

Научная статья

УДК 2.616-006.6-07: 316.6

DOI: 10.17816/pmj412112-122

УРОВЕНЬ КОМПЕТЕНТНОСТИ СЕЛЬСКИХ ВРАЧЕЙ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В ВОПРОСАХ ДИАГНОСТИКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ОСНОВНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ

С.В. Новикова

Центр амбулаторной онкологической помощи ООО «НовоМед», г. Магнитогорск, Российская Федерация

LEVEL OF COMPETENCE OF RURAL PHYSICIANS IN PRIMARY HEALTH CARE IN THE DIAGNOSIS OF MALIGNANT NEOPLASMS OF MAIN LOCALIZATIONS

S.V. Novikova

Center for outpatient cancer care «NovoMed» LLC, Magnitogorsk, Russian Federation

Цель. Анализ уровня компетентности сельских врачей по вопросам диагностики и маршрутизации пациентов с подозрением на злокачественные новообразования.

Материалы и методы. Исследование проведено с помощью анкетирования 35 медицинских работников (врачи-специалисты и фельдшеры смотровых кабинетов) центральных районных больниц пяти сельских муниципальных районов Магнитогорского онкологического кластера Челябинской области, участвующих в диагностике злокачественных новообразований четырёх основных локализаций.

Результаты. Анализ ответов опрошенных выдал весьма негативный результат: точную продолжительность обязательного первичного диагностического обследования, срок информирования онколога о выявленном больном со злокачественными новообразованиями и схему закрепления муниципальных медицинских организаций за центрами амбулаторной онкологии знает явное меньшинство опрошенных.

Выводы. Опрошенный контингент характеризуется: низкой онконастороженностью и неудовлетворительной компетенцией по вопросам начальных проявлений злокачественных новообразований; включением симптомов сформировавшегося рака в число ранних проявлений злокачественного новообразования, т.е. врач, не уверенный в диагнозе, ориентируется исключительно на очевидный симптом опухоли, игнорируя косвенные признаки заболевания, а в результате у пациента диагностируется запущенная стадия рака; недостаточными представлениями о полном перечне необходимых методов

© Новикова С.В., 2024
тел. + 7 912 304 07 77
e-mail: novikova.sv@novomed-mc.ru
[Новикова С.В. – главный врач].

© Novikova S.V., 2024
tel. + 7 912 304 07 77
e-mail: novikova.sv@novomed-mc.ru
[Novikova S.V. – Chief medical officer].

диагностики злокачественных новообразований ведущих локализаций; неудовлетворительными знаниями нормативной документации о маршрутизации пациентов с подозрением на злокачественное новообразование.

Ключевые слова. Рак тела матки, молочной железы, легкого и предстательной железы, сельское здравоохранение.

Objective. To analyze the level of rural PHC doctors' competence on the issues of diagnosis and routing patients with suspected cancer.

Materials and methods. The study was conducted using a survey of medical workers involved in the diagnosis of malignant neoplasms of four main localizations (specialist doctors and paramedics of examination rooms) of the Central District Hospital of five rural municipal districts of the Magnitogorsk oncological cluster of Chelyabinsk region. 35 physicians took part in the study.

Results. The results of the survey were quite negative: the minority of respondents are aware of the exact duration of the mandatory initial diagnostic examination, the period of informing the oncologist about the patient diagnosed with cancer, and the scheme for assigning municipal medical organizations to outpatient oncology centers.

Conclusions. The surveyed contingent is characterized by: low oncological alertness and unsatisfactory competence concerning the initial manifestations of malignancies; inclusion of symptoms of the formed cancer in the number of early manifestations of malignancies, which means that a doctor, unsure of the diagnosis, as if waiting for the appearance of an obvious, from his point of view, symptom of a tumor, and as a result, the patient has an advanced stage of cancer; 3) flawed ideas about the full list of necessary methods for diagnosing malignant neoplasms of leading localizations; unsatisfactory knowledge of regulatory documentation on the routing of patients with suspected cancer.

Keywords. Uterine breast, lung and prostate cancer, rural health care.

ВВЕДЕНИЕ

По сведениям базы данных агентства Globocan, формируемой Международным агентством по изучению рака, включающим первичные случаи злокачественных новообразований (ЗНО) 28 локализаций из 184 стран мира, к 2018 г. общая численность ЗНО составила более 14 млн случаев при количестве смертей в год около 8 млн случаев. Среди всех ЗНО 1-е место занимает рак легкого (РЛ) (13,0 %), а 2-е – рак молочной железы (РМЖ) (11,8 %) [1; 2].

В Российской Федерации также отмечается устойчивый рост ЗНО: так, показатель заболеваемости ежегодно увеличивается на 1,5 %. Общая смертность от онкологических опухолей находится на 2-м месте после болезней системы кровообращения [3; 4]. В 2019 г. обновлён «рекорд» по выявлению новых случаев ЗНО – более 640 тыс., что на 2,5 % выше данных 2018 г. [5]. С 2018 г. основ-

ными ЗНО, по данным Московского НИОИ им. П.А. Герцена, по выявляемости являются у женщин – РМЖ (51,5 %) и рак тела матки (РТМ) (18,9 %), у мужчин – РЛ (47,6 %) и рак предстательной железы (РПЖ) (41,6 %) [6].

Если в начале XXI в. заболеваемость РПЖ достигла 700 тыс. новых случаев в год, то в настоящее время общее число зарегистрированных новых случаев РПЖ составило более миллиона, из которых 119 тыс. зарегистрировано в развивающихся и 895 тыс. – в экономически развитых странах [7; 8]. Максимальный уровень заболеваемости этим видом рака регистрируется традиционно в странах Скандинавии – 55,3–61,4 случая на 100 тыс. мужчин [9]. РТМ, являясь основной патологией у онкогинекологических пациенток, также демонстрирует неуклонный рост числа новых случаев – почти по 320 тыс. за год при смертности в 75 тыс. случаев [10; 11]. При этом систематическом росте заболеваемости четырёх ведущих ло-

кализаций ЗНО особое беспокойство онкологов всего мира вызывает высокий уровень запущенности выявленных случаев [5; 12].

При анализе причин высокой запущенности ЗНО наиболее часто ссылаются на недостаточное финансирование: действительно, на многих территориях страны определяется дефицит финансирования «Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи». Суммарное недофинансирование в 50 субъектах РФ достигает почти 125 млрд рублей. Помимо этого, в настоящем году вследствие существенной корректировки федерального бюджета ожидается, что Минздрав РФ получит меньше, чем в предыдущем году. Всё это вынуждает большинство регионов планировать объем медицинской помощи, исходя из финансирования, а не реальной потребности жителей территории [13; 14] и материально-технического обеспечения диагностических отделений. Принимая во внимание эти обстоятельства, главными целями работы учреждений первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) является установление предварительного диагноза ЗНО, при этом очень важны компетентность и онкологическая настороженность медицинского персонала, а также оптимизация работы смотровых кабинетов и медосмотров [15; 16].

Цель исследования – анализ уровня компетентности сельских врачей по вопросам диагностики и маршрутизации пациентов с подозрением на злокачественные новообразования.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведено одномоментное социологическое исследование с помощью анкетирования врачей-специалистов и фельдшеров смотровых кабинетов центральных районных больниц (ЦРБ) пяти сельских муници-

пальных районов Магнитогорского онкологического кластера Челябинской области.

Исследование проводилось в период марта – января 2020 г. на базе ЦРБ Агаповского, Верхнеуральского, Нагайбакского, Брединского и Кизильского сельских муниципальных районов Челябинской области. Непосредственно опрос осуществлялся во время производственных совещаний по месту работы респондентов. Данный этап исследования проводился в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»³. Каждый респондент давал письменное согласие на участие в анкетировании.

Критерии включения респондентов: стаж по существующей специальности и работа в условиях сельской местности должна быть более пяти лет.

Критерии невключения: медицинская специальность не предполагает контактов с онкологическими больными.

Критерии исключения: стаж по существующей специальности и работа в условиях сельской местности менее пяти лет.

Всего в исследовании приняли участие 35 врачей, в числе которых семь акушеро-гинекологов, семь участковых терапевтов, четыре хирурга, четыре врача общей практики (ВОП), три уролога, семь фельдшеров женских смотровых кабинетов и три фельдшера мужских смотровых кабинетов поликлиник, то есть потенциально все эти медицинские работники могли иметь контакт с онкологическими пациентами, что делает настоящее исследование сплошным.

Исследование проведено на генеральной совокупности медицинских работников пяти ЦРБ, имеющих контакт с онкологическими пациентами.

Статистические методы. Статистическая обработка анкет включала группировку

³ О персональных данных: Федеральный закон № 152-ФЗ от 27.07.2006. М. 2006; 5.

данных, создание базы данных, построение комбинационных таблиц, расчет экстенсивных показателей. Поскольку основные и дополнительные целевые показатели являются экстенсивными величинами, измерение проводилось в процентах.

Проведенное исследование соответствует стандартам Хельсинкской декларации, одобрено Независимым этическим комитетом Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (протокол № 29 от 11.05.2022).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Главными из целой группы факторов, оказывающих влияние на качество медицинской помощи, являются профессиональная компетенция и опытность медицинских кадров. Применительно к онкологической помощи, осуществляемой на уровне муниципального сельского здравоохранения, это относится к участковым терапевтам, ВОП, акушерам-гинекологам, урологам, хирургам поликлиник и фельдшерам смотровых мужских и женских кабинетов.

Изученный контингент данных специалистов на 65,8 % состоял из женщин: это все акушеры-гинекологи, 85,8 % фельдшеров женских смотровых кабинетов и столько же участковых терапевтов. Мужчины преимущественно работают специалистами хирургического профиля – 75,0 % хирургов, 100 % урологов, а также 66,8 % фельдшеров мужских смотровых кабинетов.

20,0 % всех обследованных являются пенсионерами. Наиболее высока их доля среди ВОП (50,1 %). Респондентов в возрасте моложе 30 лет всего 11,5 %, существует дефицит, связанный с возрастной сменяемостью врачей в обследованных сельских ЦРБ.

Но возраст медицинских работников лишь косвенным образом может свидетельствовать об их опыте, более информативно для этого исследование продолжительности стажа по специальности.

Как видно из данных табл. 1, доля респондентов, имеющих стаж, позволяющий получить высшую квалификационную категорию или хотя бы первую, т.е. более 10 лет, составляет 85,6 %, то есть это большинство обследованных, но реально высшая категория имеется только у каждого пятого – это большинство урологов (66,6 %) и фельдшеров мужских смотровых кабинетов (33,4 %). 1-ю квалификационную категорию получил лишь каждый десятый респондент. В результате среди опрошенных наблюдается значительная доля тех, чей длительный профессиональный стаж не охарактеризован соответствующей квалификационной оценкой. В целом же длительность профессионального стажа слабо коррелирует ($r = +0,24 \pm 0,008$) с наличием квалификационной оценки у обследованных медицинских работников.

Так как последипломное образование в различных формах оказывает исключительно положительное влияние на уровень профессиональной подготовки медицинских персонала, у обследованных в обязательном порядке уточнялся факт прохождения повышений профессиональной переподготовки. Было установлено, что подавляющее большинство опрошенных (85,6 %) в различных формах за последние пять лет повышали свою профессиональную квалификацию. Доля тех, кто её не проходил, невысока, всего 8,5 %.

Все они недавние выпускники медицинских университетов, и у них ещё не закончился срок для прохождения обязательного последиplomного обучения. В результате лишь 5,9 % респондентов не проходили обязательное повышение профессиональной квалификации. Поскольку в программы всех

Таблица 1

Распределение опрошенных по продолжительности профессионального стажа, %

Медицинские работники	Продолжительность стажа, лет					Всего
	0–5	6–9	10–14	15–19	более 20	
ВОП	24,8	24,8	–	–	50,4	100
Акушеры-гинекологи	14,5	–	–	14,5	71,0	100
Хирурги	–	–	–	24,9	75,1	100
Участковые терапевты	–	–	29,0	–	71,0	100
Урологи	–	–	–	33,4	66,6	100
Фельдшеры мужских смотровых кабинетов	–	–	33,7	–	66,6	100
Фельдшеры женских смотровых кабинетов	14,2	14,2	43,2	14,2	14,2	100

Таблица 2

Распределение опрошенных по степени информированности по основным разделам приказов Минздрава Челябинской области от 19.01.2018 № 68 и от 27.01.2020 № 65, %

Медицинские работники	Положения приказов					
	Длительность первичного диагностического обследования		Срок информирования онколога о выявленном больном с ЗНО		Схема закрепления за центрами амбулаторной онкологии	
	знают	нет	знают	нет	знают	нет
ВОП	–	100,0	–	100,0	–	100,0
Акушеры-гинекологи	28,5	71,5	14,4	85,6	57,0	43,0
Хирурги	50,1	49,9	–	100,0	25,2	74,8
Участковые терапевты	–	100	14,4	85,6	57,0	43,0
Урологи	33,4	66,6	–	100,0	66,9	33,1
Фельдшеры мужских смотровых кабинетов	66,6	33,4	–	100,0	66,4	33,6
Фельдшеры женских смотровых кабинетов	14,4	85,6	–	100,0	71,7	28,3

циклов повышения квалификации всех специальностей в обязательном порядке включена онкология, очевидно, что большинство обследованных должны владеть знаниями о современной диагностике ЗНО и маршрутизации таких пациентов. Маршрутизация больных ЗНО подробно расписана в приказе Минздрава Челябинской области от 19 января 2018 г. № 68² и в приказе Минздрава Челябинской

области от 27.01.2020 № 65³. С учетом сведений, содержащихся в этих документах, были сформированы тесты для анализа знаний респондентов о длительности первичного диагностического обследования, сроке информирования онколога о больном ЗНО и о закреплении сельских ЦРБ за центрами амбулаторной онкологической помощи (ЦАОП).

² О маршрутизации взрослых пациентов при оказании медицинской помощи по профилю онкология в Челябинской области: приказ Минздрава Челябинской области № 68 от 19.01.2018. Челябинск 2018; 20.

³ Схемы прикрепления медицинских организаций и муниципальных образований Челябинской области к Центрам амбулаторной онкологической помощи: приказ Минздрава Челябинской области № 65 от 27.01.2020. Челябинск 2020; 20.

Анализ ответов опрошенных выдал обескураживающий результат: точную продолжительность обязательного первичного диагностического обследования с момента подозрения на ЗНО знает малая часть опрошенных – от 14,4 % фельдшеров женских смотровых кабинетов до 50,1 % хирургов, при этом у участковых терапевтов и ВОП вообще нет знаний по этим вопросам. Лишь две трети фельдшеров мужских смотровых кабинетов имеют некоторые представления, связанные с данной проблематикой.

Кроме того, крайне негативная ситуация сложилась с вопросом о сроке информирования онколога о выявленном больном ЗНО. Знания о максимально допустимых сроках имеют лишь несколько акушеров-гинекологов и участковых терапевтов. Для большинства опрошенных этот срок может находиться в интервале до 10 дней.

Относительно хорошо респонденты представляют схему закрепления муниципальных медицинских организаций за центрами амбулаторной онкологии: полностью правильно представляют 49,1 % всех респондентов. Оставшиеся респонденты, помимо правильного направления больного, могут выписать ошибочное направление в какую-либо областную онкологическую больницу.

Поскольку ознакомлены «под подпись» с вышеуказанными приказами были все ме-

дицинские работники сельских ЦРБ, которые могли контактировать с онкобольными, такой уровень информированности врачей ЦРБ следует считать неудовлетворительным.

Несмотря на всю необходимость знаний нормативной документации, касающейся маршрутизации больных с ЗНО, при исследовании причин запущенности ЗНО ведущих локализаций главным вопросом остаётся уровень компетентности медицинского персонала в симптоматике ЗНО и методах их диагностики.

В ЦРБ сельских районов в диагностике РЛ участвуют участковые терапевты, ВОП, хирурги и фельдшеры мужских смотровых кабинетов. Анализ их компетентности в клинической картине и в обязательных методах диагностики РЛ выявил ряд весьма негативных фактов (табл. 3): знания о ранних симптомах центрального РЛ правильно сформированы у явного меньшинства участковых терапевтов (14,4 %) и только у каждого четвёртого хирурга и трети фельдшеров мужских смотровых кабинетов. Лишь среди ВОП трое из четверых специалистов правильно ориентируются в симптоматике центрального РЛ. Следует заметить, что треть респондентов из числа тех, кто плохо знает раннюю симптоматику центрального РЛ, дополнительно к ранним симптомам упоминает и симптомы поздних стадий болезни.

Таблица 3

Доля респондентов, имеющих правильное представление о клинической картине и методах диагностики РЛ, %

Медицинские РЛ работники	Информированность о клинической картине и методах диагностики					
	Ранний симптом центрального РЛ		Отличие клинической картины центрального РЛ от периферического РЛ		Методы диагностики РЛ	
	знают	нет	знают	нет	знают	нет
ВОП	75,0	25,0	25,0	75,0	50,0	50,0
Хирурги	25,0	75,0	50,0	50,0	100,0	–
Участковые терапевты	14,4	85,6	28,8	71,2	71,4	28,6
Фельдшеры мужских смотровых кабинетов	33,3	66,7	–	100,0	33,3	66,7

Доля респондентов, имеющих правильное представление о клинической картине и методах диагностики РМЖ, %

Медицинские работники	Знание клинической картины и методов диагностики РМЖ			
	Начальные проявления РМЖ	Клиническая картина сформировавшегося РМЖ	Методы диагностики РМЖ	Срок пальпации молочных желёз
ВОП	25,0	–	–	75,0 %
Хирурги	50,0	–	–	–
Акушеры-гинекологи	85,5	42,6	14,4	71,3
Фельдшеры женских смотровых кабинетов	57,4	14,4	–	57,2

Аналогично плохо обстоит ситуация с компетентностью респондентов в клинической симптоматике периферического РЛ. Так, в данном вопросе хорошо разбирается только половина хирургов, четверть ВОП и 28,8 % участковых терапевтов. Никто из фельдшеров мужских смотровых кабинетов не знает симптоматики периферического РЛ. Обязательный перечень методов диагностики центрального РЛ полностью знают все хирурги, трое из четверых участковых терапевтов, половина ВОП и каждый третий фельдшер мужских смотровых кабинетов.

В диагностике РМЖ в сельских районах участвуют хирурги, ВОП, акушеры-гинекологи и фельдшеры женских смотровых кабинетов. Анализ их компетентности в клинической картине и методах диагностики РМЖ выявил не менее удручающую картину, чем при РЛ (табл. 4). Так, о начальных проявлениях РМЖ правильно осведомлены только 85,50 % акушеров-гинекологов, 57,4 % фельдшеров женских смотровых кабинетов, половина хирургов и четверть ВОП. Причем четверо из пяти опрошенных, которые плохо знают клиническую картину начальных стадий РМЖ, приводят одновременно начальные и поздние симптомы РМЖ.

На фоне относительно удовлетворительного знания начальных проявлений ЗНО

молочной железы труднообъяснимо выглядит неудовлетворительная компетентность опрошенных в клинической симптоматике сформировавшегося РМЖ. В этом хорошо разбираются только 42,6 % акушеров-гинекологов и 14,4 % фельдшеров женских смотровых кабинетов. Ни один ВОП и хирург в этих вопросах не ориентируется. Также в методах диагностики РМЖ некомпетентны ВОП, хирурги и фельдшеры женских смотровых кабинетов. Удручающе, что среди акушеров-гинекологов большинство (85,6 %) так же не имеют представления о полном комплексе обязательных диагностических методик при РМЖ.

Всего 71,3 % акушеров-гинекологов, трое из четверых ВОП и половина фельдшеров женских смотровых кабинетов знают базовый принцип пальпации молочных желёз, а именно период проведения пальпации с целью выявления возможной патологии, а вот ни один хирург не имеет об этом представления.

В диагностике РПЖ в сельских районах участвуют урологи и фельдшеры мужских смотровых кабинетов. Анализ степени компетентности этих специалистов в клинической картине, методах и этапах диагностике РПЖ показал следующее: правильно представляют себе клиническую картину РПЖ

всего двое из трех урологов и один из трех фельдшеров мужских смотровых кабинетов (табл. 5). Зато об опухолевом маркере на РПЖ у всех специалистов присутствует правильное представление, но ни один из них не знает обо всех обязательных методах обследования при подозрении на РПЖ; лишь треть урологов информирована об этапах диагностики РПЖ.

В обследуемых муниципальных районах в диагностике РТМ участвуют только акушеры-гинекологи и фельдшеры женских смотровых кабинетов. Их компетентность в сравнении со знаниями тех специалистов, кто участвует в диагностике трех других ЗНО, находится на более высоком уровне (табл. 6). В первую очередь, это связано с тем, что большинство акушеров-гинекологов и фельдшеров женских смотровых кабинетов (по 85,5 %) правильно представляют клиническую картину РТМ. Кроме этого, они

хорошо осведомлены о симптоматике РТМ у женщин, находящихся в менопаузе (85,5 и 71,5 % специалистов соответственно).

Несколько хуже обстоит дело со знанием перечня обязательных диагностических методов при подозрении на РТМ: полностью перечень необходимых диагностических методов знают 71,5 % акушеров-гинекологов и 57,3 % фельдшеров женских смотровых кабинетов.

Респондентам было предложено высказать в открытом вопросе анкеты предложения по улучшению негативной ситуации, обусловленной высокой запущенностью ЗНО. Активность респондентов по этому вопросу была низкой.

Как видно из полученных данных, почти каждый второй из высказавшихся респондентов (57,3 %) предложил весьма утопичные мероприятия, не учитывающие реальное положение материально-технического

Таблица 5

Доля респондентов, имеющих правильное представление о клинической картине и методах диагностики РПЖ, %

Медицинские работники	Знание клинической картины и методов диагностики РПЖ			
	Клиническая картина РПЖ	Что является опухолевым маркером при РПЖ	Методы диагностики РМЖ	Этапы диагностики РПЖ
Урологи	66,7	100,0	–	33,3
Фельдшеры мужских смотровых кабинетов	33,3	100,0	–	–

Таблица 6

Доля респондентов, имеющих правильное представление о клинической картине и методах диагностики РТМ, %

Медицинские РТМ работники	Знание клинической картины и методов диагностики					
	Клиническая картина РТМ		Высоковероятный симптом РТМ в менопаузе		Методы диагностики РТМ	
	знают	нет	знают	нет	знают	нет
Акушеры-гинекологи	85,5	14,5	85,5	14,5	71,5	28,5
Фельдшеры женских смотровых кабинетов	85,5	14,5	71,5	28,5	57,3	42,7

снабжения и низкую обеспеченность врачами, работающими с маммографами в сельских медицинских больницах Челябинской области. Несомненно, сплошное тестирование с помощью простатспецифического антигена (ПСА) и маммография с 40 лет жизни улучшат диагностику ЗНО, но в первую очередь необходимо, чтобы все врачи повысили свои знания о диагностике ранних стадий ЗНО.

Предложения медицинских работников по сокращению расстояния между прикрепляемой ЦРБ и центрами амбулаторной онкологии не учитывают взаиморасположение городов и сельских муниципальных районов на территории области. Министерство здравоохранения области вынуждено исходить из реальности, что города, являющиеся месторасположением ЦОАП, находятся на расстоянии больше 100 км от многих сельских населенных пунктов.

Безусловно, следует согласиться с предложениями специалистов, что флюорография малоинформативна в диагностике ранних стадий РЛ, но ей нет альтернативной замены. Предложение о необходимости укомплектования штата районных онкологов, вне всяких сомнений, правильное и способное поправить ситуацию с запущенностью в трех из пяти обследованных районов. Неудивительно, что предложения о штрафах за нарушения в диагностике, маршрутизации и диспансерном наблюдении над онкобольными высказаны единицами респондентов. Во-первых, все серьезные нарушения и так не остаются без материального наказания при системе оплаты труда по «эффективному контракту», а во-вторых, введение штрафов за незначительные проступки в условиях низкой укомплектованности врачами сельских больниц только усугубит проблему медицинских кадров на селе.

Выводы

Таким образом, исследование компетенции сельских врачей ПМСП в диагностике ЗНО основных локализаций выявило, что в сельском муниципальном здравоохранении сформировались серьезные проблемы, связанные с субъективными факторами со стороны медицинского персонала:

1) низкая онконастороженность и неудовлетворительная компетенция всех без исключения опрошенных медицинских работников по вопросам начальных проявлений ЗНО ведущих локализаций;

2) особой причиной тяжелых запущенных случаев является включение симптомов сформировавшегося ЗНО в число немногочисленных ранних проявлений, т.е. врач, не уверенный в диагнозе, ориентируется на появление очевидного, с его точки зрения, симптома опухоли, а в результате у пациента диагностируется запущенная стадия рака;

3) ущербные представления о полном перечне необходимых методов диагностики ЗНО ведущих локализаций, а также совершенно недопустимый факт незнания сроков пальпации молочных желез при подозрении на РМЖ;

4) неудовлетворительное знание большинством опрошенных специалистов нормативной документации о маршрутизации пациентов с подозрением на ЗНО в сочетании с неуккомплектованностью штата районных онкологов сокращает шансы больных на выявление онкологических заболеваний на ранних стадиях.

Библиографический список / REFERENCES

1. *Петров А.А.* Статистика рака лёгкого (заболеваемость, смертность, выживаемость) визуализация «короны смерти» и редких со-

четаний абдоминальных грыж. *Forcipe* 2019; 2 (5): 260–261 / *Petrov A.A.* Lung cancer statistics (incidence, mortality, survival) visualization of the "crown of death" and rare combinations of abdominal hernias. *Forcipe* 2019; 2 (5): 260–261 (in Russian).

2. *López-Campos J.L., Ruiz-Ramos M., Fernandez E.* Recent lung cancer mortality trends in Europe: effect of national smoke-free legislation strengthening. *Eur J Cancer Prev.* 2018; 27 (4): 296–302.

3. *Каприн А.Д., Старинский В.В., Шахзадова А.О.* Злокачественные новообразования в России в 2021 году (заболеваемость и смертность). 2022; 252 / *Kaprin A.D., Starinskij V.V., SHabzadova A.O.* Malignant tumors in Russia in 2021 (morbidity and mortality). 2022; 252 (in Russian).

4. *Кузнецова М.А., Толстоброва Е.А.* Статистика заболеваемости раком молочной железы в Кировской, Пензенской и Ульяновской областях. Актуальные вопросы современных научных исследований 2023; 189–191 / *Kuznecova M.A., Tolstobrova E.A.* Statistics of breast cancer morbidity in Kirov, Penza and Ulyanovsk regions. Topical issues of modern scientific research 2023; 191 (in Russian).

5. *Каприн А.Д., Старинский В.В., Шахзадова А.О.* Злокачественные новообразования в России в 2019 году (заболеваемость и смертность). 2020: 252 / *Kaprin A.D., Starinskij V.V., SHabzadova A.O.* Malignant tumors in Russia in 2019 (morbidity and mortality). 2020: 252.

6. *Каприн А.Д., Старинский В.В., Шахзадова А.О.* Злокачественные новообразования в России в 2018 году (заболеваемость и смертность). 2019; 250 / *Kaprin A.D., Starinskij V.V., SHabzadova A.O.* Malignant tumors in Russia in 2018 (morbidity and mortality). 2019; 250 (in Russian).

7. *Wong M.C., Goggins W.B., Wang H.H.* Global Incidence and Mortality for Prostate Cancer: Analysis of Temporal Patterns and

Trends in 36 Countries. *Eur Urol.* 2016; 70 (5): 862–874.

8. *Pinsky P.F., Prorok P.C., Yu K.* Extended mortality results for prostate cancer screening in the PLCO trial with median follow-up of 15 years. *Cancer* 2017; 15 (4): 592–599.

9. *Taitt H.E.* Global Trends and Prostate Cancer: A Review of Incidence, Detection, and Mortality as Influenced by Race, Ethnicity, and Geographic Location. *Am J Mens Health* 2018; 12 (6): 1807–1823.

10. *Desai V.B., Wright J.D., Gross C.P.* Prevalence, characteristics, and risk factors of occult uterine cancer in presumed benign hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 2019; 1 (39): 1–39.

11. *Henley, S.J. Miller J.W., Dowling N.F.* Uterine Cancer Incidence and Mortality – United States, 1999–2016. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2018; 67 (48): 1333–1338.

12. *Ворошина Н.В., Важенин А.В., Тюков Ю.А.* Недостаточность своевременности и эффективности диагностики злокачественных новообразований визуальных локализаций женской репродуктивной системы. Сибирский научный медицинский журнал 2020; 2 (40): 98–103 / *Voroshina N.V., Vazbenin A.V., A. Tyukov Y.U.* Lack of timeliness and efficiency of diagnostics of malignant tumors of visual localizations of the female reproductive system. *Siberian Scientific Medical Journal* 2020; 2 (40): 98–103 (in Russian).

13. *Концевая А.В. Баланова Ю.А., Мырзаматова А.О.* Экономический ущерб онкологических заболеваний, ассоциированных с модифицируемыми факторами риска. Анализ риска здоровью 2020; 1: 133–141 / *Koncevaya A.V. Balanova Yu.A., Myrzamatova A.O.* Economic losses of cancers associated with modifiable risk factors. *Health risk analysis* 2020; 1: 133–141 (in Russian).

14. *Масляева М.А.* Государственно-частное партнёрство стартовало в онкологии. Московские аптеки 2022; 2: 1–3 / *Mas-*

Iyeva M.A. Public-private partnership launched in oncology. *Moscow pharmacies* 2022; 2: 1–3 (in Russian).

15. Ворошина Н.В., Важенин А.В., Доможирова А.С. Организационные аспекты совершенствования первичной диагностики злокачественных новообразований (ЗНО) визуальных локализаций в сельском муниципальном районе. Вестник Российской академии медицинских наук 2020; 75 (3): 234–239 / *Voroshina N.V., Vazbenin A.V., Domozhirova A.S. Organizational aspects of improving primary diagnosis of malignant tumors of visual localizations in a rural municipal district. Bulletin of the Russian Academy of Medical Sciences* 2020; 75 (3): 234–239 (in Russian).

16. Ворошина Н.В., Важенин А.В., Тюков Ю.А. Организация помощи пациенткам со злокачественными новообразованиями органов репродуктивной системы фертильностью возраста. Вестник медицинского центра управления делами президента рес-

публики Казахстан 2019; 1 (74): 48–54 / *Voroshina N.V., Vazbenin A.V., Domozhirova A.S. Organization of assistance to patients with malignant tumors of reproductive system organs fertility age. Bulletin of the Medical Center of the Presidential Administration of the Republic of Kazakhstan* 2020; 75 (3): 234–239 (in Russian).

Финансирование. Автор заявляет об отсутствии спонсорской поддержки при проведении исследования.

Конфликт интересов. Конфликт интересов отсутствует.

Вклад авторов Исследование спланировано, осуществлено, проанализировано и описано лично автором.

Поступила: 28.03.2024

Одобрена: 06.04.2024

Принята к публикации: 10.04.2024

Просьба ссылаться на эту статью в русскоязычных источниках следующим образом: Новикова, С.В. Уровень компетентности сельских врачей первичной медико-санитарной помощи в вопросах диагностики злокачественных новообразований основных локализаций / С.В. Новикова // Пермский медицинский журнал. – 2024. – Т. 41, № 2. – С. 112–122. DOI: 10.17816/pmj412112-122

Please cite this article in English as: Novikova S.V. Level of competence of rural physicians in primary health care in the diagnosis of malignant neoplasms of main localizations. *Perm Medical Journal*, 2024, vol. 41, no. 2, pp. 112-122. DOI: 10.17816/pmj412112-122