38±4,44	23,90±1,91	18,84±3,16	61,90±1,05	23,28±0,43	14,4±5,39
СКО	43,68±3,05	36,22±1,56	15,26±1,59	51,69±4,07	31,49±2,98	13,40±0,53	65,05±4,67	18,65±4,08	12,1±2,80
ЮКО	43,16±2,88	39,5±3,13	14,50±0,79	46,03±1,63	38,27±2,61	13,70±1,65	-	-	-
Туркестанская	-	-	-	-	-	-	53,30±28,93	28,13±15,82	18,1±8,85
Г. Шымкент	-	-	-	-	-	-	63,57±33,40	22,33±16,17	14,2±7,13
г. Алматы	51,44±3,24	37,46±1,65	9,00±0,77	58,44±2,45	32,21±1,99	8,09±1,26	64,96±1,44	24,47±1,02	11,5±7,35
г. Астана	41,78±2,86	37,44±4,12	14,00±2,04	51,88±3,68	27,35±3,80	12,80±1,95	59,81±3,26	21,28±1,45	14,5±3,61
Республика Казахстан	44,2±2,75	35,12±2,41	16,22±0,54	51,55±3,37	30,04±2,34	14,76±2,10	59,51±1,47	24,41±1,04	14,2±5,83

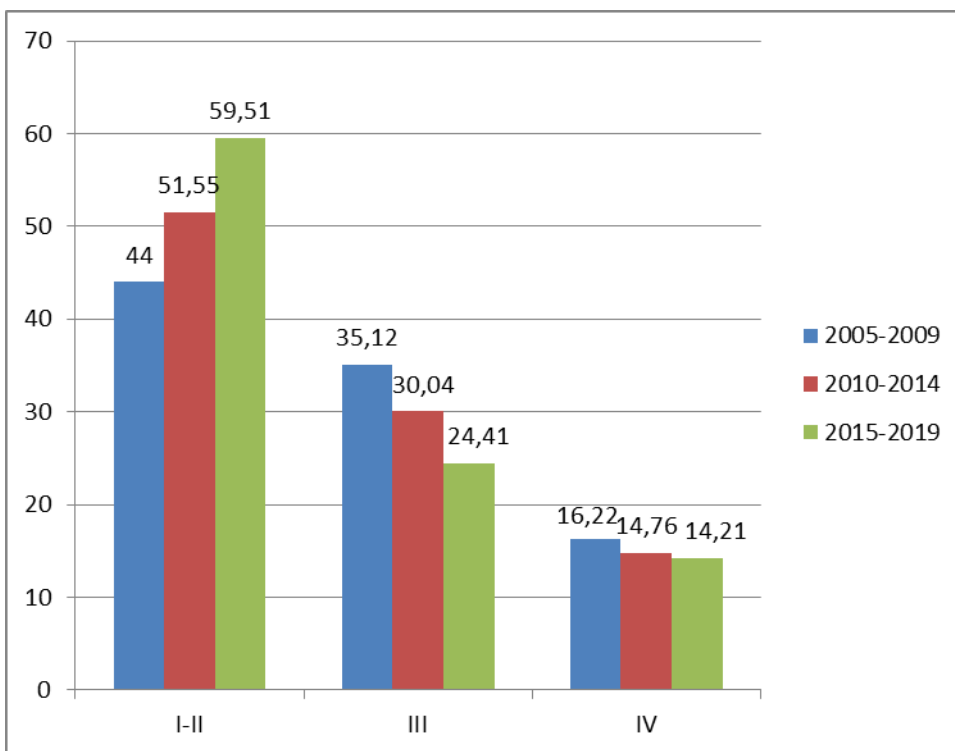


Рисунок 13 – Показатели выявляемости ЗНО за 2005-2019 годы по стадиям ЗНО

Установлена положительная тенденция с структуре ЗНО в сторону увеличения доли выявленных в I-II стадии с 44,2% (2005-2009гг) до 59,5% (2015-2019гг), уменьшения доли больных с IV – стадией с 16,2% (2005-2009гг) до 5,8% (2015-2019гг). На уровне областей наблюдались также положительные неравномерные тенденции с увеличением доля больных в I-II стадии: от 55,1% (Акмолинская) до 65,1% (СКО). Только в одной, Южно-Казахстанской (с разделением на Туркестанскую область и г. Шымкент), наблюдаось снижение показателя выявляемости в I-II стадии с 43,2% до 33,3%. По показателям выявляемости больных с ЗНО в I-II стадии выше республиканского были в Акмолинской, Актюбинской, Атырауской, Восточно-Казахстанской, Павлодарской, Северо-Казахстанской областях и в г. Алматы, а в запущенных стадиях более лучшие, по сравнению с среднереспубликанским, были Акмолинской, Атырауской, Восточно-Казахстанской, Карагандинской, Павлодарской, Северо-Казахстанской областях и в г. Астане.

Таким образом, можно говорить о том, что эффективность внедрения программ профилактических осмотров и скрининга ЗНО стабилизировался, и для дальнейшего улучшения этого показателя необходимо внедрять новые программы онкоскрининга (не входящие в скрининг другие виды ЗНО) или улучшать качество имеющихся программ онкоскрининга либо внедрять иные технологии раннего выявления (новые методы диагностики или новые технологии организации раннего выявления).

5 ОРГАНИЗАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ СМОТРОВОГО КАБИНЕТА С РАСШИРЕННЫМ ФУНКЦИОНАЛОМ ДЛЯ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ОНКОПАТОЛОГИИ НА УРОВНЕ ПМСП

5.1 Особенности нормативно-правового регулирования различных видов медосмотра

Обязательные медицинские осмотры регламентированы Приказом Министра национальной экономики РК №128 от 24.02.15 г. «Об утверждении Правил проведения обязательных медицинских осмотров» и включают предварительные (при поступлении на работу/ учебу) и периодические (регулярное обследование здоровья декретированных групп населения).

Скрининг в РК регламентируется Приказом МЗ РК №685 от 10.11.09 г. "Об утверждении Правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения" (с изменениями и дополнениями согласно Приказу №995 от 10.11.17 г.).

В Казахстане раннее выявление онкопатологии является одной из задач профосмотра в системе диспансеризации населения. В настоящее время пересматриваются принципы формирования целевых групп, совершенствуется алгоритм этапности обследования и внедряется е-обеспечение этого процесса. При этом программа обязательного скринингового обследования включает комплекс мер популяционной и селективной стратегий профилактики. На 1-ом этапе скрининговой программы обследования населения максимально исключено проведение специальных исследований, основное внимание сосредоточено на выявлении факторов риска и первичной группировке популяции (практически здоровые лица, лица с документально установленным диагнозом и лица, нуждающихся во врачебном осмотре). На 2-ом этапе проводится первичное общее медицинское обследование всех лиц. На 3-ем этапе проводится специализированное консультирование лиц. Особенности разработанной программы скрининга является то, что при ее реализации больные с документированным диагнозом и не нуждающиеся в дополнительном обследовании не направляются на дополнительное обследование, а сразу берутся под динамическое наблюдение.

Так, в 2017 г. МЗ РК внесены следующие изменения и дополнения в Правила проведения скрининговых осмотров (Приказ МЗ РК №995 от 25.12.17г.):

- сокращены виды скрининга: исключены гепатоцеллюлярный рак, РПЖ, РПиЖ;
- расширены возрастные группы скрининга и изменена периодичность обследования:

РШМ проходят женщины в возрасте 30-70 лет с периодичность 1 раз в 4 года (ранее было 30-60 лет с периодичностью 1 раз в 5 лет);

РМЖ: 40-70 лет с периодичностью 1 раз в 2 года (ранее было 50-60 лет, не состоящие на диспансерном учете по поводу полипоза, рака толстой кишки).
КРР не изменился: мужчины и женщины в возрасте 50-70 лет, не состоящие на

Д-учете по поводу полипоза и рака толстой кишки.

Профилактические осмотры населения ранее регламентировались Приказом Агентства РК по делам здравоохранения №853 от 27.12.00 г. "О профилактике заболеваний и динамическом медицинском наблюдении за отдельными категориями больных". Данный Приказ отменен Приказом №685, т.е. фактически профосмотры всего населения отменены, в т.ч. в рамках диспансеризации, в т.ч. для пациентов с ХНЗ. Однако, в отдельных приказах, регламентирующих деятельность отдельных специализированных служб (акушерско-гинекологическая, хирургическая и др.), имеются небольшие указания на обязательность профосмотра и установлена регулярность профосмотра для определенных групп в рамках диспансеризации, которая официально отменена.

Также следует отметить, что, несмотря на отсутствие основного регламентирующего документа (приказ о диспансеризации) термины «диспансеризация», «диспансерные группы» и «диспансерное наблюдение» упоминаются в вышеупомянутых приказах по отдельным специализированным службам. Т.е. несмотря на официальное отсутствие процесса диспансеризации в Республике Казахстан, на практике ею пользуются все врачи и ПМСП, и больничного сектора и реабилитационных служб.

В нашем исследовании под профосмотрами подразумеваются осмотры первично обратившихся лиц из числа прикрепленного населения в СК, что ранее было регламентировано Приказом МЗ РК №452 от 02.08.13 г. «Об утверждении стандарта организации оказания онкологической помощи населению РК» где указано, что одной из основных задач СК является обязательный профилактический осмотр всех женщин и мужчин, обратившихся впервые в течение года в АПО, независимо от возраста и характера заболевания, в целях раннего выявления хронических, предопухолевых заболеваний и злокачественных новообразований.

Следует отметить, что во многих АПО установленные АИС учитывают обязательность профосмотра первичных пациентов, так врач не может заполнить электронную карту пациента, если тот не посетил СК и не прошел флюорографическое обследование.

Таким образом, в Республике Казахстане, реализуются следующие виды профосмотров:

- 1) обязательные медосмотры декретированных групп населения;
- 2) скрининг (профосмотры целевых групп населения);
- 3) профосмотр первично обратившихся в АПО/МО пациентов.

Следует отметить, в смотровых кабинетах проводятся начальные этапы всех видов медосмотра – обязательный медосмотр (обязательные и периодические), профилактический осмотр (первичных пациентов), первый этап скрининга (анкетирование для выявления факторов риска, оценка физического развития, цитологическое исследование мазка из шейки матки).

В таблице 23 представлены результаты внутреннего анализа 3-х приказов по определению особенностей и цели различных организационных видов медосмотра.

Формулировки видов осмотра (таблица 23) в приказах (графа 3), на наш взгляд, имеют небольшие недостатки по расставлению акцентов, также из формулировок можно убрать общую подцель «для профилактики заболеваний», т.к. вся отечественная система здравоохранения направлена на профилактику, в т.ч. сеть организаций здравоохранения, все специализированные службы, процессы лечения и реабилитации и т.д. Поэтому выделять, что только медосмотры направлены на профилактику - не имеет смысла. Более логичней и целенаправленнее следует выделить конечную цель медосмотров в виде «для определения пригодности к чему-либо (к примеру, уровня здоровья) и выявления болезней (к примеру, общих, инфекционных, генетических, профессиональных и др.). Мы предлагаем следующие лаконичные и простые формулировки этих видов медосмотров:

«Предварительные медосмотры – обязательные медосмотры лиц при поступлении на учебу/работу с целью определения пригодности к выполнению обязанностей по учебе/профессии.

Периодические медосмотры – обязательные медосмотры лиц декретированных групп населения с целью своевременного выявления начальных признаков профессиональной патологии, ХНЗ и инфекционных/паразитарных заболеваний.

Скрининговые медосмотры - обязательные медосмотры лиц определенных групп населения согласно перечню уполномоченного органа с целью своевременного выявления определенного вида заболеваний.

Таблица 23 – Внутренний анализ 3-х приказов по определению особенностей и цели различных видов медосмотра

№	Организационный видосмотра	Формулировка вида осмотра в приказе	Цель осмотра	Группа охвата населения	Способ выборки группы для осмотра	Нормативный документ
1	Обязательный медосмотр	<i>Предварительные медосмотры</i> – обязательные медосмотры, которые проводятся при поступлении на работу или учебу с целью Выяснения пригодности к выполнению обязанностей по профессии или учебе, а также предупреждения общих и профессиональных заболеваний. <i>Периодические медосмотры</i> – обязательные медосмотры, которые проводятся с целью Обеспечения динамического наблюдения за Состоянием здоровья, своевременного установления начальных признаков заболеваний, предупреждения и нераспространения общих, профессиональных, инфекционных и паразитарных заболеваний.	1) для определения пригодности к учебе или работе по профессии для предупреждения ХНЗ и профессиональных заболеваний; 2) для своевременного выявления начальных признаков профпатологии, предупреждения и нераспространения инфекционных/ паразитарных заболеваний	Декретированные группы населения	<u>Выборочный</u> (определенные профессиональные группы) и <u>сплошной</u> (вся профессиональная группа без исключений)	Приказ МНЭ РК №128 от 24.02.15г.
2	Скрининговый осмотр	Профилактические медосмотры, проводимые среди целевых групп населения, направленные на выявление заболеваний на ранних стадиях и предупреждение развития заболеваний, факторов риска, способствующих возникновению заболеваний, формирование и укрепление здоровья населения	Для выявления определенных заболеваний (по перечню нозологий) на ранних стадиях	Целевые группы населения	<u>Выборочный</u> (половозрастные группы) и <u>сплошной</u> (вся половозрастная группа без исключений)	Приказ МЗ РК №685 от 10.11.09г.
3	Профосмотр	Обязательный профосмотр всех женщин и мужчин, обратившихся впервые в течение года в АПО, независимо от возраста и характера заболевания, в целях раннего выявления ХНЗ, предопухолевых заболеваний и ЗНО	Для выявления ХНЗ, предопухолевых заболеваний и ЗНО	Первично обратившиеся в АПО пациентов	<u>Выборочный 11</u> (только те, кто обратился впервые в данном году в АПО)	Приказ МЗ РК №452 от 02.08.13г.

Профилактические осмотры – обязательные медосмотры всех лиц, обратившихся впервые в течение года в АПО с целью своевременного выявления социально-значимой патологии (т.е. ХНЗ, предопухолевых заболеваний и ЗНО)».

Группы охвата населения (таблица 23) сформулированы в приказе четко, так, выделены группы населения для:

1) обязательных медосмотров - декретированные группы населения (хотя в приказе они упоминаются только в разделе общих терминов и далее в приказе вообще не упоминаются);

2) скрининговых медосмотров - целевые группы населения (не обязательно указывать, что поло-возрастные группы, т.к., к примеру, при скрининге ГЦР это была группа больных с гепатитами, а в дальнейшем, возможно, это будут именно группы риска по той или иной патологии, а не вся поло-возрастная группа, т.е. селективный скрининг);

3) профилактических осмотров - первично обратившиеся в АПО пациенты (в рамках страховой медицины возможно это будут все застрахованные лица с обязательством ежегодного прохождения профосмотра, как это принято в США).

Способ выборки группы для различных видов медосмотра нами выделен в графе 6 таблицы 24, это или выборочный или сплошной, или их сочетание.

В таблице 24 представлены результаты внутреннего анализа 3-х приказов по определению объема обследований в СК в рамках различных видов медосмотра.

В приказе МНЭ РК №128 от 24.02.15г. обязательный медосмотр в СК включает обобщенную формулировку «лабораторные и функциональные исследования», иногда уточняющие, какие именно исследования (к примеру, флюорография, на яйца гельминтов; на сифилис). Но четкого перечня всех исследований и показаний к ним в приказе нет. Соответственно нет и четкого перечня объема исследований в СК (а также перечня врачебных осмотров и функциональных исследований).

В приказе №452 от 02.08.13 г. в перечне обследований для ЖСК нет измерения антропометрических показателей, а также пульса и АД. И это объяснимо, поскольку задачи СК представлены только в этом приказе по организации онкослужбы. В перечне обследований для ЖСК нет измерения пульса и АД.

В приказе №685 от 10.11.09 г. (таблице 24) выявлены следующие недостатки для скрининга:

Таблица 24 – Внутренний анализ 3-х приказов по определению объема обследования в СК при различных видах медосмотра

Смотровые кабинеты: виды медосмотров	Объем исследований согласно регламенту	Используемые шкалы для определения группы риска	Замечания к формулировке объема исследований в действующем регламентирующем приказе	Рекомендуемая формулировка «Объем исследований»
1	2	3	4	5
Обязательный медосмотр	1) лабораторные и функциональные исследования: на яйца гельминтов; сифилис; 2) сбор результатов флюорографии	Нет	Нет четкого перечня объема исследований в СК (а также перечня врачебных осмотров и функциональных исследований).	<p>ОБЩИЕ:</p> <p>1) сбор анамнеза, анкетирование на наличие факторов риска (в т.ч. профессиональных факторов риска)</p> <p>2) антропометрические: измерение роста и веса</p> <p>3) измерение пульса и АД</p> <p>4) общие методы осмотра и пальпации: кожных покровов и видимых слизистых оболочек, щитовидной железы, периферических лимфатических узлов,</p> <p>5) специальные методы осмотра гендерных групп: грудных/молочных желез; шейки матки и придатков, наружных мужских половых органов;</p> <p>*Для процедурного кабинета:</p> <p>6) обязательные лабораторные исследования: ОАК, ОАМ, реакция Вассермана.</p> <p>*Для рентген кабинета:</p> <p>7) флюорография легких</p> <p>СПЕЦИАЛЬНЫЕ для обязательного медосмотра:</p> <p>8) специальные лабораторные исследования (в зависимости от профессии): возбудителей кишечных инфекций (дизентерии; сальмонеллеза; брюшного тифа; паратифов А и В), патогенного стафилококка; ВИЧ 1, 2; вирусного гепатита В и С.</p>
ЖСК: профосмотр	3) пальпация периферических		Нет измерения пульса и АД.	3) измерение пульса и АД 4) общие методы осмотра и пальпации: кожных

Продолжение таблицы

1	2	3	4	5
	<p>Лимфатических узлов, 3) осмотр видимых слизистых оболочек; 4) осмотр и пальпация молочных желез; 5) осмотр шейки матки на зеркалах со взятием мазков на цитологическое исследование, бимануальное обследование матки, придатков; 6) пальцевое исследование прямой кишки</p>		<p>Нет измерения антропометрических показателей.</p>	<p>покровов и видимых слизистых оболочек, щитовидной железы, периферических лимфатических узлов, 5) специальные методы осмотра гендерных групп: - осмотр и пальпация молочных желез; - осмотр шейки матки на зеркалах со взятием мазков на цитологическое исследование, бимануальное обследование матки, придатков; *Для <i>процедурного кабинета</i>: 6) обязательные лабораторные исследования: ОАК, ОАМ, реакция Вассермана. *Для <i>рентген кабинета</i>: 7) флюорография легких СПЕЦИАЛЬНЫЕ для профосмотра: 8) пальцевое ректальное исследование</p>
<p>МСК: профосмотр</p>	<p>1) осмотр кожных покровов и видимых слизистых оболочек, периферических лимфоузлов, 2) осмотр и пальпация грудных желез, 3) осмотр и пальпация наружных половых органов (половой член, органы мошонки – яички и придатки яичек), 4) пальцевое ректальное исследование прямой</p>	<p>Нет</p>	<p>Нет измерения пульса и АД.</p>	<p>ОБЩИЕ: 1) сбор анамнеза, анкетирование на наличие факторов риска (в т.ч. профессиональных факторов риска) 2) антропометрические: измерение роста и веса 3) измерение пульса и АД 4) общие методы осмотра и пальпации: кожных покровов и видимых слизистых оболочек, щитовидной железы, периферических лимфатических узлов, 5) специальные методы осмотра гендерных групп: - осмотр и пальпация грудных желез, - осмотр и пальпация наружных половых органов (половой член, органы мошонки – яички и придатки яичек), *Для <i>процедурного кабинета</i>: 6) обязательные лабораторные исследования: ОАК,</p>

Продолжение таблицы

1	2	3	4	5
	кишки с осмотром			ОАМ, реакция Вассермана. *Для рентген кабинета: 7) флюорография легких
	предстательной железы и семяных пузырьков 5) тщательный сбор анамнеза заболевания			СПЕЦИАЛЬНЫЕ для профосмотра: 8) пальцевое ректальное исследование - пальцевое еректальное исследование с пальпацией предстательной железы
Скрининг на раннее выявление поведенческих факторов риска (избыточная массатела, ожирение, физическая активность, курение, потребление алкоголя вопасныхдозах)	1) антропометрические измерения (вес, рост, объем талии), расчет индекса Кетле; 2) опрос по скрининг- тесту (пункты 11-35, формы № 025-08/у;	Нет	Можно не выделять в виде отдельного вида скрининга, а включить в ОБЩИЕ методы обследования пациента и проводить при всех 3-х видах медосмотров, а данные представить в учетной документации в виде таблицы с разбивкой по годам в динамике.	
Скрининг РМЖ	Нет задач для СК в приказе	Нет	Нет пунктов анкетирования на выявление факторов риска поРМЖ. Нет осмотра и пальпации молочных желез	ОБЩИЕ: 1) сбор анамнеза, анкетирование на наличие факторов риска 5) специальные методы осмотра гендерных групп: - осмотр и пальпация молочных желез.
Скрининг РШМ	1) осмотр шейки матки в зеркалах; 2) взятие мазков на	Терминологическая система	Нетпунктованкетированиянавыявление факторов риска поРШМ	ОБЩИЕ: 1) сбор анамнеза, анкетирование на наличие факторов риска
	цитологическое исследование (Pap- тест)	Бетесда		5) специальные методы осмотра гендерных групп: - осмотр шейки матки на зеркалах со взятием мазков на цитологическое исследование, бимануальное обследование матки, придатков
Скрининг КРР	проведение гемокульт-теста	Нет	Нет указаний в Приказе №685 от 10.11.09 г.	ОБЩИЕ: сбор анамнеза, анкетирование на наличие факторовриска СПЕЦИАЛЬНЫЕ для профосмотра: пальцевое ректальное исследование взятие мазка на гомокульт тест
Скрининг РПЖ	Нет задач для СК в приказе. Вообще скрининг РПЖ неуказан в приказе.	Нет	Нет указаний в Приказе №685 от 10.11.09 г.	ОБЩИЕ: 1) сбор анамнеза, анкетирование на наличие факторов риска 5) специальные методы осмотра гендерных групп:

Как видно из таблицы 24, объем профосмотра в СК согласно Приказу МЗ РК №452 различается для женщин и мужчин. Также следует отметить, что объем исследований по этим 2-м группам не синхронизирован (общие пункты должны быть идентичными и располагаться в идентичном порядке), а также отсутствуют некоторые обязательные пункты, по которым работают специалисты СК.

В графе п.5 таблицы 24 даны наши предложения о том, как должна быть представлена предварительная формулировка объема исследований. Мы предлагаем для синхронизации общих для всех видов медосмотра исследований и специальных разделить по этим группам (таблицы 25)

Таблица 25 – Рекомендуемая схема видов обследования в СК при различных видах медосмотра

<i>СК: виды медосмотров</i>	<i>Рекомендуемая формулировка «Объем исследований для СК»</i>	<i>В т.ч. ОБЩИЕ исследования</i>	<i>В т.ч. СПЕЦИАЛЬНЫЕ исследования</i>
Обязательный медосмотр	ОБЩИЕ + СПЕЦИАЛЬНЫЕ для обязательного медосмотра	1) сбор анамнеза, анкетирование на наличие факторов риска (в т.ч. профессиональных факторов риска); 2) антропометрические: измерение роста и веса; 3) измерение пульса и АД; 4) общие методы осмотра: пальпации: кожных покровов и видимых слизистых оболочек, щитовидной железы, периферических лимфатических узлов,	СПЕЦИАЛЬНЫЕ для обязательного медосмотра: 1) специальные обязательные лабораторные исследования (в зависимости от профессии): возбудителей кишечных инфекций (дизентерии; сальмонеллеза; брюшного тифа; паратифов А и В), патогенного стафилококка; ВИЧ 1, 2; вирусного гепатита В и С. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ для обязательного медосмотра: 1) дополнительные лабораторные исследования – по показаниям 2) дополнительные инструментальные исследования – по показаниям
ЖСК: профосмотр	ОБЩИЕ + СПЕЦИАЛЬНЫЕ для профосмотра	5) специальные методы осмотра гендерных групп: грудных/молочных желез; шейки матки и придатков, наружных мужских половых органов; Дополнения: *Для процедурного кабинета:	СПЕЦИАЛЬНЫЕ для профосмотра: 1) пальцевое ректальное исследование
МСК: профосмотр	ОБЩИЕ + СПЕЦИАЛЬНЫЕ для профосмотра		СПЕЦИАЛЬНЫЕ для профосмотра: 1) пальцевое ректальное исследование с пальпацией предстательной железы
Скрининг РМЖ	ОБЩИЕ	6) обязательные лабораторные исследования: ОАК, ОАМ, реакция	**Пункт 1а идет как дополнение к общим методам исследования: 1а) расчет риска возникновения РМЖ (в литературе есть специальные

Скрининг РШМ	ОБЩИЕ	Вассермана. *Для рентген кабинета: 7) флюорография легких Итого: 7 видов обследования (в т.ч. 5 для СК) для направления пациента к врачу.	шкалы). **Пункт 1а идет как дополнение к общим методам исследования: 1а) расчет риска возникновения РШМ (в литературе есть специальные шкалы).
Скрининг КРР	ОБЩИЕ + СПЕЦИАЛЬНЫЕ Для скрининга		СПЕЦИАЛЬНЫЕ для скрининга: 1) пальцевое ректальное взятие мазка на гомокульттест

По нашему мнению, эта схема отличается четкостью изложения и простотой восприятия. Также, следует отметить, что для СК необходимо расписать цели и задачи, объем исследований, перечень учетной и отчетной документации, необходимого оснащения, в одном приказе по возможности (на сегодняшний день эти требования регламентированы несколькими приказами: штаты в Приказе №238, медоборудование в Приказе №850) и по функциональной подчиненности в Приказе, регламентирующем организационную структуру и деятельность АПО.

Таким образом, подводя итоги объемов работы СК согласно действующим приказам, следует отметить несовершенную регламентированность задач, объема обследования, а также повторяемость многих видов обследования для различных видов медосмотров, что приводит зачастую к их дублированию и недостоверности в медицинской отчетности. Также характерно и непроработанность учетно-отчетной документации.

5.2 Обоснование мероприятий по совершенствованию онкологической помощи на уровне ПМСП

На основе проведенного ретроспективного анализа официальных данных за 2011-2017 гг. выявлены характерные особенности выявляемости ЗНО на уровне ПМСП в Казахстане:

- около половины у всех впервые выявленных больных выявлены визуально - доступные формы ЗНО (45%), в т.ч. при самообращении 40,3%, профосмотре – 58,8% и скрининге –83,1%;
- преобладание выявляемости ЗНО по самообращаемости и низкая частота выявляемости при скринингах и профосмотрах в АПО (75,2%, 13,5% и 11,3%);
- преобладание выявляемости ЗНО на ранних стадиях при скрининге и профосмотрах и низкий уровень при самообращении (83,1%, 75,1% и 55,3%).

Поскольку первый этап всех медосмотров (обязательного, профилактического и скринингового) реализуется в СК, следовательно, возникает вопрос улучшения его работы, в т.ч. по ранней выявляемости ЗНО на ранних стадиях.

Анализ деятельности СК в Республике Казахстан выявил несколько проблем организационного характера:

- дефицит СК, особенно мужских СК;
- дефицит кадров в СК (в равной степени как в ЖСК, так и МСК);
- несовершенство нормативно-правовой базы, регламентирующей деятельность СК, в т.ч. отсутствие алгоритмов работы и стандартов обеспеченности населения СК в целом.

В Стандарте организации оказания онкологической помощи населению РК определены этапность и маршрутизация пациентов с уровня ПМСП и заканчивая госпитализацией в онкологический диспансер (Приказ МЗ РК №452).

Согласно этому документу, раннее выявление визуально-доступных форм онкопатологии на уровне ПМСП не уточнен.

Мы проанализировали *основные задачи СК* (таблица 25).

Таблица 26 – Рекомендуемая схема видов обследования в СК при различных видах медосмотра

	<i>Формулировка по Приказу №452</i>	<i>Рекомендуемая формулировка</i>
1	2	3
1. Задачи ЖСК	<p>1. Специалисты ПМСП участвуют в раннем выявлении ЗН, в том числе при профилактических (скрининговых) осмотрах, осуществляют информационно-образовательную работу среди прикрепленного населения по вопросам онкологической настороженности.</p> <p>2. Профилактические (скрининговые) осмотры на раннее выявление онкологических заболеваний осуществляются в соответствии с приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 10 ноября 2009 года № 685 "Об установлении целевых групп лиц, подлежащих профилактическим медицинским осмотрам, а также правил и периодичности проведения данных осмотров" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 5918)</p>	<p>Проведение профосмотра первично обратившихся в АПО женщин, в том числе:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Проведение скринингового осмотра женщин целевых групп. -Проведение обязательного медосмотра женщин, самостоятельно обратившихся в АПО. <p>1. Направление на консультацию к специалистам/исследования согласно маршрута пациента с онкопатологией:</p> <ul style="list-style-type: none"> -женщин с выявленной общей патологией к врачу соответствующей специальности (гинеколог, маммолог, лор- врач, хирург ит.д.); -женщин с подозрением и с выявленной ЗНО к врачу и онкологу соответствующих специальностей (гинеколог/ онкогинеколог, хирург/онкохирург идр.); -женщин с жалобами на боли и с изменениями в области молочных желез к маммологу и онкологу; -женщин из целевых групп в рентген-маммографический кабинет согласно программе скринингаРМЖ; -всех женщин на флюорографическое исследование в рентген-кабинет <p>3.Направление цитологических материалов в цитологические лаборатории.</p> <p>4.Проведение санитарно-просветительной работы среди женского населения, прикрепленного к поликлинике.</p> <p>5.Регистрация данных (учетность и отчетность).</p> <p>6.Взятие на учет и динамическое наблюдение за лицами с установленным диагнозом</p>

Продолжение таблицы 26

1	2	3
Задачи МСК	<p>1. Специалисты ПМСП участвуют в раннем выявлении ЗН, в том числе при профилактических (скрининговых) осмотрах, осуществляют информационно-образовательную работу среди прикрепленного населения по вопросам онкологической настороженности.</p> <p>2. Профилактические (скрининговые) осмотры на раннее выявление онкологических заболеваний осуществляются в соответствии с приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 10 ноября 2009 года № 685 "Об установлении целевых групп лиц, подлежащих профилактическим медицинским осмотрам, а также правил и</p>	<p>1. Проведение профосмотра первично обратившихся в АПО мужчин, в том числе:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Проведение скринингового осмотра мужчин целевых групп. - Проведение обязательного медосмотра мужчин, самостоятельно обратившихся в АПО. <p>2. Направление на консультацию к специалистам/ исследования согласно маршрута пациента с онкопатологией: - мужчин с выявленной патологией к врачу соответствующей специальности (уролог, хирург ит.д.);</p>
	<p>периодичности проведения данных осмотров" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 5918)</p> <p>Специалисты ПМСП участвуют в раннем выявлении ЗН, в том числе при профилактических (скрининговых) осмотрах, осуществляют информационно-образовательную работу среди прикрепленного населения по вопросам онкологической настороженности.</p> <p>1. Профилактические (скрининговые) осмотры на раннее выявление онкологических заболеваний осуществляются в соответствии с приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 10 ноября 2009 года № 685 "Об установлении целевых групп лиц, подлежащих профилактическим медицинским осмотрам, а также правил и периодичности проведения данных осмотров" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 5918)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - мужчин с подозрением и с выявленной ЗНО к врачу и онкологу соответствующих специальностей (уролог/ онкоуролог и др.); - всех мужчин на флюорографическое исследование в рентген-кабинет; <p>3. Направление цитологических материалов в цитологические лаборатории;</p> <p>4. Проведение санитарно-просветительной работы среди мужского населения, прикрепленного к поликлинике;</p> <p>5. Регистрация данных (учетность и отчетность);</p> <p>6. Взятие на учет и динамическое наблюдение за лицами с установленным диагнозом.</p>

Как уже отмечалось в Приказ №452 задачи СК не включены.

Соответственно, функции СК необходимо прописать и Стандарте и в приказах, регламентирующих деятельность малых субъектов здравоохранения, не имеющих возможности открытия СК вообще, это медицинские пункты (в т.ч. ФП и ФАП) и врачебные амбулатории, исключив пункт 3 о проведении обязательного медосмотра, который проводится только в поликлиниках и КДЦ, имеющих лицензию на этот вид деятельности.

На основе анализа имеющихся проблем онкологической службы на уровне ПМСП нами были разработаны методические рекомендации по организации

работы мужских и женских СК, контрольных чек-листов и мониторинговых таблиц для оценки эффективности деятельности вышеуказанных кабинетов, что позволит повысить эффективность деятельности смотровых кабинетов, активизировать работу по раннему выявлению ЗН на уровне ПМСП.

5.3 Организация работы смотровых кабинетов в амбулаторно-поликлинических организациях

С учетом выявленных ключевых проблем в работе СК нами были разработаны (рисунок 13):

5.3.1. содержание работы СК по раннему выявлению ЗНО: задачи и объем обследований для мужских и женских смотровых кабинетов;

5.3.2. первичная учетная документация и форма отчетности для СК;

5.3.3. мониторинговая таблица для оценки деятельности мужских и женских смотровых кабинетов.

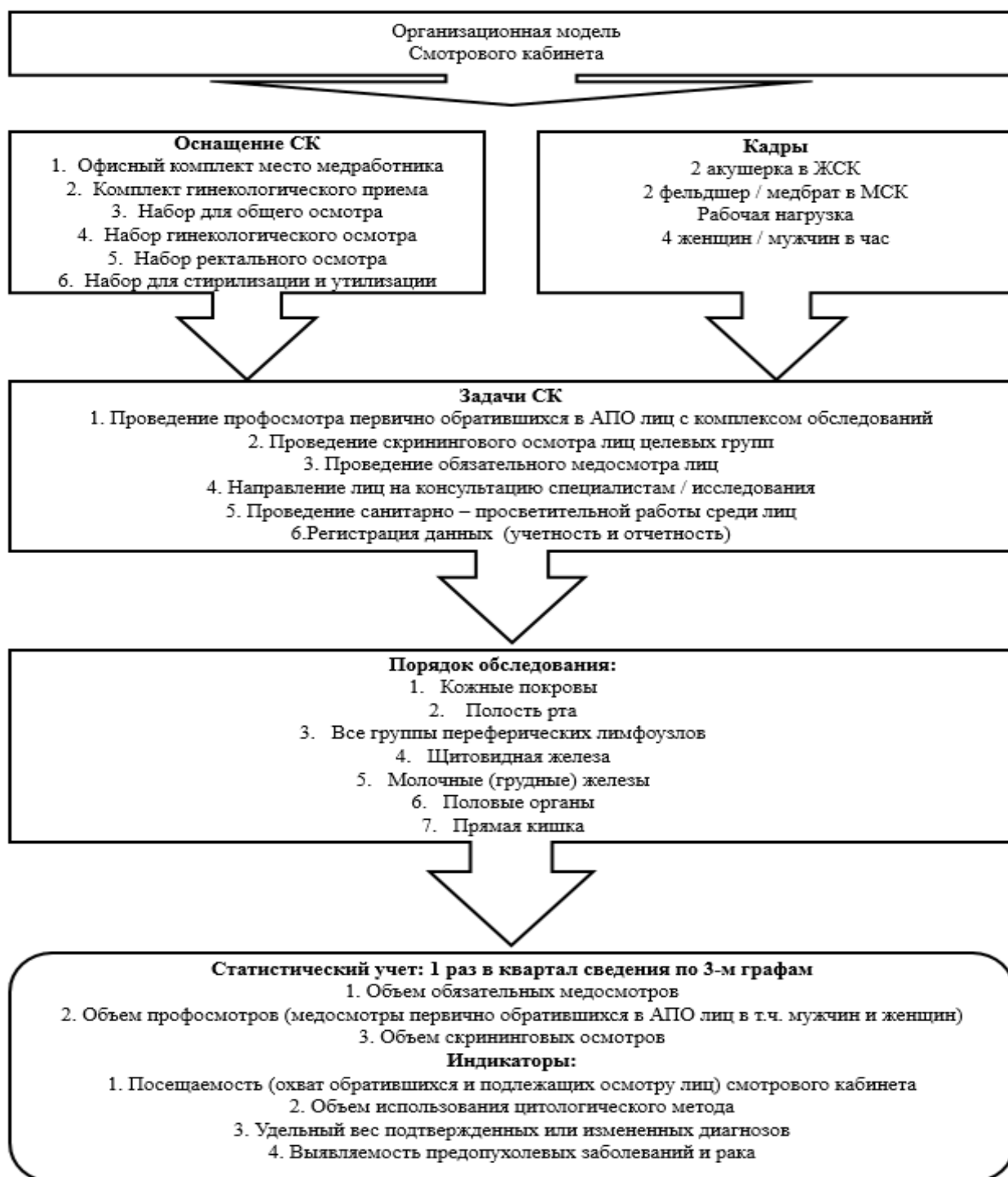


Рисунок 14 – Организационная модель Смотрового кабинета с расширенным функционалом для амбулаторно-поликлинической организации

В 2016 г. нами были разработаны и внедрены во все АПО Республики Казахстан методические рекомендации по организации работы МСК и ЖСК. В этих рекомендациях нами предложен расширенный функционал СК с перечнем всех требований к СК и детальным описанием по перечню объема обследований по выявлению визуально-доступных форм ЗНО.

Одновременно были внедрены в экспериментальном порядке учетно-отчетные форму документации для оценки работы СК. Были внедрены журналы приема в мужских и женских смотровых кабинетах, онколист для отметки о прохождении первично обратившихся в амбулаторно-поликлиническую организацию пациентов. На основании этой документации и были нами собраны данные о результативности скрининговых и профилактических осмотров и оппортунистического скрининга.

Ключевым моментом явилось контроль работы СК по следующим показателям:

1)

$$\text{Посещаемость смотрового кабинета} = \frac{\text{Осмотрено в смотровом кабинете}}{\text{Первично обратившиеся в поликли.}} * 100$$

2) объем использования цитологического метода определяется удельным весом женщин, у которых при осмотре взяты мазки для цитологического исследования к общему числу осмотренных. Этот показатель в известной степени характеризует качество осмотра, т. к. способствует выявлению ранних форм рака шейки матки.

$$\text{Объем использования цитолог метода} = \frac{\text{Кол-во женщин у которых взята цитология}}{\text{Осмотрено в смотровом кабинете}} * 100$$

3) удельный вес подтвержденных или измененных диагнозов служит показателем выявляемости предопухолевых заболеваний и рака.

$$\text{Удельный вес подтвержденных д-зов} = \frac{\text{Подтвержденные диагнозы (узким специалистом)}}{\text{Все выявленные изменения в кабинете}} * 100$$

4) выявляемость предопухолевых заболеваний и рака (%) используется в качестве основного критерия работы ЖКС. Этот показатель выражается удельным весом больных с предопухолевыми заболеваниями и раком различных локализаций, выявленных в смотровом кабинете за отчетный период, по отношению ко всем женщинам, прошедшим обследование.

$$\text{Пок-ль выяв-ти предопух. заб-й и рака} = \frac{\text{Подтвержденные изменений (узким специалистом)}}{\text{Все осмотренные в кабинете}} * 100$$

Качественные показатели работы СК зависят от опыта медработника/акушерки, наличия у них специальных знаний и онкологической настороженности. Поэтому для проведения, квалифицированного, осмысленного и целенаправленного профилактического обследования медработники СК должны пройти предварительную подготовку в территориальном онкологическом диспансере.

Онкологи, гинеколог, хирург и уролог района/области должны ежемесячно проводить методические занятия с медработниками СК с обсуждением вопросов диагностики, обследования, результатов и недостатков работы.

5.4 Мониторинг и оценка деятельности смотровых кабинетов для развития онкологической службы

Нами, в соавторстве, в 2016г. разработаны методические рекомендации, представляющие основные требования и рекомендации по проведению мониторинга и оценки онкологической службы [141+]. Данные рекомендации предназначены для специалистов первичного звена, районных онкологов, маммологов, специалистов онкологических организаций, организаторов здравоохранений.

Мониторинг и оценка являются важной составляющей программ развития онкологической помощи населению РК и, в т.ч. разработана для оценки реализации Стандарта организации и оказания онкопомощи населению РК.

Система мониторинга и оценки позволяет выявить положительные стороны и недостатки онкологической службы, разработать рекомендации, оценить уровень коммуникаций со всеми другими службами и секторами здравоохранения.

Выделены 3 основных методов проведения мониторинга:

1) анализ учетно-отчетной документации: просмотр медицинской документации, просмотр ежемесячных и ежеквартальных формотчетности

2) визуальный: непосредственное наблюдение за действиями персонала во время работы;

3) опрос (интервью, анкетирование): с целью выявления существующих проблем и их причин, а также изучения знаний медработников об определенном аспекте работы.

Использование этих методов в совокупности позволяет выявить те или иные несоответствия с установленными стандартами, наметить пути решения и устранить причины.

В онкологической службе РК выделены основные направления/блоки мониторинга:

1) персонал и инфраструктура службы;

2) система регистрации пациентов;

3) достоверность статистических данных и уровень информатизации, их когортный анализ;

4) доступность химиотерапевтических и таргетных препаратов для лечебных учреждений;

5) правильность прогнозирования расходов химиопрепаратов на будущий год;

6) взаимодействие онкологической службы с другими ведомствами/службами здравоохранения, в т.ч. ПМСП;

7) качество и эффективность лечения онкологических пациентов;

8) эффективность скринингов (РМЖ, РШМ, РПиЖ, КРР, РП и РПЖ) в раннем выявлении онкологических заболеваний.

Нами разработаны таблицы мониторинга работы для ЖСК и МСК. Разработанные контрольные листы включают индикаторы: структуры, процесса и результата. Такая структуризация позволяет дать комплексную оценку

мониторируемого структурного подразделения в целом. По итогам проводимого мониторинга составляется отчет и даются рекомендации по устранению выявленных проблем и замечаний. Это позволяет определить проблемы в раннем выявлении ЗН в МСК и ЖСК и своевременно принять управленческие решения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Раннее выявление любой патологии, в том числе злокачественных новообразований, на уровне ПМСП в здравоохранении Республики Казахстан реализуются посредством медицинских осмотров населения (обязательные, профилактические и скрининговые). В настоящее время прилагаются усилия по расширению функционала смотровых кабинетов по выявлению ЗНО визуальной локализации. При этом, до сих пор не оценена эффективность деятельности СК, а также используемой здесь организационной технологии выявления онкопатологии.

Для решения этих вопросов было запланировано настоящее исследование, целью которого явилась *совершенствование раннего выявления визуально-доступных форм опухолей путем применения новой технологии в деятельности смотровых кабинетов организаций ПМСП.*

Для снижения уровня смертности населения от ЗНО во всем мире предпринимаются усилия в 3-х направлениях:

- 1) совершенствования системы организации раннего выявления ЗНО на уровне ПМСП, в том числе с использованием скрининг-технологий;
- 2) разработка новых малоинвазивных и высокоинформативных методов диагностики ЗНО, в том числе для использования в скрининговых программах;
- 3) разработка и усовершенствование существующих технологий, методов лечения и реабилитации больных с ЗНО.

В рамках первого направления во многих странах внедряются канцер-регистры и системы скрининга онкопатологии, различающиеся числом этапов обследования и объемом диагностических методов.

Во многих странах реализуются 4 основные организационные технологии раннего выявления онкологии: профилактический осмотр населения, скрининговые программы, оппортунистический скрининг и одноразовые акции по типу «день открытых дверей». Следует отметить, что системы раннего выявления ЗНО во многих странах почти схожи и условно состоят из 2-х этапов:

- 1) обязательный ежегодный профилактический осмотр (по программе ОМС или в рамках ГОБМП) или отдельная скрининговая программа;
- 2) специализированная онкодиагностика выявленных на 1-м этапе пациентов (консультативно-диагностическая помощь для верификации диагноза и в дальнейшем своевременное начало специализированного лечения). Следует подчеркнуть, что во многих развитых странах программы скрининга встроены в систему профилактических осмотров, что исключает дублирование функций и задачи ведет к снижению расходов. Также следует подчеркнуть, что программы скрининга во многих странах отличаются еще и этапностью. Для уменьшения экономического бремени в этих программах на первом этапе проводится отбор лиц с факторами риска по той или иной патологии, а на втором этапе только этим лицам проводится необходимый стандартный комплекс диагностических

процедур. Может реализоваться и третий этап скрининга, где проводится расширенный комплекс онкодиагностики (дообследование).

Раннему выявлению наиболее доступны опухоли визуальных локализаций. В научных исследованиях установлено, что на профилактических осмотрах ЗН выявляются лишь в 12-13% случаев. Соответственно продолжается поиск путей повышения эффективности профилактических осмотров (кадры, ресурсное обеспечение, медицинская активность населения), а также поиск более информативных и надежных методов диагностики, в т.ч. для использования в скрининговых программах.

При анализе динамики основных эпидемиологических показателей онкопатологии за период 1990-2019 гг. выявлены устойчивые тренды:

- кривая показателя уровня первичной заболеваемости ЗНО с точками минимума в 1995 г. и 2010 г. и точками максимума в 1990 г., 2000 г. и 2015 г., в настоящее время наблюдается медленное и постепенное снижение индикатора до уровня 1990 г. (188,5 на 100 тыс.). Минимальный уровень показателя зафиксирован в 1995 г. (173,0) и максимальный в 2015 г. (207,8);

- кривая показателя уровня смертности от ЗНО с точкой минимума в 2015 г. (89,9 на 100 тыс.) и точками максимума в 1995 г. (135,7) и 2016 г. (120,8), а в настоящее время наблюдается стабилизация индикатора на этом же уровне. Следует отметить прирост показателя на 32% по сравнению с 1990 г.;

- улучшение ранней выявляемости ЗНО (на I-II стадиях) на 20% по сравнению с 2015г.

- в региональном разрезе в 2017 г. самый минимальный уровень первичной заболеваемости зарегистрирован в ЮКО (104,3 на 100 тыс. населения), Мангыстауской (130,5), Алматинской (131,7) и Атырауской (136,8) областях, а максимальный – в Павлодарской (307,3) и СКО (302,3). Минимальный уровень смертности от ЗНО установлен в ЮКО (53,2 на 100 тыс. населения), Мангыстауской (54,0), Алматинской (56,7) и Кызылординской (57,6) областях, а максимальный - в Павлодарской (130,8), ВКО (126,5), Актыубинской (120,5) и СКО (115,7).

- в структуре первичной заболеваемости I ранговое место заняли ЗНО с высокой частотой (в диапазоне частоты выше 5%), общий вклад 6 групп ЗНО составил 52,8%, это РМЖ (12,3%), другие ЗНО кожи (11,21%), ЗНО трахеи, бронхов и легких (10,78%), желудка (8,03%), РШМ (5,13%) и группа прочих ЗНО (5,32%). II группа – со средней частотой (в диапазоне частоты от 2% до 5%), общий вклад 11 групп ЗНО составил 35%, это составил рак ЖКТ, женской и мужской репродуктивной системы, головного мозга и ЦНС. Вклад III группы (7 групп ЗНО) составил 10,7% и IV группы ((4-х группы ЗНО) - 1,5%.

Для расширенной оценки деятельности смотровых кабинетов ПМСП проводился анализ на основе действующих и разработанных дополнений к отчетным формам.

Результаты онкоскрининга в динамике по РК за период 1990- 2019 гг. показали следующие тенденции:

- для всех видов онкоскрининга характерна тенденция роста этого показателя с максимальным значением в 2015 г.; скрининг РШМ, РЖМ и РПиЖ.

- характеризуется некоторой стабилизацией показателя за последние 3 года, а выявляемость КРР имеет резкие перепады, что свидетельствует о наличии организационных проблем с данным видом скрининга.

- ранжирование уровня выявляемости по различным видам онкоскрининга выявило высокий уровень в ЗКО (5 балл), Костанайской и Кызылординской (по 3 балла), Карагандинской и Мангыстауской (по 2 балла), что может свидетельствовать или о высоком уровне общей заболеваемости ЗНО или о высокой скрининг-активности медицинских организаций. И низкий уровень ранга в Алматинской (9 балл), Мангыстауской и ЮКО (по 7 балл), Жамбылской (5 балл) и г.Астанай (4 балл), что может свидетельствовать или о низком уровне общей заболеваемости ЗНО или о низкой скрининг-активности медицинских организаций.

Результативность посещаемости и доступности смотровых кабинетов за 2015-2017 гг. показала следующее:

- недостаточное количество СК (в 89,3% АПО функционируют СК, в т.ч. 26,9% мужских и 73,1% женских СК);

- недоукомплектованность СК средними медработниками (76,2% по СК, в одинаковой степени как МСК, так и ЖСК).

- рост плановой мощности АПО (прирост +32,6%), среди всех посещений первичные составили в среднем 45%, в 2017 г. только 18% населения впервые в этом году обратилось в АПО, что ниже усредненного показателя зарубежных стран (20-30%), вероятно, остальная часть обращаемости приходится на частную практику.

- обеспеченность смотровыми кабинетами носит нестабильный характер, отмечается рост числа СК с 762 в 2015 г. до 1240 в 2017 г. (прирост +62,7%), в т.ч. 26,9% мужских и 73,1% женских кабинетов, соответственно показатель обеспеченности населения мужскими СК составил 0,4 и женскими СК - 1,0 на 10 тыс. населения; число женских СК в 2,7 раза больше, чем мужских, но наблюдается интенсивный рост числа мужских СК, соответственно растет число АПО с функционирующими мужскими СК (до 24% в 2017 г.), частично за счет перепрофилирования женских СК, число которых снизилось до 65,3%;

- плановая мощность СК (экспериментальный показатель: число посещений СК к общей численности населения) растет (прирост +35,1%), но остается на низком уровне, т.е. только 12,7% населения прошли обязательный профосмотр в последнем отчетном году; только 2/3 первичных посещений АПО сопровождается обязательной процедурой профосмотра и этот показатель можно назвать «охват селективным профосмотром»;

- общее количество лиц, охваченных профосмотрами в мужских смотровых кабинет в целом в республике в 2016 году увеличились на 198,2%, а в 2017 - на 286,2% по сравнению с 2015 годом. Анализ показателей по областям выявили неоднородную тенденцию от снижения охвата в 2016 году (Павлодарская – 96,1%) до астрономического увеличения в 2017 году

(Кызылординская – 2146,8%), в среднем колебалась в пределах 180,1% до 482,5%. Все это, на наш взгляд, обусловлено:

- переходным этапом организации мужских смотровых кабинетов, так как в нормативных документах в структуре амбулаторно-поликлинических организации мужские смотровые кабинеты не были предусмотрены.

- в гендерном аспекте у женщин выше посещаемость АПО (5012,2 против 3132,9 на 10 тыс. населения), первичных посещений АПО (22,6% против 13%); прохождение осмотра в СК (16,8% против 8,1%), но наблюдается интенсивный рост посещаемости среди мужчин (+153,2%);

Анализ деятельности смотровых кабинетов по выявлению визуально доступных форм онкопатологии за 2015-2019 гг. выявил:

- рост охвата населения осмотрами в СК (с 9,4% в 2015 г. до 12,7% в 2017 г.), колебания частоты онкоосмотра в общей структуре осмотров в СК (от 55,2% до 68,1%) и стабилизация уровня выявляемой общей патологии (10,3-11,7%).

- уровень выявляемой общей патологии в СК среди женщин и мужчин был почти одинаковым (11,3% и 11,6%), в структуре за 3 года 61,4% составили ХНЗ, 37,9% - предраковые болезни и 0,68% онкопатология, т.е. около 40% выявленной патологии составляют ЗНО и предраковые состояния.

- охват женщин цитологическим исследованием составил 92,6% от числа осмотренных в СК, только 11,4% мужчин осмотрены на наличие признаков онкопатологии.

- выявляемость ХНЗ в целом составила 6,6%, предраковых заболеваний и состояний ХНЗ - 4,7% и ЗНО - 0,14% от числа всех онкоосмотренных в СК (по аналогии с показателем онковыявляемости при скрининге);

- в ЖСК охват женщин осмотрами составил 33,6%, в т.ч. 82% онкоосмотр с применением цитологического метода, выявляемость всей патологии в среднем за 3 года составила 11,3% (от числа осмотренных); в 2017 г. было выявлено 11,4% патологии (в т.ч. 56,2% ХНЗ, 42,9% предраковые заболевания и 0,9% ЗНО), выявляемость: 0,1% ЗНО, 4,8% предраковой патологии и 6,3% ХНЗ от числа осмотренных;

- в структуре выявленных в ЖСК ЗНО преобладает РМЖ (41,2%), РШМ (22,7%) и рак кожи (21,8%), очень редко диагностируются КРР (6,4%), рак щитовидной железы (5,1%) и рак ротовой полости (2,8%);

- в МСК охват мужчин осмотрами составил 8,1%, в т.ч. 11,4% онкоосмотр, выявляемость всей патологии в среднем за 3 года составила 11,6% (от числа осмотренных); в 2017 г. было выявлено 11,6% (в т.ч. 61,4,2% ХНЗ, 37,9% предраковые заболевания и 0,64% ЗНО), выявляемость: 0,07% ЗНО, 4,4% предраковой патологии и 7,1% ХНЗ от числа осмотренных;

- в структуре выявленных в МСК ЗНО преобладают рак кожи и РПЖ с одинаковой частотой (37% и 36,4%) и КРР (16,9%), очень редко встречается рак щитовидной железы (2,4%) и рак ротовой полости (7,4%);

За период 2015-2017 годы количество выявленных лиц с ранними формами рака визуальной локализации увеличились на 167,1%, а с предраковыми заболеваниями – на 236,3%. В 2015 году уровень выявляемости ЗНО составил

0,12% от числа осмотренных, с последующим снижением в последующие годы и составили 0,08%. В то же в женских смотровых кабинетах показатель выявляемости рака визуальной локализации составили в 2015-2018 гг составили 0,07%, 0,08%, 0,11% и 0,12%, т.е. было отмечено устойчивая тенденция к повышению данного показателя.

По уровню выявляемости все области и города республиканского значения были разделены на 3 условные группы:

- I группа – территории с показателем выявляемости до 0,06%;
- II группа - территории с показателем выявляемости от 0,07 до 0,1%;
- III группа - территории с показателем выявляемости выше 0,1%;

В I группу были включены 11 (68,8%) территории – Актюбинская, Алматинская, Атырауская, Восточно-Казахстанская, Жамбылская, Западно-Казахстанская, Мангыстауская, Павлодарская, Северо-Казахстанская, Южно-Казахстанская, г.Астана. В II группу были включена только Актюбинская область. В III группу были включены 4 (25,0%) территории – Карагандинская, Костанайская, Кызылординская и г. Алматы.

Анализ показателей на уровне областей за указанный период выявил неоднородные тенденции выявляемости. Различия показателей выявляемости между областями в 2015 году составляли 7 раза.

Анализ показателей за 2019 год выявил положительные тенденции улучшения выявляемости:

В I группу были включены 9 (52,9%) территории – Актюбинская, Алматинская, Жамбылская, Западно-Казахстанская, Павлодарская, Северо-Казахстанская, гг. Астана и Шымкент. В II группу были включены 4 (23,5%) территории – Акмолинская, Атырауская, Восточно-Казахстанская области. В III группу были включены 4 (23,5%) территории – Карагандинская, Костанайская, Мангыстауская и Туркестанская.

Можно предположить, что целенаправленно проводимая работа по повышению квалификации работников смотровых кабинетов, разъяснительная работа среди населения способствовали к улучшению показателя ранней выявляемости.

Для предраковых заболеваний также была характерна более высокая выявляемость в 2015 году (4,8%), с последующим снижением ее и стабилизацией к 2017 году (4,2%). В женских смотровых кабинетах выявляемость предраковых заболеваний в 2015 году составили 3,8% с дальнейшим увеличением до 4,4% в 2018 году. Данные различия в тенденциях на наш взгляд, прежде всего можно объяснить ранней организацией женских смотровых кабинетов (с 2011г.), планомерной подготовкой медицинского персонала и последовательным решением организационных вопросов.

Анализ нормативно-правовой базы деятельности СК выявил несовершенную регламентированность задач, объема обследования, а также повторяемость многих видов обследования для различных видов медицинских осмотров, что приводит зачастую к их дублированию и неточности при формировании медицинской отчетности. Также характерно и непроработанность учетно-отчетной документации.

Сравнение результативности онковыявляемости по различным организационным технологиям показало, что в среднем при самообращении и оппортунистическом скрининге выявляется 75,2% больных с впервые установленным диагнозом ЗНО, при профосмотре – 13,5% и скрининге – 11,3%.

Однако надо учесть, что контингент обращающихся резко отличаются друг от друга, в первом случае- это контингент с определенными признаками онкологических заболеваний, т.е. лица с «предварительным» отбором, требующие целенаправленные диагностические исследования, во втором случае – это контингент с преимущественно с неонкологической патологией, и в третьем случае – это группа с определенными факторами риска, поэтому целенаправленная работа со второй и третьей группой населения должна обеспечить, прежде всего раннюю выявляемость ЗНО.

Частота визуальных форм онкопатологии в структуре зарегистрированных случаев ЗНО в Республике Казахстан в 2017 г. в целом по данным статистической формы ф.7 подтверждает эту гипотезу. При самообращении выявлено 40,3% ЗНО визуальной локализации, при профосмотре – 58,8% и скрининге – 83,1%. В зависимости от выявляемости на ранней стадии ЗНО в наилучшей позиции находится скрининг (90,1%), на втором месте – профосмотр (75,1%) и на последнем самообращение (55,3%).

Для оценки влияния профилактических и скрининговых осмотров в ранней диагностике онкологических заболеваний нами анализированы показатели структуры ЗНО по стадиям за период 2005-2019 годы с определением среднестатистических данных по 5-летним периодам.

Установлена положительная тенденция с структуре ЗНО в сторону увеличения доли выявленных в I-II стадии с 44,2% (2005-2009гг) до 59,5% (2015-2019гг), уменьшения доли больных с IV – стадией с 16,2% (2005-2009гг) до 5,8% (2015-2019гг). На уровне областей наблюдались также положительные неравномерные тенденции с увеличением доля больных в I-II стадии: от 55,1% (Акмолинская) до 65,1% (СКО). Только в одной, Южно-Казахстанской (с разделением на Туркестанскую область и г. Шымкент), наблюдалось снижение показателя выявляемости в I-II стадии с 43,2% до 33,3%. По показателям выявляемости больных с ЗНО в I-II стадии выше республиканского были в Акмолинской, Актюбинской, Атырауской, Восточно-Казахстанской, Павлодарской, Северо-Казахстанской областях и в г. Алматы, а в запущенных стадиях более лучшие, по сравнению с среднереспубликанским, были Акмолинской, Атырауской, Восточно-Казахстанской, Карагандинской, Павлодарской, Северо-Казахстанской областях и в г. Астане.

Следовательно, можно говорить о том, что эффективность внедрения программ профилактических осмотров и скрининга ЗНО стабилизировался, и для дальнейшего улучшения этого показателя необходимо внедрять новые программы онкоскрининга (не входящие в скрининг другие виды ЗНО) или улучшать качество имеющихся программ онкоскрининга либо внедрять иные технологии раннего выявления (новые методы диагностики или новые технологии организации раннего выявления).

Таким образом, в результате анализа медицинской результативности

деятельности СК по раннему выявлению ЗНО были установлены ключевые проблемы:

- низкая обеспеченность системы ПМСП смотровыми кабинетами;
- кадровая недостаточность смотровых кабинетов;
- несовершенство регламентирующих документов и медицинской документации работы смотровых кабинетов;
- недостаточное использование потенциала ПМСП по ранней диагностике ЗНО на уровне показателей выявляемости.

В 2016 г. нами были разработаны и внедрены во все АПО Республики Казахстан методические рекомендации по организации работы МСК и ЖСК. В этих рекомендациях нами предложен расширенный функционал СК с перечнем всех требований к СК и детальным описанием перечня объема обследований по выявлению визуально-доступных форм ЗНО.

Одновременно были предложены в экспериментальном порядке учетно-отчетные формы документации для оценки работы СК. Были внедрены журналы приема в мужских и женских смотровых кабинетах, онколист для отметки о прохождении первично обратившихся в амбулаторно-поликлиническую организацию пациентов. На основании этой документации были нами собраны данные о результативности скрининговых и профилактических осмотров и оппортунистического скрининга.

На основании проведенного исследования сделаны следующие **выводы**:

1. Для всех видов профилактических осмотров и онкоскрининга в РК характерна тенденция роста показателя охвата населения, в то время, отсутствие стабильных тенденции в областях свидетельствует о низкой результативности проводимых осмотров. Установлена некоторая стабилизация показателя выявляемости РШМ, РМЖ и РПЖ при скрининге за 2015-2019 годы.

2. Ключевыми проблемами раннего выявления ЗНО являются:

- низкая обеспеченность системы ПМСП смотровыми кабинетами;
- кадровая недостаточность смотровых кабинетов;
- несовершенство регламентирующих документов и медицинской документации работы смотровых кабинетов.

3. Расширение функционала смотровых кабинетов в организационном эксперименте (2015-2017 гг.) позволило улучшить выявляемость ЗНО: общее количество лиц, охваченных профосмотрами в мужских смотровых кабинет в целом в республике в 2016 году увеличились на 198,2%, а в 2017 - на 286,2% по сравнению с 2015 годом, а общее количество осмотренных женщин в республике увеличились в 2016 году на 107,5%, а в 2017 году – на 136,7%

4. Экспериментальное применение мониторинговых таблиц в данной исследовательской работе показало достоверное ($p < 0,01$) увеличение выявляемости патологий визуально- доступных локализаций, в том числе и ЗНО. Обнаружена достоверно высокая корреляционная зависимость роста выявления предрака в ЖСК в 2016г ($r=0,988$, $p < 0,001$) и в 2017г ($r=0,954$, $p < 0,001$) гг., а также в МСК в 2016г ($r=0,976$, $p < 0,001$) и в 2017г ($r=0,981$, $p < 0,001$) гг. по сравнению с 2015 годом, что доказывает результативность работы женских и мужских СК.

5. За указанный период в целом по республике и на уровне территории доля выявленных случаев ЗНО в смотровых кабинетах в общем количестве случаев стабильно увеличивалось. Так, по республике общее количество выявленных случаев увеличилась более 2,5 раза, доля в общем показателе (с 2,62% до 7,27%) - 2,9 раза. Установлена положительная тенденция с структуре ЗНО в сторону увеличения доли выявленных в I-II стадии с 44,2% (2005-2009гг) до 59,5% (2015-2019гг), уменьшения доли больных с IV – стадией с 16,2% (2005-2009гг) до 5,8% (2015-2019гг).

6. Резервами совершенствования процесса раннего выявления ЗНО на уровне ПМСП являются дополнения в стандарты деятельности смотровых кабинетов, а также интеграция всех видов медицинских осмотров для онковывяваемости, обучение персонала и внедрение системы мониторинга.

Практические рекомендации

1. Для улучшения раннего выявления ЗНО в смотровых кабинетах организаций ПМСП необходимо разработать/усовершенствовать стандарты деятельности СК, включающие штатное расписание, нормативы рабочей нагрузки, медицинскую документацию, стандарты обследования, ресурсное обеспечение, оценку и мониторинг, финансирование и стимулирование труда.

2. В системе мониторинга СК следует использовать следующие индикаторы:

1) посещаемость смотрового кабинета - стремиться к 100% (важным показателем работы смотрового кабинета является удельный вес мужчин и женщин, осмотренных работником смотрового кабинета, к числу мужчин и женщин, первично обратившихся в поликлинику в текущем году).

2) объем использования цитологического метода исследования у женщин - стремиться к 100% (удельный вес женщин, у которых при осмотре взяты мазки для цитологического исследования к общему числу осмотренных. Этот показатель в известной степени характеризует качество осмотра, т.к. способствует выявлению ранних форм рака шейки матки).

3) удельный вес (%), подтвержденных или измененных диагнозов служит показателем выявляемости предопухолевых заболеваний и рака.

4) выявляемость предопухолевых заболеваний и рака (%) используется в качестве основного критерия работы смотровых кабинетов (этот показатель выражается удельным весом больных с предопухолевым заболеванием и раком различных локализаций, выявленных в смотровом кабинете за отчетный период, по отношению ко всем мужчинам и женщинам, прошедшим обследование).

3. Для повышения квалификации медицинских работников смотровых кабинетов необходимо периодически проходить повышение квалификации по вопросам онконастороженности в срок, установленный законом и организовать семинар-совещания для обмена опытом.

4. С целью улучшения работы и принятия управленческих мер для дальнейшего развития онкологической службы в целом необходимо проведение мониторинга и оценки деятельности онкологической службы по предложенным чек-листам и мониторинговым таблицам.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

- 1 Ferlay J., Soerjomataram I., Ervik M., Dikshit R., Eser S., Mathers C., et al. GLOBOCAN, Cancer Incidence and Mortality Worldwide. IARC CancerBase N 11 Lyon, France: International Agency for Research on Cancer.- 2013. Available from: <http://globocan.iarc.fr>, accessed on day/month/year 14.09.2021.
- 2 Jemal A., Bray F., Ferlay J. Global Cancer Statistics // *Ca Cancer Jclin.* - 2011. - Vol. 61, № 2. - P. 69–90.
- 3 Saraiya M. et al. Cervical cancer screening and management practices among providers in the National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program (NBCCEDP) // *Cancer.*- 2007. - Vol. 110, № 5. -P.1024–1032
- 4 Абдуллаев М.Ш. Нургазиев К.Ш., Жылкайдарова А.Ж., Мансурова А.Б. Эпидемиологические аспекты колоректального рака в Казахстане// *Кибер Ленинка* <https://cyberleninka.ru/article/n/epidemiologicheskie-aspekty-kolorektalnogo-raka-v-kazahstane> 14.03.2020.
- 5 Ишкинин Е.И., Жылкайдарова А.Ж., Нургалиев Н.С., Ошибаева А.Е. Первые результаты скрининга рака предстательной железы // *Вестник КазНМУ.* – 2011- №1. – С.595-598
- 6 Нургазиев К.Ш., Байпеисов Д.М., Ауезова Э.Т., Адилбай Д.Г. Результаты внедрения системы мониторинга и оценки онкологической службы в РеспубликеКазахстан // *Онкология и радиология Казахстана-2015.*–Т.12.-№ 3 (37). – С. 4-7.
- 7 Дуненова Г.А., Кайдарова Д.Р., Ошибаева А.Е., Югай Т.А.Выявление рака шейки матки в г.Алматы // *Вестник КазНМУ.* – 2014- №2 (4). –С.126-129.
- 8 Давыдов М.И., Аксель Е.М. Заболеваемость злокачественными новообразованиями населения России и стран СНГ в 2007 году // *Вестник Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина РАМН.* 2009.- №3 (прил. 1). - С.51-90.
- 9 Океанов А.Е., Моисеев П.И., Левин Л.Ф., Суконко О.Г. Статистика онкологических заболеваний в Республике Беларусь (2004-2013)// *Statistics of cancer diseases.* – Минск.- 2014. - 382с.
- 10 Бальзамова Л.А. Эффективность использования ресурсов здравоохранения в амбулаторно-поликлинических учреждениях: дис... канд. мед. наук.: М.- 2004. -224с.
- 11 Belpomme D., Irigaray P., Sasco A. J. et al. The growing incidence of cancer: role of lifestyle and screening detection // *Int. J. Onco1.* – 2007. – №30 – P. 1037–1049.
- 12 Ferlay J., Soerjomataram I., Daikshit R., Ter S., Mathers C. et al. GLOBOCAN 2012 vol.1. Cancer Incidence and Mortality Worldwide.IARC CancerBase. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. – 2013.- № 11.- P.22-32
- 13 Rubin G., Berendsen A., Crawford S.M., Dommert R., Earle C., Emery J. et al.Theex pan dingroleo fprimary carein cancercontrol // *LancetOncology.*–2015.– Vol.16(12). – P.1231–1272.
- 14 The GLOBOCAN 2008 database. Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide // International Agency for Research for Cancer.- 2018.-23p.

15 Taplin S.H., Dash S., Zeller P., Zapka J. Oncology: Evidence-Based Approach // New York, NY: Springer Science+Business Media.- 2006. – P.317-401.

16 Cancer control: policy and advocacy. WHO Guide for effective programmes // Geneva: World Health Organization.- 2008.-56p.

17 Чиссов В., Старинский В., Данилова Т. Профилактика в онкологии/Медицина и здравоохранение // Клиническая медицина- журнал Врач. – М.- 2006. –С.8-11.

18 Нырков Б.С. Обоснование принципов управления системой своевременной диагностики рака слизистой полости рта:...диссер канд. мед. наук:(05.13.01).–Воронеж.-2008.-167с. <http://tekhnosfera.com/obosnovanie-printsipov-upravleniya-sistemoy-> 12.11.2020.

19 Кравец Б.Б., Пастухов А.А., Фирсов О.В., Устинова Е.Ю. Системный подход и его применение в анализе онкологической ситуации // Актуальные вопросы онкологии (управление, новые медицинские технологии, результативность): сб.науч.тр. – Воронеж, «Научная книга», 2006. –С.26-31.

20 Михальченко В. Ф., Фирсова И. В., Попова А. Н. Проблемы ранней диагностики онкологических заболеваний в клинике терапевтической стоматологии и пути их решения // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2012. - № 2. – С.39-41

21 Нырков Б.С. Доврачебная диагностика рака слизистой полости рта. – Методические рекомендации / Б.С. Нырков, Б.Б. Кравец – Воронеж, 2006. – 12с.

22 Нырков Б.С., Панов Е.Д. Пути повышения качества первичной диагностики рака слизистой полости рта// Научно-практический журнал «Врач-аспирант» – Воронеж, 2006. – № 1(10). – С.13-15.

23 Сдвижков А.М., Кожанов Л.Г., Пачес А.И., Шацкая Н.М. Некоторые вопросы организации диагностики и лечения рака слизистой оболочки полости рта в городе Москве // Сибирский онкологический журнал. – 2010. – №3 (39). – С.81.

24 Нырков Б.С., Урлапова Н.В. Стандартизация процессов первичной и уточняющей диагностики рака слизистой полости рта // Обеспечение и контроль качества медицинской помощи: сб.науч.тр./ под ред. д.м.н., проф. Е.В. Мезенцева, д.м.н., проф Б.Б. Кравец. – Воронеж: «Научная книга», 2007. – С. 100-104.

25 Нырков Б.С., Кравец Б.Б. Перспективы использования скрининговых программ по раку слизистой полости рта//Научно-практический журнал «Врач-аспирант». – Воронеж, 2007. – № 1(16). – С.19-24.

26 Нырков Б.С., Кравец Б.Б. Скрининговые программы по раку слизистой полости // Журнал теоретической и практической медицины – Воронеж, 2006. – Т.4, №3. –С.388-390.

27 Чевардов Н.И., Кравец Б.Б., Устинова Е.Ю., Нырков Б.С., Пастухов А.А. Оценка результативности медицинской помощи онкологическим больным // Журнал теоретической и практической медицины – Воронеж, 2006. – Т.4, №2.– С. 209-211.

28 Чевардов Н.И., Устинова Е.Ю., Нырков Б.С., Кравец Б.Б. Анализ динамики основных качественных показателей онкологической службы //

Журнал теоретической и практической медицины. – Воронеж, 2006. – Т.4, №2.– С. 205-208.

29 Нырков Б.С., Устинова Е.Ю., Кравец Б.Б., Яковлев Л.В. Динамика качественных показателей медицинской помощи больным с раком слизистой полости рта в Воронежской области // Научно-практический журнал «Врач-аспирант» – Воронеж, 2006. – № 2(11) – С.164-167.

30 Gwendolyn P., Julian A. Sanchez, Steven K. Sutton and al. Cancer and lesbian, gay, bisexual, transgender/transsexual, and queer/questioning (LGBTQ) populations // CA Cancer J Clin 2015. - Vol 65. - Issue 5. - P.384–400.

31 Шляхтунов Е.А., Гидранович А.В., Луд Н.Г., Луд Л.Н., Кожар В.Л., Прокошин А.В. Рак кожи: современное состояние проблемы // Вестник Витебского государственного медицинского университета. – 2014. – Т.13, №3. – С.20-28.

32 Jemal A., Siegel R., Ward E., Murray T., Hao Y., Xu J., Thun M.J. Cancer Statistics, 2008// CA Cancer J. Clin. - 2008. - Vol.58. - P.76.

33 Коленко Н.Г. Современные подходы к диспансерному наблюдению больных раком кожи: дисс... канд.мед.наук, М., 2009. – 112с.

34 Коленко Н.Г. Современные подходы к диспансерному наблюдению больных раком кожи: дис... канд. мед. наук (14.00.11, 14.00.14): М.- 2009. – 142 с. <https://pandia.ru/text/77/495/70753.php> 30.10.2020.

35 Малишевская Н.П., Бакуров Е.В., Берзин С.А. Заболеваемость злокачественными новообразованиями кожи в Свердловской области и медико-социальные последствия поздней диагностики // Уральский медицинский журнал. – 2011. – № 11. – С.29-35.

36 Седова Т.Г. Базально-клеточный рак кожи (эпидемиология, клинимоρφологические особенности, оценка факторов риска): автореф... дисс. канд .мед. наук.: М.- 2009.-22с 36. <https://esu.citis.ru/dissertation/> 23.04.2020.

37 Колбина М.С. Фотодинамическая терапия базально-клеточного рака кожи с применением аппликационной формы фотосенсибилизатора: дисс... канд. мед. наук. – М., 2011. – 131с.

38 Марочко А.Ю. Меланома кожи 1 стадии: факторы прогноза и отдаленные результаты хирургического лечения // Дальневосточный медицинский журнал. – 2009. – № 1. – С.49-51.

39 Жокина Н.Ю., Люцко В.В. Эпидемиологическая ситуация по заболеваемости меланомой кожи в России и за рубежом // Геронтология: научно-практический журнал. – 2013. – Т.1, № 4. – С.506-518.

40 Гилязутдинов И.А., Хасанов Р.Ш., Сафин И.Р., Моисеев В.Н. Злокачественные опухоли мягких тканей и меланома кожи. – М., Практическая медицина, 2010. – 203с.

41 Левит М.Л., Золотков А.Г. Злокачественные опухоли кожи. – Архангельск. 2003. – 169с.

42 Екимова О.И., Пискалова Т.П., Зурочка А.В. Клинико-эпидемиологические особенности базально-клеточного рака в Копейском городском округе // Вестник Южно-уральского государственного университета.– 2014. – Т.14, №1. – С. 78-82.

43 Орифов Б.М. Рак кожи, развившийся на рубцах: дисс...канд. мед. наук.– Душанбе, 2016. – 137 с.

44 Хутиева Н.Ц. Совершенствование методов диагностики и профилактики ранних форм меланомы кожи: автореф. дисс...канд. мед. наук. – Ростов-на-Дону, 2011. –23с.

45 Раджабова З.А., Анисимов В.В., Барчук А.С., Костромина Е.В., Тарков С.А. Современные возможности выявления раннего регионарного метастазирования у больных с первичной меланомой кожи при клинически неопределяемых регионарных лимфатических узлах // Мат. Российской научно-практич. конф. «Проблемы современной онкологии» 9-10 июня 2009г. – Барнаул, 2009г. – С.109.

46 Ханмурзаева А.Г., Филоненко Е.В. Флюоресцентная диагностика с аласенсом у больных раком кожи // Научно-практический журнал «Онкохирургия». – Т. 3, № 4. – 2011г. – С. 71-72.

47 BLINKAdiagnosticalgorithmforskinancerdiagnosiscombinigclinicalfeatures withdermatosc opyfindings / P. Bourneet // Dermatology Practical & Conceptual. – 2012 Apr. – Vol.2, №2. – P.12.

48 Индилова Н.И. Лазерная конфокальная микроскопия в диагностике и оценке эффективности методов лечения базальноклеточного рака кожи: дисс... канд.мед. наук. – М.- 2011. – 87с.

49 КурдинаМ.И., Виноградова Н.Н., Коленько Н.Г., Миронова М.А. Роль семейного врача в активной диагностике рака кожи и меланомы // Матер. Всероссийской научно-практ. Конф. «Клинические протоколы в общей врачебной практике». -Санкт-Петербург, 9-10 октября.- 2007 –С.96-99.

50 Савельева Н.А. Ультразвуковое исследование злокачественного поражения периферических лимфатических узлов // Практическая медицина: научно-практический медицинский журнал. – 2014. – Т.3, № 14. –С.135-137.

51 Аббасова Е.В. Роль эхографии в дифференциальной диагностике злокачественных и доброкачественных лимфаденопатий: автореф.... дисс. канд.мед. наук. – М., 2005. – 32с.

52 Gortenuiti G. Magnetic resonance imaging with endorectal coil (ER-MRI) in staging extracapsular extension (ECE) and seminal vesicle invasion (SVI) in patients with clinically localized prostate cancer undergoing radical prostatectomy (RP) // European Urology Supplements. - 4(3):209-209 March 2005. - 10.1016/S1569-9056(05)80829-2

53 Цыплаков Д.Э. Рак и регионарные лимфатические узлы (иммуногистохимическое и ультраструктурное исследование): автореф... дисс. д- ра.мед. наук. – СПб, 1997. – 46с.

54 Джумабаев А., Рыспекова Ч., Самиева Н., Мамашов Н., Осумбеков Б. Рак щитовидной железы и эндемический узловой зоб // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. – 2009. – Т.20, № 2 (прил.1). –С.12.

55 Павленко Н.Н., Коршунов Г.В., Попова Т.Н. Метастатическое поражение костной системы // Сибирский онкологический журнал. – 2011. – Т.4, № 46. – С.47-49.

56 Воробьева С.Л. Радионуклидные методы исследования в диагностике и оценке эффективности лечения метастазов рака щитовидной железы в кости: дисс... канд.мед.наук. – Обнинск, 2006. – 106 с.

57 Кулигина Е.Ш. Эпидемиологические и молекулярные аспекты рака молочной железы // Практическая онкология. – 2010. – №4. – С.203-216.

58 Энгбанг Н.Ж. Пути оптимизации ранней диагностики и профилактики рака молочной железы (I-II стадии) у женщин репродуктивного возраста и старше в Республике Северная Осетия - Алания: автореф... дисс.канд. мед.наук. – Ростов- на-Дону, 2009 – 27 с.

59 Комарова Л.Е. Маммографический скрининг женщин 40-49 лет (обзор литературы) // Онкогинекология. – 2013. – Т.4. – С.56-63.

60 Макиева К.Б. Показатели заболеваемости злокачественными новообразованиями молочной железы // Вестник Кыргызско-Российского славянского университета. – 2014. – Т.14, №10. – С.146-147.

61 Титаренко Р.А. Ретроспективное исследование эволюции методов лечения и постановки ранней диагностики рака молочной железы (на примере Свердловской обл. за 1950 - 2000 гг.): дисс...канд.мед. наук. – Уфа, 2005.–142с.

62 Пынзарь В.А. Особенности лечения рака молочной железы в пожилом и старческом возрасте: автореф. дисс... канд.мед. наук. – М.- 2007. – 18с.

63 Летягин В.П.: Органосохраняющие методы лечения больных первичным раком молочной железы (состояние и перспективы развития) // Мат. VII Росс. Онколог. конгресса. М., 2004. – С. 16-22.

64 Фомина А.С., Орлова Т.П., Красильников А.В., Меньшикова Л.И. Совершенствование системы раннего выявления онкологических заболеваний женской репродуктивной системы и молочных желез на уровне первичной медицинской организации // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 3. – С.138-146.

65 Синельникова, О.А. СВЧ-радиотермометрия в диагностике и оценке эффективности неодьювантного лечения рака молочной железы: диссер... канд. мед.наук (14.01.12). – М.- 2013. – 150 с

66 Новикова Е.В. Комплексная лучевая диагностика непальпируемых образований молочных желез в пременопаузальном периоде: автореф. дисс...канд.мед.наук. – М.- 2018. – 25с.

67 Петров А. В. Особенности клинических и лучевых проявлений рака молочной железы при разной степени дифференцировки опухолевых клеток / Белосельский Н. Н. // Матер. 6-й Всеросс. научно-практичес. Конф. с международным участием «Проблемы клинической и эстетической маммологии» // Вестник Российской Ассоциации Радиологов. – М.- 2009. – № 1 – С. 168-169. <http://elibrary.ru/item.asp?id=28409045> 07.07.2020.

68 Мейлах Б.Л. Оптимизация диагностики и лечения больных раком молочной железы центральной и внутренней локализации: дисс...канд.мед.наук. – М., 2005. – 153с.

69 Петров А.В., Белосельский Н.Н. Клинические и лучевые проявления рака молочной железы различных размеров // Матер. 5-й Всероссийской научно-практич. Конф. с международным участием «Организационные, медицинские и

технические аспекты клинической маммологии». – М.- 2007. – С. 115-118.

70 Петров А.В., Белосельский Н.Н. Сравнительные клинические и рентгенологические проявления начального рака молочной железы // Матер. 2-го Всероссийского Национального конгресса по лучевой диагностике и терапии. «Медицинская визуализация». Специальный выпуск. – М.- 2008. – С.212-213.

71 Макиева К.Б. Оптимизация ранней диагностики образований молочной железы: автореф. дисс... канд. мед. наук., Бишкек, 2010. – 22с.

72 Петров А.В. Методика комплексной оценки клинических и лучевых признаков степени злокачественности рака молочной железы // Современные проблемы науки и образования. – 2011. – №3- 34с.

73 Васкевич Е.Ф. Исследование экспрессии МРНК маммаглобина у пациенток с различной патологией молочных желез: дисс...канд. мед. наук. – М.- 2010. – 97с.

74 Ананина О.А. Оптимизация ранней диагностики рака молочной железы на основе информационной системы: дисс...канд. мед. наук. – Томск, 2008 – 147с.

75 Захарова Н.А. Ранняя диагностика рака молочной железы с использованием скрининговой программы: диссер...доктора мед. Наук. – Уфа, 2012 – 256 с.

76 Корженкова Г.П. Скрининговые технологии в диагностике заболеваний молочной железы // Лучевая диагностика и интервенционная радиология в клинической онкологии. – 2006. – С.39-41.

77 Энгбанг Н.Ж. Пути оптимизации ранней диагностики и профилактики рака молочной железы (I-II стадии) у женщин репродуктивного возраста и старше в Республике Северная Осетия - Алания: автореф. дисс. к.м.н. – Ростов-на-Дону, 2009 – 27с.

78 Васильев А.Г. Оценка методов диагностики характера и степени распространения опухолевого процесса в планировании лечения рака молочной железы: дисс...канд. мед. наук. – СПб, 2013. – 131с.

79 Синельникова О.А., Керимов Р.А., Синюкова Г.Т., Баранова М.П. Оценка эффективности неoadьювантной терапии рака молочной железы посредством СВЧ-радиотелеметрии // Российский онкологический журнал. – 2013. – №2. – С. 37-40. 79 <http://elibrary.ru/item.asp?id=28409045> 25.09.202.

80 Захарова Н.А. Ранняя диагностика рака молочной железы с использованием скрининговой программы: дисс...канд. мед. наук. – Уфа, 2012. – 256 с.

81 Кудреватых Е.В. Магнитно-резонансная томография в диагностике и оценке результатов комплексного лечения рака шейки матки: диссер... канд.мед. наук (14.01.13). – М., 2011. – 140с.

82 Вареник А.А. Профилактика предраковых заболеваний и рака шейки матки у сексуально-активных девушек-подростков и женщин «резерва родов»: автореф. дисс...канд. мед. наук. – Минск, 2010 – 22с.

83 Родионова О.М. Цитологический скрининг рака шейки матки: дисс...канд. мед. наук. – Владивосток, 2007. – 139с.

84 Хутиева И.К. Профилактика и ранняя диагностика фоновых, предраковых заболеваний и рака шейки матки (на модели Республики Северная Осетия - Алания): автореф. дисс...канд. мед. наук. – Ростов-на-Дону, 2006. – 22с.

85 Нуралина И.С. Медико-социальная оценка заболеваемости и смертности от рака шейки матки в Казахстане: дисс...канд. мед. наук. – Алматы, 2012. – 94с.

86 Дудик Ю.Е., Мавроди Т.В. Возраст как фактор риска в возникновении рака женских половых органов в Краснодарском крае // Российский журнал онкологии. 2002. – №1. – С.40-42.

87 Шихнабаева Н.Д. Эпидемиология злокачественных новообразований репродуктивной системы взрослого женского населения республики Дагестан (экологические аспекты): дисс...канд. мед. наук. – Махачкала, 2005. – 137с.

88 Мыреева С.А. Обоснование и совершенствование профилактики, ранней диагностики злокачественных новообразований женских половых органов с учетом региональных особенностей (на примере Якутии): автореф. дисс...канд. мед. наук. – Уфа, 2010. – 26с.

89 Кудреватых Е.В. Магнитно-резонансная томография в диагностике и оценке результатов комплексного лечения рака шейки матки: дисс...канд. мед. наук. – М., 2011. – 110с.

90 Цыганкова О.Ю. Оптимизация ранней диагностики и профилактики патологии шейки матки, ассоциированной с вирусом папилломы человека: дисс...канд. мед. наук. – Омск, 2009. – 174с.

91 Давыдов А.И., Мехдиев В.Э., Сиordia А.А. Трехмерная трансвагинальная эхография в режиме цветового и энергетического доплера: перспективы, возможности, ограничения. // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2008. – Т.7, № 1. – С.56-64.

92 Ковалева Т.Ю. Оптимизация дифференциальной диагностики пролиферативных процессов матки: автореф. дисс...канд. мед. наук. – Воронеж, 2014. – 22с.

93 Каприн А.Д., Новикова Е.Г., Трушина О.И., Грецова О.П. Скрининг рака шейки матки – нерешенные проблемы // Исследования и практика в медицине. – 2015. – Т. 2, № 1. – С.36-41.

94 Бахидзе Е.В., Аршавская И.Л. Роль вируса папилломы человека в диагностике, мониторинге и прогнозе рака шейки матки//Сибирский онкологический журнал. – 2012. – № 3 (51) – С.34-40.

95 Якубова М.Б. Оптимизация вторичной профилактики рака шейки матки на основе комплексной диагностики фоновых заболеваний: дисс...канд.мед.наук. – Уфа, 2006. – 115с.

96 Леонов М.Б. Онко-эпидемиологические аспекты разработки путей оптимизации профилактики и ранней диагностики рака шейки матки (на модели Краснодарского края): дисс...д-ра мед. наук. – Ростова Дону, 2011. – 318 с.

97 Велиев Е.И. Оптимизация хирургического лечения больных локализованным раком предстательной железы: дисс...д-ра мед. наук. – СПб, 2003. – 350с.

- 98 Шевченко А.Н. Усовершенствование методов диагностики и лечения рака предстательной железы: дисс...д-ра мед.наук. – Ростов-на-Дону, 2005. 306с.
- 99 Петрова Е.А. Клиническое значение магнитно-резонансной томографии при локализованном и местно-распространенном раке предстательной железы: дисс...канд. мед. наук. – Обнинск, 2013. – 121 с.
- 100 Алексеев Б.Я., Русаков И.Г. Лечение локализованного рака предстательной железы: выбор тактики, результаты лечения // Российский онкологический журнал. – 2004. – № 6 –С.48-50.
- 101 Охриц В.Е. Диагностические и прогностические факторы рака предстательной железы: дисс...канд. мед. наук. – М., 2012. – 115с.
- 102 Курзанов А.Н., Стрыгина Е.А., Медведев В.Л. Диагностические и прогностические маркеры рака предстательной железы // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – №2.
- 103 Обухов А.А. Ранняя диагностика рака предстательной железы с помощью гистосканирования: дисс...канд. мед. наук. – М., 2013.–117с.
- 104 Костин А.А., Кульченко Н.Г., Толкачев А.О. Рак предстательной железы. Принципы ранней диагностики // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. – 2016. – № 4. – С.68-75.
- 105 Павлов К.А., Шкопоров А.Н., Хохлова Е.В., Корчагина А.А., Сидоренков А.В., Григорьев М.Э., Пушкарь Д.Ю., Чехонин В.П. Разработка диагностической тест-системы для ранней неинвазивной диагностики рака простаты, основанной на количественной детекции мРНК гена PCA3 в осадке мочи методом ОТ-ПЦР в режиме реального времени // Вестник Российской академии медицинских наук. – 2013. – Т.68, № 5. –С.45-51.
- 106 Конарев А.В. Оптимизация диагностики рака предстательной железы: дисс...канд. мед. наук. – Уфа, 2004. – 128с.
- 107 Сидоров И.Т. Пути совершенствования диагностики рака предстательной железы: дисс...канд.мед.наук. – Уфа, 2007. – 195с.
- 108 Пушкарь Д.Ю., Раснер П.И. Диагностика и лечение локализованного рака предстательной железы / М.: МЕДпресс информ, 2008. – 320с.
- 109 Тарасова Т.С., Неймарк А.И., Неймарк Б.А. Улучшение качества диагностики рака предстательной железы // Актуальные проблемы урологии, андрологии, репродуктивной медицины: Матер. межрегиональной конф. урологов Сибири-Новосибирск. – 2008. – С.217-220.
- 110 Кит О.И., Шевченко А.Н., Болоцков А.С., Максимова Н.А. Возможности трансректального ультразвука в ранней диагностике локальных форм рака предстательной железы // Современные проблемы науки и образования. 2012. №2.-39с.
- 111 Чиссов В.И., Русаков И.Г. Заболеваемость раком предстательной железы в Российской Федерации // Экспериментальная и клиническая урология. – 2011 – Т.3, № 2. – С.6-7.
- 112 Курзанцева О.О. Лучевая диагностика рака предстательной железы: дисс...канд.мед.наук. – Москва, 2005. – 129с.
- 113 Чигирева И.Б., Панченко С.В., Шарафутдинов М.Г., Тонсова М.А.

Возможность применения неинвазивных методов для диагностики рака предстательной железы // Ульяновский медико-биологический журнал. – 2018. – № 1. – С. 80-84.

114 Васильева А.К. Ультразвуковая эластография в диагностике рака предстательной железы: дисс... канд. мед. наук. – М., 2014. – 104с.

115 Ишкинин Е.И. Совершенствование скрининга рака предстательной железы: дисс... д-ра PhD. – Алматы, 2017. – 124с.

116 Michalski J.M., Lawton C., El Naqa I., Ritter M.O., Meara E., Seider M.J. et al. Development of RTOG consensus guidelines for the definition of the clinical target volume for postoperative conformal radiation therapy for prostate cancer // International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics. – 2010. № 76 (2) – P.361.

117 Марисов Л.В., Винаров А.З., Аляев Ю.Г., Мартиросян Г.А. Инцидентальный рак простаты: распространенность и подходы к лечению // Медицинский вестник Башкортостана. – 2013. – Т. 8, № 3. – С.112-117.

118 Глыбочко П.В., Аляев Ю.Г., Амосов А.В., Обухов А.А., Ганжа Т.М., Амосов Н.А. Опыт применения аппарата Histoscanning в ранней диагностике рака предстательной железы // Медицинский алфавит, Радиология. – 2011. – №19. – С. 40-42.

119 Оптимизация ранней диагностики заболеваний предстательной железы в условиях мегаполиса / Н.А. Лопаткин, В.А. Максимов, Л.А. Ходырева, Е.Н. Давыдова // Урология. – 2009. – №5. – С.50-54.

120 Гурина Л.И. Эпидемиологические особенности рака предстательной железы в регионе Сибири и Дальнего Востока. Оптимизация ранней диагностики и тактики лечения: дисс... д-ра мед. наук. – Томск, 2005. – 372с.

121 Тарасова Т.С. Программа ранней диагностики рака предстательной железы и необходимые экономические затраты на ее осуществление на примере Алтайского края // Сибирский медицинский журнал. – 2008. – №2. – С.52-55.

122 Амбулаторная онкология / Ганцев Ш.Х., Рахматуллина И.Р., Малышева Е.В., Кудряшова Л.Н., Ахметова Р.Г., Гамм И.Е. – Уфа. Изд-во «Здравоохранение Башкортостана», 2005. – 150 с.

123 Кудряшова Л.Н. Оптимизация ранней диагностики и вторичной профилактики рака толстой кишки в условиях амбулаторно-поликлинической сети: дисс... канд. мед. наук. – Уфа, 2005. – 112 с.

124 Самойленко Н.А. Оптимизации поликлинического этапа вторичной профилактики и ранней диагностики злокачественных новообразований: дисс... канд. мед. наук. – Уфа. 1997. – 126с.

125 Животовский А.С., Кутихин А.Г., Брусина Е.Б., Цитко Е.А. Эпидемиология колоректального рака: обзор факторов риска // Эпидемиология и вакцинация. – 2013. – №1. – С.58-64.

126 Кудряшова Л.Н. Оптимизация ранней диагностики и вторичной профилактики рака толстой кишки в условиях амбулаторно-поликлинической сети: дисс... канд. мед. наук. – Уфа, 2005. – 121с.

127 Федоров В.Э., Поделякин К.А. Эпидемиологические аспекты колоректального рака // Медицинский альманах. – 2017. – Т.4, № 49. – С.142-148.

128 Прудникова Я.И., Кручинина М.В., Курилович С.А., Светлова И.О., Андриюшина Н.А., Войцицкий В.Е., Рягузов М.Е., Хадагаев И.Б. Анализ причин позднего выявления пациентов с колоректальным раком (по данным архивных историй болезни лечебных учреждений г. Новосибирска) / Современные проблемы науки и образования. – 2017. – №4.-54с.

129 Bray F., Znaor A., Cueva P., Korir A., Swaminathan R., Ullrich A., Wang S.A., Parkin D.M. Planning and developing population-based cancer registration in low- and middle-income settings – IARC Technical publication No. 43.-P.23-29

130 Bretthauer V., Kalager M. Principles. Effectiveness and caveats in screening for cancer // Br.J.Surg. – 2013. – 100 (1). –P.55-60.

131 Комарова Л.Е. Современное состояние скрининговых программ в онкологии // Российский онкологический журнал. – 2013. – №5. –С.48-51.

132 Протасова А.Э., Орлова Р.В. Современное состояние скрининга злокачественных опухолей // Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2011. – Серия 11, вып. 2. – С.90-100.

133 Чевардов Н.И., Устинова Е.Ю., Нырков Б.С., Кравец Б.Б. Критерии оценки результативности медицинской помощи больным со злокачественными новообразованиями // Журнал теоретической и практической медицины. – Воронеж, 2006. – Т.4, № 2 –С.212-215.

134 Бутрина В.И. Медико-организационные технологии своевременного выявления онкологических заболеваний трудоспособного населения мегаполиса: дисс...д-ра мед.наук. – М., 2014. – 280с.

135 Организация онкологической службы в России (методические рекомендации, пособия для врачей) Ч. 2 / под ред. В. И. Чиссова, В. В. Старинского, Б. Н. Ковалева. М.: ФГУ МНИОИ им. П.А.Герцена Росмедтехнологий, 2007.– 663с.

136 Шаров С.В. Обоснование организационных мероприятий по совершенствованию онкологической помощи населению: дисс...канд. мед. наук.– СПб, 2014–137 с.

137 Вергейчик Г.И. Проблемы и перспективы вторичной профилактики рака шейки матки в Республике Беларусь // Журнал Медицинские новости. – 2007. №4.–С.49-52.

138 Шалгумбаева Г.М. Оценка эффективности проведения скрининговой программы по раннему выявлению раковых и предраковых заболеваний шейки матки по Восточно-Казахстанскому региону и пути улучшения ее качества: дисс...д-ра PhD. – Семей, 2014.–119с.

139 Стрельников А.А., Обрезан А.Г., Шайдаков Е.В. Скрининг и профилактика актуальных заболеваний: руководство для врачей. – СПб.: СпецЛит, 2012.–535с.

140 Ауезова Э.Т. Организация работы женского и мужского смотрового кабинета. – Метод. рекомендации. – Алматы:, 2016. – 42с.

141 Нургазиев К.Ш., Байпеисов Д.М., Ауезова Э.Т., Кулкаева Г.У., Адилбай Д.Г. Мониторинг и оценка деятельности онкологической службы РК. - Метод.рекомендации. – Алматы.- 2016. – 238с.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ

РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН



**АВТОРЛЫҚ ҚҰҚЫҚПЕН ҚОРҒАЛАТЫН ОБЪЕКТІЛЕРГЕ ҚҰҚЫҚТАРДЫҢ
МЕМЛЕКЕТТІК ТІЗІЛІМГЕ МӘЛІМЕТТЕРДІ ЕНГІЗУ ТУРАЛЫ**

ҚУӘЛІК

2019 жылғы «18» қараша № 6495

Авторлық (лардың) жөні, аты, әкесінің аты (егер ол жеке басын куәландыратын құжатта көрсетілсе):
**НУРҒАЗИЕВ ҚУАНЫШ ШАЛЫБАЕВИЧ, БАЙШЕИСОВ ДАУЛЕТ МУХАМЕТКАЛИЕВИЧ, АУЕЗОВА
ЭЛЬМИРА ТУҒЕЛБАЕВНА, ӘДІЛБАЙ ДӘУРЕН ҒАЛЫМУЛЫ, ҚУЛҚАЕВА ГҰЛЬНАРА
УТЕПЕРГЕНОВНА**

Авторлық құқық объектісі: **ғылыми туынды**

Объектінің атауы: **"МОНИТОРИНГ И ОЦЕНКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РК
(Методические рекомендации)"**

Объектіні жасаған күні: **16.03.2016**





Құжат тәуелсіздерінің <http://www.kazpatent.kz/ru/oviyatnyy>
"Авторлық құқық" бөлімінде тексеруге болады. <https://copyright.kazpatent.kz>

Подлинность документа возможно проверить на сайте [kazpatent.kz](http://www.kazpatent.kz)
в разделе «Авторское право» <https://copyright.kazpatent.kz>

Подписано ЭЦП

Оспанов Е. К.

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ



РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

СВИДЕТЕЛЬСТВО

О ВНЕСЕНИИ СВЕДЕНИЙ В ГОСУДАРСТВЕННЫЙ РЕЕСТР
ПРАВ НА ОБЪЕКТЫ, ОХРАНЯЕМЫЕ АВТОРСКИМ ПРАВОМ

№ 6495 от «18» ноября 2019 года

Фамилия, имя, отчество, (если оно указано в документе, удостоверяющем личность) автора (ов):

НУРГАЗИЕВ ҚУАНЫШ ШАДЫБАЕВИЧ, БАЙПЕЙСОВ ДАУЛЕТ-МУХАМЕТҚАЛИЕВИЧ, АУЕЗОВА
ЭЛЬМИРА ТУГЕЛБАЕВНА, ӘДІЛБАЙ ДӘУРЕН ҒАЛЫМУЛЫ, КУЛҚАЕВА ГҮЛЬНАРА
УТЕПЕРГЕНОВНА

Вид объекта авторского права: произведение науки

Название объекта: "МОНИТОРИНГ И ОЦЕНКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РК
(Методические рекомендации)"

Дата создания объекта: 16.03.2016



Құжат тұтастайынан <http://www.kazpatent.kz/ru/> сайтының
"Авторлық құқық" Бөлімінде желісінде болады. <https://copyright.kazpatent.kz>

Подлинность документа возможно проверить на сайте [kazpatent.kz](http://www.kazpatent.kz)
в разделе «Авторское право» <https://copyright.kazpatent.kz>

Подписано ЭЦП

Оспанов Е. К.

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ  РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

**АВТОРЛЫҚ ҚҰҚЫҚПЕН ҚОРҒАЛАТЫН ОБЪЕКТІЛЕРГЕ ҚҰҚЫҚТАРДЫҢ
МЕМЛЕКЕТТІК ТІЗІЛІМГЕ МӘЛІМЕТТЕРДІ ЕНГІЗУ ТУРАЛЫ**

КУӘЛІК

2019 жылғы «15» қараша № 6471

Автордың (дардың) жөні, аты, әжесінің аты (егер ол жеке басын куәландыратын құжатта көрсетілсе):
АУЕЗОВА ЭЛЬМИРА ТУГЕЛБАЕВНА

Авторлық құқық объектісі: **әдеби туынды**

Объектінің атауы: **"ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ МУЖСКИХ И ЖЕНСКИХ СМОТРОВЫХ КАБИНЕТОВ
(Методические рекомендации)"**

Объектіні жасаған күні: **15.12.2016**





Құжат түпнұсқасын <http://www.kazpatent.kz/ru> сайтының
"Авторлық құқық" бөлімінде тексеруге болады <https://copyright.kazpatent.kz>

Подлинность документа возможно проверить на сайте kazpatent.kz
в разделе «Авторское право» <https://copyright.kazpatent.kz>

Подписано ЭЦП Оспанов Е. К.

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ



РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

СВИДЕТЕЛЬСТВО

О ВНЕСЕНИИ СВЕДЕНИЙ В ГОСУДАРСТВЕННЫЙ РЕЕСТР
ПРАВ НА ОБЪЕКТЫ, ОХРАНЯЕМЫЕ АВТОРСКИМ ПРАВОМ

№ 6471 от «15» ноября 2019 года

Фамилия, имя, отчество, (если оно указано в документе, удостоверяющем личность) автора (ов):
АУЕЗОВА ЭЛЬМИРА ТУГЕЛБАЕВНА

Вид объекта авторского права: произведение литературы

Название объекта: "ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ МУЖСКИХ И ЖЕНСКИХ СМОТРОВЫХ КАБИНЕТОВ
(Методические рекомендации)"

Дата создания объекта: 15.12.2016



Құжат түпнұсқасын <http://www.kazpatent.kz/kz/байтұның>
"Авторлық құқық" бөлімінде тексеруге болады. <https://copyright.kazpatent.kz>

Подлинность документа возможно проверить на сайте [kazpatent.kz](http://www.kazpatent.kz)
в разделе «Авторское право» <https://copyright.kazpatent.kz>

Подписано ЭЦП

Оспанов Е. К.

ПРИЛОЖЕНИЕ В

«ҚАЗАҚСТАН-РЕСЕЙ
МЕДИЦИНАЛЫҚ
УНИВЕРСИТЕТІ» МЕМБМ



НУО «КАЗАХСТАНСКО-
РОССИЙСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»

АКТ *N1216*

внедрения результатов научно-исследовательской работы

Наименование организации, где внедряется работа:

Кафедра онкологии и маммологии с курсом визуальной диагностики
НУО «Казakhstanско-Российский медицинский университет»

Работа включена из диссертационной работы докторанта
Ауезовой Э.Т., на тему «Раннее выявление визуально -доступных форм
онкопатологии в мужских и женских смотровых кабинетах на уровне
ПМСП»

Работа внедрена : в инициативном порядке

Форма внедрения: использование в качестве лекционного материала

Результаты внедрения: положительные

Эффективность внедрения: Организационная и образовательная,
обеспечивающая повышение уровня знаний медицинских работников
ПМСП и их участия в пропаганде профилактики онкопатологии

Сроки внедрения: 2018-2019 учебный год.

Заведующая кафедрой:

С.Е. д.м.н. Есентаева С.Е.

Ответственная за исполнение:

Л.Ж. д.м.н. Оракбай Л.Ж.



Исполнитель: *Ауезова Э.Т.*

АКТ
Внедрения результатов научно-исследовательской работы

Наименование организации, где внедряется работа:

*ГКП на ПХВ «Областной онкологический диспансер Мангыстауской области»
г. Актау*

Работа включена из диссертационной работы докторанта Ауезовой Э.Т. на тему: «Раннее выявление визуально - доступных форм онкопатологии в смотровых кабинетах на уровне ПМСП»

Наименование предложения:

Методические рекомендации по раннему выявлению визуально - доступных форм онкопатологии в мужских и женских смотровых кабинетах на уровне ПМСП

Работа внедрена: *в инициативном порядке*

Форма внедрения: *Использование в методической деятельности организаций (онкологическая служба, организации здравоохранения, оказывающие амбулаторно-поликлиническую помощь)*

Эффективность внедрения: *Организационная, для совершенствования мероприятий по раннему выявлению визуально - доступных форм онкопатологии среди населения*

Сроки внедрения: *2016-2017 гг.*

Председатель :

Джариев Н.Н.

м.п.

Исполнитель:

Ауезова Э.Т.



АКТ
Внедрения результатов научно-исследовательской работы

Наименование организации, где внедряется работа:

КГП на ПХВ «Региональный онкологический диспансер г. Семей»

Работа включена из диссертационной работы докторанта Ауезовой Э.Т. на тему: «Раннее выявление визуально - доступных форм онкопатологии в смотровых кабинетах на уровне ПМСП»

Наименование предложения:

Методические рекомендации по раннему выявлению визуально - доступных форм онкопатологии в мужских и женских смотровых кабинетах на уровне ПМСП

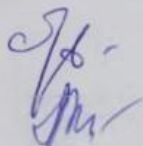
Работа внедрена: *в инициативном порядке*

Форма внедрения: *Использование в методической деятельности организаций (онкологическая служба, организации здравоохранения, оказывающие амбулаторно-поликлиническую помощь)*

Эффективность внедрения: *Организационная, для совершенствования мероприятий по раннему выявлению визуально - доступных форм онкопатологии среди населения*

Сроки внедрения: *2016-2017 гг.*

Председатель :



Сандыбаев М.Н.

Исполнитель:

Ауезова Э.Т.



АКТ
Внедрения результатов научно-исследовательской работы

Наименование организации, где внедряется работа:

ГКП на ПХВ «Жамбылский областной онкологический диспансер УЗ Жамбылской области»

Работа включена из диссертационной работы докторанта Ауезовой Э.Т. на тему: «Раннее выявление визуально - доступных форм онкопатологии в смотровых кабинетах на уровне ПМСП»

Наименование предложения:

Методические рекомендации по раннему выявлению визуально - доступных форм онкопатологии в мужских и женских смотровых кабинетах на уровне ПМСП

Работа внедрена: в инициативном порядке

Форма внедрения: *Использование в методической деятельности организаций (онкологическая служба, организации здравоохранения, оказывающие амбулаторно-поликлиническую помощь)*

Эффективность внедрения: *Организационная, для совершенствования мероприятий по раннему выявлению визуально - доступных форм онкопатологии среди населения*

Сроки внедрения: 2016-2017 гг.

Председатель

Исполнитель



Нуржанов А.К.

м.п.

Ауезова Э.Т.

АКТ
Внедрения результатов научно-исследовательской работы

Наименование организации, где внедряется работа:

ГКП на ПХВ «Онкологический центр» Акимата г.Астана

Работа включена из диссертационной работы докторанта Ауезовой Э.Т. на тему: «Раннее выявление визуально - доступных форм онкопатологии в смотровых кабинетах на уровне ПМСП»

Наименование предложения:

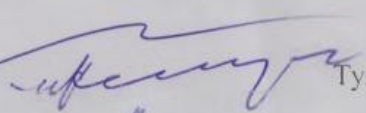
Методические рекомендации по раннему выявлению визуально - доступных форм онкопатологии в мужских и женских смотровых кабинетах на уровне ПМСП

Работа внедрена: *в инициативном порядке*

Форма внедрения: Использование в методической деятельности организаций (онкологическая служба, организации здравоохранения, оказывающие амбулаторно-поликлиническую помощь)

Эффективность внедрения: Организационная, для совершенствования мероприятий по раннему выявлению визуально - доступных форм онкопатологии среди населения

Сроки внедрения: 2016-2017 гг.

Председатель:  Тулеутаев М.Е.

Исполнитель:  Ауезова Э.Т.



АКТ

Внедрения результатов научно-исследовательской работы

Наименование организации, где внедряется работа:

Учебно-методический центр г.Алматы

Работа включена из диссертационной работы докторанта Ауезовой Э.Т., на тему «Раннее выявление визуально -доступных форм онкопатологии в мужских и женских смотровых кабинетах на уровне ПМСП»

Работа внедрена : в инициативном порядке

Форма внедрения: использование в качестве лекционного материала

Результаты внедрения: положительные

Эффективность внедрения: Организационная и образовательная, обеспечивающая повышение уровня знаний медицински работников ПМСП и их участия в пропаганде профилактики онкопатологии

Сроки внедрения: 2016 - 2017 гг.

Заведующая ОДО :Кожайсахова З.Н.



Исполнитель: Ауезова Э.Т.

ПРИЛОЖЕНИЕ Г

Таблица – 29 Количество смотровых кабинетов в ПМСП

Область, города Алматы, Астана	из них имеют смотровые кабинеты					
	2016г.			2017г.		
	всего кабинетов	мужские	женские	всего кабинетов	мужские	женские
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>
Акмолинская область	23		23	41	18	23
Актюбинская область	18	0	18	86	5	81
Алматинская область	216	24	192	170	25	145
Атырауская область	15		15	28	13	15
ВКО	171	33	138	202	52	150
Жамбылская область	40	20	20	40	20	20
Западно- Казахстанская область	81	18	63	112	23	89
Карагандинская область	65	17	48	87	29	58
Костанайская область	44	16	28	58	26	32
Кызылординская область	17	2	15	93	14	79
Мангистауская область	11		11	20	10	10
Павлодарская область	36	13	23	46	23	23
Северо-Казахстанская область	34	17	17	35	17	18
Южно-Казахстанская область	115	11	104	134	30	104
г. Астана	22	5	17	31	10	21
г. Алматы	34	6	28	57	18	39
Республика Казахстан	942	182	760	1240	333	907

ПРИЛОЖЕНИЕ Д

Таблица – 30 Работа женского смотрового кабинета в медицинских организациях

Наименование области, городов	Женщин, посетивших поликлинику											
	2015г.				2016г.				2017г.			
	всего	%	из них первичных	%	всего	%	из них первичных	%	всего,	%	из них первичных	%
Акмолинская область	183150	49,1	77049	42,1	182485	49,1	86148	47,2	357591	94,2	152246	42,6
Актюбинская область	198127	47,1	89992	45,4	174807	40,9	88597	50,7	234285	55,6	99410	42,4
Алматинская область	783408	83,4	314681	40,2	819250	78,8	373523	45,6	687227	66,3	228394	33,2
Атырауская область	77022	26,5	46510	60,4	62828	21,1	46883	74,6	81904	26,5	43428	53,0
ВКО	370541	65,8	190244	51,4	380156	66,3	188219	50	401755	57,1	207004	51,5
Жамбылская область	127783	24,0	87430	68,4	147314	27,4	120162	81,6	303314	55,6	151878	50,1
Западно- Казахстанская область	217274	71,2	75745	34,9	245703	78,1	80073	32,6	178007	58,6	117249	65,9
Карагандинская область	444852	74,2	177899	40,0	464343	73,0	201567	43,4	532152	74,3	240371	45,2
Костанайская область	160990	35,9	87100	54,1	167270	37,6	98464	58,9	267959	59,6	116768	43,6
Кызылординская область	32154	8,5	14526	45,2	31548	8,3	13548	42,9	118636	28,9	65888	55,5
Мангистауская область	24042	8,1	14812	61,6	24601	7,8	15616	63,5	121611	38,9	74643	61,4
Павлодарская область	173965	43,7	82251	47,3	177258	44,6	79387	44,8	186436	45,9	90552	48,6
Северо-Казахстанская область	184021	63,6	55900	30,4	173100	59,8	52100	30,1	182934	62,9	56069	30,6
Южно-Казахстанская область	577358	42,8	356177	61,7	979905	71,1	330334	33,7	421424	30,0	255377	60,6
г. Астана	170114	39,2	92090	54,1	229355	48,9	123581	53,9	291305	57,3	128885	44,2
г. Алматы	311364	35,5	158796	51,0	320730	36,1	166779	52,0	463485	49,2	257134	55,5
Республика Казахстан	3946165	46,5	1921202	48,7	456065	52,1	2064981	45,3	4830025	52,9	2285296	47,3

ПРИЛОЖЕНИЕ Е

Таблица – 31 Работа мужского смотрового кабинета медицинских организаций (количество мужчин, прошедших через СК из первично посетивших амбулаторно-поликлиническую организацию)

Наименование области, городов	Мужчин, прошедших через смотровые кабинеты из первично посетивших амбулаторно-поликлиническую организацию						Мужчин, прошедших через смотровые кабинеты из всех посетивших амбулаторно-поликлиническую организацию					
	2015г.		2016г.		2017г.		2015г.		2016г.		2017г.	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Акмолинская область		0,0		0,0	6572	8,8		0,0		0,0	6572	3,0
Актюбинская область		0,0		0,0	6011	15,1		0,0		0,0	6011	5,0
Алматинская область	14450	4,2	69091	47,7	57290	60,7	14450	9,0	69091	24,5	57290	16,7
Атырауская область		0,0		0,0	14864	90,0		0,0		0,0	14864	43,7
ВКО			22116	30,9	71340	59,6			22116	15,6	71340	34,0
Жамбылская область	16040	66,1	39092	69,1	57586	71,3	16040	28,3	39092	42,8	57586	36,9
Западно-Казахстанская область	7271	24,2	15698	37,5	55390	73,7	7271	17,4	15698	10,3	55390	38,9
Карагандинская область	58117	64,2	104669	75,0	128539	86,2	58117	41,7	104669	31,3	128539	37,3
Костанайская область	11184	40,0	32482	65,9	47586	70,0	11184	22,7	32482	33,0	47586	26,6
Кызылординская область	120	5,6	1097	14,6	24045	63,7	120	1,6	1097	8,8	24045	25,7
Мангистауская область		0,0		0,0	16621	61,1		0,0		0,0	16621	25,1
Павлодарская область	0	0,0	11954	23,4	15681	39,4	0	0,0	11954	9,9	15681	12,6
Северо-Казахстанская область	40819	92,2	48279	93,5	55251	93,5	40819	79,0	48279	28,1	55251	29,0
Южно-Казахстанская область	923	13,5	65542	92,5	25996	69,3	8223	11,6	65542	62,6	25996	31,4
г. Астана	5183	28,2	8275	28,9	9259	20,5	5183	18,1	8275	15,8	9259	10,5
г. Алматы	8012	40,0	37142	41,8	73056	70,4	8012	9,0	37142	18,7	73056	38,6
Республика Казахстан	162119	44,9	455437	56,8	665087	62,2	169419	21,1	455437	25,9	665087	25,8
<i>r</i>			<i>0,958</i>		<i>0,961</i>				<i>0,967</i>		<i>0,966</i>	
<i>p</i>			<i>0,001</i>		<i>0,001</i>				<i>0,001</i>		<i>0,001</i>	

ПРИЛОЖЕНИЕ Ж

Таблица 32 – Выявлено патологий полости рта и кожи из осмотренных в женском смотровом кабинете медицинской организации

<i>Наименование области, городов</i>	<i>Из них выявлено</i>							
	<i>Полость рта</i>				<i>Кожа</i>			
	<i>рак</i>		<i>предрак</i>		<i>рак</i>		<i>предрак</i>	
	<i>абс</i>	<i>%</i>	<i>абс</i>	<i>%</i>	<i>абс</i>	<i>%</i>	<i>абс</i>	<i>%</i>
Акмолинская область	5	8,6	38	3,4	5	8,6	47	4,2
Актюбинская область	0	0,0	0	0,0	1	11,1	7	0,66
Алматинская область	5	0,2	33	1,0	20	21,8	266	8,2
Атырауская область	1	3,6	15	1,9	5	17,9	58	7,30
ВКО	2	2,2	6	0,2	27	16,3	527	9,8
Жамбылская область	1	3,0	15	1,3	3	9,1	31	2,68
Западно-Казахстанская область	4	14,8	10	0,5	9	33,3	379	18,87
Карагандинская область	4	1,6	116	2,8	59	23,1	762	18,42
Костанайская область	3	2,6	12	0,5	30	26,1	70	2,72
Кызылординская область	0	0,0	0	0,0	8	34,8	254	33,78
Мангистауская область	0	0,0	0	0,0	3	42,9	5	2,96
Павлодарская область	0	0,0	5	0,2	3	6,7	429	14,38
Северо-Казахстанская область	1	2,2	0	0,0	4	8,7	56	1,79
Южно-Казахстанская область	0	0,0	63	0,5	0	0,0	235	1,80
г. Астана	4	23,5	6	0,4	14	82,4	39	2,38
г. Алматы	4	5,1	491	6,2	22	28,2	1155	14,51
Республика Казахстан	34	3,4	810	1,6	213	21,3	4320	8,44

ПРИЛОЖЕНИЕ И

Таблица 33 – Выявлено других патологий в мужском смотровом кабинете медицинских организаций (выборочно по локализациям)

<i>Наименование области, городов</i>	<i>предстательная железа</i>				<i>Щитовидная железа</i>			
	<i>рак</i>		<i>предрак</i>		<i>рак</i>		<i>предрак</i>	
	<i>абс</i>	<i>%</i>	<i>абс</i>	<i>%</i>	<i>абс</i>	<i>%</i>	<i>абс</i>	<i>%</i>
Акмолинская область	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Актюбинская область	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Алматинская область	4	14,8	69	11,8	0	0	127	21,8
Атырауская область	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ВКО	7	41,2	69	27,7	0	0	6	3,6
Жамбылская область	4	33,3	304	53,8	0	0,0	45	8,0
Западно- Казахстанская область	10	52,6	286	48,7	0	0,0	14	2,4
Карагандинская область	35	38,5	2113	63,9	2	2,2	0	0,0
Костанайская область	30	46,2	65	54,2	1	1,5	2	1,7
Кызылординская область	0	0,0	64	68,8	0	0,0	6	6,5
Мангистауская область	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Павлодарская область	3	30,0	34	36,6	1	10,0	5	5,4
Северо-Казахстанская область	4	26,7	228	59,8	1	6,7	3	0,8
Южно-Казахстанская область	7	70,0	263	49,1	0	0,0	32	6,0
г. Астана	6	100,0	181	100,0	1	16,7	15	8,3
г. Алматы	3	21,4	687	14,1	1	7,1	211	4,3
Республика Казахстан	113	38,7	4363	37,8	7	2,4	466	4,0

ПРИЛОЖЕНИЕ К

Таблица 34 – Выявлено патологий прямой кишки, полости рта и кожи из осмотренных в мужском смотровом кабинете медицинских организаций

Наименование области, городов	Прямая кишка				Полость рта				Кожа			
	рак		предрак		рак		предрак		рак		предрак	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Акмолинская область	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Актюбинская область	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Алматинская область	8	29,6	182	31,2	1	5,3	24	4	13	48,1	159	27,2
Атырауская область	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ВКО	4	17,4	122	49,2	2	12	2	1	10	43,5	41	16,5
Жамбылская область	3	25,0	97	17,2	0	0,0	35	6,2	5	41,7	84	14,9
Западно-Казахстанская область	6	31,6	171	29,1	2	10,5	4	0,7	11	57,9	118	20,1
Карагандинская область	7	7,7	0	0,0	6	6,6	169	5,1	41	45,1	1027	31,0
Костанайская область	21	32,3	35	29,2	5	7,7	6	5,0	8	12,3	12	10,0
Кызылординская область	0	0,0	23	24,7	0	0,0	0	0,0	1	0,0	10	10,8
Мангистауская область	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Павлодарская область	1	10,0	11	11,8	1	10,0	1	1,1	4	40,0	42	45,2
Северо-Казахстанская область	0	0,0	69	18,1	1	6,7	7	1,8	9	60,0	74	19,4
Южно-Казахстанская область	5	50,0	75	14,0	0	0,0	24	4,5	6	60,0	64	11,9
г. Астана	3	50,0	36	19,9	2	33,3	2	1,1	5	83,3	15	8,3
г. Алматы	1	7,1	2145	44,2	2	14,3	438	9,0	7	50,0	1377	28,3
Республика Казахстан	59	20,2	2966	25,7	22	7,53	712	6,2	120	41,1	3023	26,2