

В. И. ТЫШЕЦКИЙ

К ВОПРОСУ О МЕТОДИКЕ СПЕЦИАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ

Одной из важных задач практического здравоохранения является рациональное планирование средств специализированных служб в зависимости от распространенности и социальной значимости той или иной патологии. Знание действительных ее размеров всегда было обязательным условием обоснования необходимых лечебных мероприятий, в частности в области онкологии.

Существующее представление о распространенности злокачественных новообразований не исчерпывает их действительного числа. Это обусловлено, с одной стороны, некоторой ограниченностью диагностических возможностей, еще недостаточной мощностью существующей медико-санитарной сети, а с другой — несовершенством информации о выявляемых раковых больных.

Специальные, периодически повторяемые, исследования истинной распространенности опухолей позволяют определять насколько точны о них текущие оперативные сведения и служат исходными для перспективного научного планирования всех видов онкологической помощи. Осведомленность об истинных уровнях пораженности населения злокачественными новообразованиями и их динамике может говорить и о эффективности профилактической и лечебной деятельности.

Для того, чтобы получить материалы о действительных размерах распространенности злокачественных новообразований необходимы следующие условия:

1) наличие развитой общедоступной системы медицинских учреждений;

2) достаточные диагностические возможности распознавания опухолей;

3) исчерпывающая медицинская документация и ее всестороннее использование. С учетом этих условий нами проведено специальное исследование распространенности злокачественных новообразований, уровня поражаемости ими населения в 6 городах Винницкой области. В основу исследования положено всестороннее изучение трех основных источников:

1) данные о заболеваемости и болезненности, регистрируемые во всех медико-санитарных учреждениях, обслуживающих население этих городов, независимо от их ведомственной принадлежности и территориального распределения;

2) сведения из записей актов гражданского состояния и данных врачебных свидетельств о смерти;

3) материалы патолого-анатомических вскрытий.

Нашему учету подлежал каждый местный житель* исследуемой территории, болевший злокачественной опухолью в течение 1954—1959 гг. Сведения о больных были получены из основных медицинских документов—историй болезни (амбулаторных и стационарных), протоколов патолого-анатомических вскрытий и врачебных свидетельств о смерти. Основная часть онкологических больных была учтена по данным онкологических учреждений, остальная часть заболевших раком и неизвестных онкологической службе—в медицинских учреждениях общелечебной сети.

Более 70% наблюдений подтверждены гистологически (биопсия, данные гистологического исследования опухолей, у оперированных—результаты аутопсий), остальные случаи учтены на основании клинических данных. Последнее в значительной мере относится к больным, у которых рак впервые обнаружен в неоперабельном состоянии. Страдавшие раком далеко зашедших стадий погибали преимущественно на дому и не были вскрыты.

Является общепризнанным, что использование при изучении распространенности злокачественных новообразований сведений врачебной регистрации причин смерти, которые указываются без вскрытия трупа, требует определения размеров точности клинической диагностики отдельных заболеваний. С этой целью нами изучено 1524 протокола патолого-анатомических вскрытий лиц, умерших в возрасте старше 15 лет, и установлено, что размеры диагностического недоучета злокачественных опухолей всех форм в клинических условиях стационарного наблюдения составляет +2,88% (1954—58 гг.). Величина средней ошибки полученного результата (первой поправки) равна $\pm 0,3\%$.

Обычно исчисляемый, таким образом, поправочный коэффициент диагностического недоучета в клинических условиях, относимый к регистрируемому уровню явления, не может служить надежной его характеристикой. В частности, такая поправка к данным о смертности от злокачественных новообразований недостаточна в силу того, что подавляющая часть умерших не вскрывается. По нашим данным, удельный вес вскрытых среди умерших в возрасте старше 15 лет достигал лишь 30%.

При изучении протоколов патолого-анатомических вскрытий установлено, что процент обнаруживаемого рака на 100 «нераковых» вскрытий составляет в возрасте от 15 до 50 лет—2,69, в возрасте 50 лет и старше—7,38; процент неподтвердившихся диагнозов рака на 100 вскрытий составляет в возрасте от 15 до 50 лет—11,26, в возрасте 50 лет и старше—10,78.

* С точки зрения краевой патологии, местным жителем принято считать того, кто проживал в данной местности в течение продолжительного времени (15—20 лет).

Результаты изучения качества прижизненной диагностики злокачественных новообразований мы сочли возможным распространить на умерших и не подвергшихся аутопсии. Такой методический прием дал возможность определить вторую поправку, равную $+7,5\%$ ($m=\pm 0,2\%$).

Естественно, что полученный суммарный поправочный коэффициент ($+10,38\%$), относимый к данным о регистрируемых раковых заболеваниях как причин смерти, или к данным регистрируемой заболеваемости злокачественными опухолями, имеет существенные колебания при различных локализациях рака. Особенно велики ошибки, а следовательно и недоучет при раке внутренних органов (легкого, желудка, печени, поджелудочной железы, почек и др.), диагностические возможности прижизненного обнаружения которого сравнительно ограничены.

Заключительным моментом сбора интересующих сведений явилось уточнение диагнозов злокачественных новообразований у лиц, заболевших до 1958 г. Их судьба была прослежена в течение 1 года (1959). В 19 случаях на основании последующего клинического наблюдения диагноз «злокачественного новообразования» не подтвердился. В связи с этим такие материалы были изъяты из последующей разработки, началом которой явилась повторная алфавитизация учтенных больных с целью исключения дубликатов. В течение 1954—1958 гг. нашим исследованием учтено 1807 больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования, болезненность злокачественными опухолями всех форм была равной: в 1954 г. — $518^{00}/_{000}$, 1955 г. — $558^{00}/_{000}$, 1956 г. — $601^{00}/_{000}$, 1957 г. — $536^{00}/_{000}$ и в 1958 г. — $670^{00}/_{000}$.

Результаты нашего исследования позволили определить близкий к истине уровень поражаемости населения злокачественными опухолями, составивший для 1954—1958 гг., в среднем, — $181^{00}/_{000}$.

Ниже приведены данные исследования, сопоставленные с официальными статистическими материалами онкологического диспансера.

Таблица

	Г о д ы				
	1954	1955	1956	1957	1958
Заболеваемость злокачественными опухолями на 100000 городского населения Винницкой области по данным областного онкологического диспансера	59	85	88	119	147
То же по данным специального исследования	178	181	172	179	193
Недоучет онкологических больных областным онкологическим диспансером (в %)	66,8	52,8	49,1	33,8	23,8

Как видно из таблицы, в течение пятилетия уровень заболеваемости злокачественными опухолями городских жителей оставался почти стабильным. Резкое возрастание показателей регистрируемой заболеваемости раком по отчетным данным свидетельствует об улучшении учета больных опухолями областным онкологическим диспансером. Тем не

менее, уровень осведомленности онкологического диспансера о выявляемых онкологических больных оставался, по нашим данным, в 1958 г. менее 88%*.

Если учесть, что диагностический недоучет раковых больных, по данным исследования, составляет 10,38%** , то фактические отчетные данные формы 61ж за 1958 г. по городскому населению Винницкой области отражали примерно 65% действительного числа раковых заболеваний.

Располагая такими сведениями, нетрудно было придти к заключению, что истинный уровень поражаемости населения раком может быть представлен суммарным числом, включающим данные о регистрируемой заболеваемости с поправками на оперативный и диагностический недоучет онкологических больных.

Поэтому формула истинной заболеваемости*** злокачественными опухолями имеет следующее выражение:

$$\begin{aligned} Z_{\text{истинная}} = & Z_{\text{регистрируемая}} + \\ & + \frac{Z_{\text{регистрируемая}} \times (100 - \text{К. О.})^*}{100} + \\ & + \frac{Z_{\text{регистрируемая}} \times \text{КДН}^{**}}{100} \end{aligned}$$

Подставив в формулу соответствующие значения, получим искомый уровень истинной поражаемости раком городского населения области в 1958 г.:

$$\begin{aligned} Z_{1958} = & 147 + \frac{147 \times (100 - 77,2)}{100} + \frac{147 \times 10,38\%}{100} = \\ = & 147 + 34,3 + 15,9 = 197,2^{00}/_{000} \end{aligned}$$

Предложенный способ определения близких к истине коэффициентов онкологической заболеваемости имеет большое научно-практическое значение для оценки поражаемости населения различных территорий, так как сопоставление полученных таким образом данных о частоте рака может определять вывод об изучении причин, формирующих разные уровни заболеваемости. В случае, если различия в определенных таким путем и стандартизованных уровнях поражаемости раком населения разных территорий окажутся существенными, возможны заключения об особенностях краевого распространения рака.

В ы в о д ы

1. Современные отчетно-оперативные данные о распространенности злокачественных новообразований недостаточно полно отражают дей-

* Коэффициент осведомленности условно обозначим К. О.

** Коэффициент диагностического недоучета условно обозначим КДН.

*** Заболеваемость условно обозначена буквой „З“.

ствительное число раковых заболеваний и требуют известных корректив путем проведения периодических специальных исследований.

2. Специальные исследования распространенности рака предполагают использование важнейших источников: данных о заболеваемости и болезненности населения, регистрируемых в медико-санитарных учреждениях независимо от их ведомственной принадлежности и территориального распределения, сведений причин смерти с учетом качества диагностики злокачественных новообразований.

3. Истинные данные о раковой патологии при их сопоставлении во времени или по различным территориям должны служить основанием к определению действительных особенностей поражаемости населения злокачественными новообразованиями, учитываемых при планировании противораковых мероприятий.

Институт онкологии АМН СССР,
Кафедра организации здравоохранения
Винницкого медицинского института

Поступило 14.V.1962 г.

Վ. Ի. ՏԻՇԵՑԿԻ

ՉԱՐՈՐԱԿ ՆՈՐԱԳՈՅԱՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ՀԱՏՈՒԿ ՈՒՍՈՒՄՆԱՍԻՐՈՒԹՅԱՆ ՄԵԹՈԴԻԿԱՅԻ ՀԱՐՅԻ ՄԱՍԻՆ

Ա մ փ ո փ ու մ

Աշխատության մեջ արծարծվում է շարորակ նորագոյացությունների տարածվածության ուսումնասիրության հատուկ մեթոդի հարցը և նրա արդյունքները:

Ընդգծվում է օնկոլոգիական հիմնարկություններում քաղցկեղային հիվանդության արձանագրված նյութերի խորը մշակման, հաշվետվության տրվելու լայնների վիրահատման և դիագնոստիկական թերհաշվառման ճշգրտման կոնֆիցենտի որոշման անհրաժեշտությունը:

Բնակչության շարորակ ուռուցքներով ախտահարման ճշգրիտ որոշման վերաբերյալ, հեղինակի կողմից առաջարկված բանաձևը, թույլ է տալիս ավելի լայն չափով օգտագործել օնկոլոգիական դիսպանսերների հաշվետու-օպերատիվ նյութերը օնկոլոգիական հիվանդության իրական մակարդակի ճշմարիտ առանձնահատկությունների ուսումնասիրությունների նպատակով: