

УДК 618.19-006.6

## О СЛОЖНОСТЯХ ПРИ ЭКСПЕРТИЗЕ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ НА ФОНЕ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ

<sup>1,2</sup>Романенков Н.С., <sup>1,2</sup>Мовчан К.Н., <sup>2</sup>Трунин Е.М., <sup>2</sup>Татаркин В.В., <sup>2</sup>Толгский М.В.

<sup>1</sup>СПб ГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр», Санкт-Петербург,  
e-mail: movchank@mail.ru;

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет  
им. И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации,  
Санкт-Петербург, e-mail: nickrom@inbox.ru

Одной из наиболее частых неоплазий, диагностируемых у жительниц России и мира в целом, оказываются случаи рака молочных желез (РМолЖ). Показатели заболеваемости женщин злокачественными опухолями (ЗлО) молочных желез (МолЖ) ежегодно возрастают. Это обусловливается как совершенствованием мероприятий скрининга и диагностики РМолЖ, так и общей тенденцией к старению населения. Продемонстрировано, что потребности в мультидисциплинарном разборе случаев оказания медицинской помощи (МедП) больным ЗлО МолЖ возникают не чаще чем в 0,8% клинических наблюдений. Это косвенно подтверждает в целом надлежащее качество МедП, предоставляемой петербурженкам в случаях ЗНО МолЖ. Несомненно, что оценка качества МедП, оказанной больным генерализованным РМолЖ на фоне коморбидной патологии печени, представляется непростой задачей, требующей комплексного взаимодействия экспертов, что оказывается возможным в формате рассмотрения подобных случаев на Санкт-Петербургской городской клинико-экспертной комиссии. В приведенном клиническом наблюдении представлены затруднения, возникающие при оценке качества медицинской помощи (МедП), оказанной пациенткам со ЗлО МолЖ на фоне коморбидной патологии. Несвоевременное проведение большой компьютерной томографии органов брюшной полости, оказываясь основным дефектом диагностики, обусловило отсрочку подтверждения генерализации неопластического процесса. Приведены причины, способствовавшие отклонению от алгоритма обследования больных ЗлО МолЖ согласно стандартам оказания МедП. Нотированы потребности в управленческих решениях, направленных на улучшение системы маршрутизации больных РМолЖ. При проведении экспертизы качества МедП в случаях обследования и лечения больных РМолЖ целесообразно учитывать данные об этапах их маршрутизации в медицинских организациях.

**Ключевые слова:** рак молочных желез, злокачественные новообразования молочных желез, неспецифические заболевания печени, экспертиза качества медицинской помощи, городская клинико-экспертная комиссия, безопасность медицинской деятельности

## ABOUT DIFFICULTIES IN MEDICAL CARE QUALITY ASSESSMENT IN ADVANCED BREAST CANCER PATIENTS WITH COMORBID PATHOLOGY

<sup>1,2</sup>Romanenkov N.S., <sup>1,2</sup>Movchan K.N., <sup>2</sup>Trunin E.M., <sup>2</sup>Tatarkin V.V., <sup>2</sup>Tolgskiy M.V.

<sup>1</sup>Medical Information and Analytical Center, Saint Petersburg, e-mail: movchank@mail.ru;

<sup>2</sup>North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint Petersburg,  
e-mail: nickrom@inbox.ru

Breast cancer (BC) is one of the most common malignant tumors diagnosed in women in Russia and the world. BC incidence rates in women increasing every year. This happens both due to improvement of screening and diagnosis of BC, and the general trend towards population aging. Demonstrated that the need for a multidisciplinary analysis of cases of medical care (MC) in BC patients occurs in no more than in 0.8% of clinical cases. This indirectly confirms the generally appropriate quality of the MC provided to St. Petersburg women in cases of BC. Assessment of the quality of MC in patients with generalized BC with comorbid liver pathology – difficult task requiring complex interaction of experts, which is possible in the format of St. Petersburg City Clinical Expert Commission. The given clinical observation presents the difficulties arising in assessing the quality of MC provided to BC patients against the background of comorbid pathology. The untimely conduct of the patient's computed tomography of the abdomen – the main defect in the diagnosis, led to a delay in confirming the BC generalization. The reasons of the deviation from the algorithm for examining BC patients according to the standards for providing MC are given. Noted the need for management decisions aimed at improving the routing system of patients with BC. When conducting an examination of the quality of MC in cases of examination and treatment of BC patients, it is advisable to take into account data on the stages of their routing in medical organizations.

**Keywords:** breast cancer, malignant neoplasms of the mammary glands, nonspecific liver diseases, medical care quality expertise, city clinical expert commission, safety of medical activity

Случаи рака молочных желез (РМолЖ) диагностируемых у жительниц России и мира оказываются одной из наиболее частых неоплазий гинекологического профиля, диа- в целом [1–3]. Показатели заболеваемости женщин злокачественными опухолями

(ЗлкО) молочных желез (МолЖ) ежегодно возрастают, так же как увеличиваются и параметры распространенности РМолЖ. Вероятно, это обуславливается не только повышением индексов истинной заболеваемости, но и улучшением организационных мероприятий, предпринимаемых менеджерами здравоохранения в плане скрининга, а также и общей тенденцией к старению населения [4–6]. Совершенствование мероприятий скрининга и своевременная диагностика РМолЖ обуславливают улучшение результатов лечения этого контингента больных. Это подтверждается увеличением параметров 5-летней выживаемости больных злокачественными новообразованиями (ЗНО) молочных желез [7, 8]. Такая тенденция оказывается причиной увеличения частоты случаев оказания медицинской помощи больным РМолЖ на фоне сохранения за хирургическими технологиями (как органосберегающими, так и сопряженными с выполнением мастэктомии) приоритета в лечении пациенток со злокачественными опухолями (ЗлкО) МолЖ. Выполнение больным ЗНО МолЖ так называемых традиционных хирургических вмешательств (радикальная секторальная резекция, мастэктомия) нередко оказывается причиной формирования в послеоперационном периоде деформаций груди, обуславливающих снижение привычного качества жизни женщин. Такие изменения внешнего вида в комплексе с сохраняющимися перспективами негативного прогноза для жизни больных распространенными формами РМолЖ могут приводить к недовольству пациенток и их представителей качеством оказанной МедП. Приведенные факты позволяют констатировать, что система оценки качества медицинской помощи, оказанной пациенткам в случаях ЗлкО МолЖ, в настоящее время оказывается актуальным направлением медицинской деятельности.

Цель исследования – оценить результаты контроля качества медицинской помощи, оказанной жительницам Санкт-Петербурга по поводу злокачественных новообразований молочных желез.

#### Материалы и методы исследования

При проведении исследования из баз данных Санкт-Петербургского медицинского информационно-аналитического центра для анализа извлечены сведения о 384 случаях, в которых экспертиза качества медицинской помощи осуществлялась в коллегиальном формате специалистами Городской клинико-экспертной комиссии Санкт-Петербурга (СПб ГорКЭК) в 2008–2018 гг.

#### Результаты исследования и их обсуждение

Частота случаев мультидисциплинарной коллегиальной оценки качества медицинской помощи, оказанной пациенткам с патологическими процессами, локализованными в МолЖ, в 2008–2018 гг. не превышала 0,8% (3 из 384 случаев). Такой удельный вес наблюдений рассмотрения случаев оказания медицинской помощи пациенткам с патологическими очагами, локализованными в МолЖ, с учетом параметров заболеваемости женщин РМолЖ, косвенно позволяет констатировать в целом надлежащее качество МедП, оказываемой пациенткам в случаях неоплазий молочных желез. Несомненно, что целенаправленный анализ подобных случаев представляет особый интерес для науки и практического здравоохранения, поскольку позволяет выявить специфические дефекты оказания МедП контингенту больных РМолЖ и предупредить такие погрешности в обследовании и лечении пациенток в будущем. Поэтому далее полностью приводим сведения о результатах рассмотрения одного из случаев специалистами СПб ГорКЭК.

В апреле 2008 г. у пациентки Г. (51 год) по данным ультразвукового исследования (УЗИ), выполненного в рамках программы скрининга онкопатологии, выявлено новообразование в левой МолЖ, подозрительное в отношении ЗлкО. В специализированной медицинской организации (МедОрг) онкологического профиля больной проведено комбинированное лечение по поводу инвазивной карциномы левой МолЖ T<sub>3</sub>N<sub>2</sub>M<sub>0</sub>, IIIa стадии. На хирургическом этапе предоставления МедП пациентке осуществлена левосторонняя мастэктомия в модификации Пейти (05.09.2008 г.). В послеоперационном периоде больной проведены 4 курса химиотерапии, лучевая терапия (с 17.10.2008 по 21.11.2008 г.). В 2009 г. в многопрофильной МедОрг пациентке проводилась терапия по поводу миокардиодистрофии. Выявленная патология сердца расценена в качестве противопоказания для продолжения адьювантного лечения РМолЖ. После чего с 2008 г. больная проходила обследование в рамках диспансерного наблюдения онкологом, терапевтом и эндокринологом. По результатам осмотров специалистами состояние пациентки расценивалось как стабильное, без признаков усугубления опухолевого процесса.

В августе 2011 г. у больной констатированы боли в животе, ухудшение состояния. Пациентка осмотрена врачами скорой МедП 09.08.2011 г., заподозрен острый

холецистит, госпитализирована в одну из городских многопрофильных МедОрг Санкт-Петербурга. При поступлении консультирована дежурным хирургом, терапевтом. Выполнены: УЗИ органов брюшной полости, обзорная рентгенография грудной клетки и живота, фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФГДС). Оценены: клинические и биохимические показатели крови, общий анализ мочи, электрокардиограмма. Заподозрена острая кишечная непроходимость, пациентка госпитализирована в хирургическое отделение. После выполнения рентгенографии с контрастированием желудка, кишечника, проведения фиброколоноскопии нарушения проходимости желудочно-кишечного тракта не выявлено. Патологических изменений печени, поджелудочной железы, селезенки, почек при УЗИ не отмечено. Абдоминальный болевой синдром удалось купировать полностью посредством инфузионной терапии. Состояние больной было расценено как удовлетворительное, и 19.08.2011 г. она выписана из хирургического отделения МедОрг для дальнейшего амбулаторного лечения под наблюдением онколога, терапевта.

В рамках диспансерного наблюдения за больными ЗлО, перенесшими комбинированное лечение, 22.08.2011 г. осуществлены рентгенография груди, маммография, остеосцинтиграфия. Консультирована гастроэнтерологом. При повторном осмотре специалистами 10.10.2011 г. признаков усугубления неопластического процесса не выявлено. Через месяц (17.11.2011 г.) пациентка обратилась к онкологу по поводу болей в животе. 21.11.2011 г. при УЗИ органов брюшной полости констатированы множественные очаговые изменения в печени, гепатомегалия. Основываясь на данных обследования, 23.11.2011 г. установлен диагноз: рак левой МолЖ с метастазированием в печень. Рекомендована симптоматическая терапия под контролем онколога в поликлинике по месту жительства.

По прошествии 7 дней (01.12.2011 г.) пациентка доставлена в одну из многопрофильных МедОрг, где при обследовании в приёмном отделении установлен диагноз: обострение хронического панкреатита, дискинезия кишечника, гипертоническая болезнь 2 ст. Артериальная гипертензия 2 ст. Риск сердечно-сосудистых осложнений 3–4. Показаний для госпитализации больной в хирургическое отделение не выявлено. С учетом верификации повышенного уровня трансаминаз, пациентке рекомендована консультация инфекциониста, по результатам которой больная направлена в МедОрг

инфекционного профиля, где пребывала в стационаре с 02.12.2011 г. по 16.12.2011 г.

При объективном обследовании тоны сердца приглушены, печень увеличена (выступала из-под реберной дуги на 8–10 см), констатированы признаки асцита, выявлены отеки нижних конечностей. Заподозрена декомпенсация хронического неverified цирроза. По данным анализа крови на маркеры гепатита (13.12.2011 г.) у пациентки констатирован хронический вирусный гепатит «В». В результате УЗИ органов БрП определены диффузные изменения печени, жировой гепатоз. При ФГДС верифицировано варикозное расширение вен пищевода 1–2 ст. Основываясь на результатах обследования больной в инфекционной МедОрг, установлен клинический диагноз: хронический вирусный гепатит В НВ sor АВ+; цирротическая стадия, декомпенсация. Осложнения: портальная гипертензия, варикозное расширение вен пищевода 1–2 ст., отечно-асцитический синдром. Сопутствующий диагноз: хронический панкреатит; дегенеративно-дистрофическое заболевание позвоночника с преимущественным поражением шейного отдела, корешковый синдром С<sub>3</sub> – С<sub>5</sub> справа.

Во время нахождения пациентки в стационаре ее состояние расценивалось как среднетяжелое. Осуществлялась кардиотропная, гепатопротективная, антибактериальная терапия. На фоне проводимой терапии состояние больной стабилизировалось. Клинические признаки отечно-асцитического синдрома стали менее выраженными. 16.12.2011 г. пациентка выписана из МедОрг в удовлетворительном состоянии для дальнейшего лечения на амбулаторном этапе оказания МедП.

19.12.2011 г. онкологом поликлиники больной рекомендовано обратиться к химиотерапевту специализированной МедОрг для оценки возможностей осуществления дальнейшей адьювантной терапии по поводу метастатического РМолЖ. 19.12.2011 г. пациентка вновь госпитализирована в МедОрг инфекционной направленности. Диагноз: хронический вирусный гепатит «В», цирротическая стадия, декомпенсация. 23.12.2011 г. при компьютерной томографии органов БрП выявлено многоочаговое поражение печени, внутрибрюшная и забрюшинная лимфоаденопатия вторичного генеза. Асцит. Метастазы опухоли в кости. Констатированы кисты почек, признаки отека паренхимы правой почки. Проводилась терапия, направленная на купирование симптомов. 27.12.2011 г. пациентка выписана из стационара на амбулаторное лечение.

Диагноз: рак левой молочной железы, метастатическое поражение печени, лимфоузлов, костей. Хронический вирусный гепатит «В» вне обострения.

По причине ухудшения самочувствия 10.01.2012 г. пациентка обратилась к специалистам скорой МедП, которые доставили ее в МедОрг инфекционного профиля деятельности по поводу обострения хронического вирусного гепатита «В». Больная госпитализирована, осуществлялась комплексная симптоматическая терапия, однако состояние пациентки продолжало ухудшаться, 17.01.2012 г. переведена в отделение реанимации и интенсивной терапии, где 20.01.2012 г. на фоне усугубления явлений неопластического процесса констатируется летальный исход.

При патологоанатомическом исследовании установлено, что причиной смерти пациентки оказалось метастазирование аденокарциномы левой МолЖ в печень, печеночно-двенадцатиперстную связку, кости таза и позвоночника, в лимфатические узлы малого сальника, парааортальные лимфоузлы, произошедшее через 4 года после начала комплексного лечения по поводу ЗлкО. Многочисленные метастазы привели к прогрессированию раковой интоксикации, развитию механической желтухи и асцита. В микроскопических препаратах, оцененных на разборе, материал тканей степеней не представлен, поэтому оценить степень выраженности в ней склеротических изменений, сформировавшихся по причине хронического вирусного гепатита «В», не представлялось возможным.

К руководству Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга обратился представитель пациентки с претензией о несвоевременной верификации усугубления неопластического процесса у женщины 54 лет, отсутствию надлежащего уровня МедП, оказанной пациентке МедОрг города, что, по мнению заявителя, обусловило безвременную смерть больной. Принято решение о необходимости рассмотрения случая специалистами СПб ГорКЭК.

При оценке данных констатируется, что в 2008 г. пациентке первично при комбинированном лечении по поводу ЗлкО оказана МедП надлежащего качества и в полном объеме. В качестве причины развития абдоминального болевого синдрома, обусловившего ухудшение состояния больной в августе 2011 г., специалистами рассматривалось усугубление неопластического процесса с источником в МолЖ. Но по данным УЗИ органов БрП, выполненных в разных МедОрг Санкт-Петербурга, верифицировать

распространение опухолевого процесса не оказалось возможным. Не исключается, что это произошло по причине выполнения УЗИ при подозрении на ЗлкО в МедОрг, сотрудники которых не специализировались на обследовании и лечении больных онкопатологией. Не вызывает сомнений, что в приведенном клиническом наблюдении диагностические возможности реализованы не полностью. Очевидно, что при своевременной верификации метастатического поражения печени химиотерапевтическое лечение в онкологической МедОрг было бы оправданным и могло принести определенные позитивные результаты, однако оно оказалось невозможным по причине стремительного ухудшения состояния больной. В то же время выявленные дефекты оказания МедП, несомненно, не привели к смерти пациентки. Обнаруженные погрешности повлияли сугубо на использование ресурсов здравоохранения. В анализируемом клиническом наблюдении при оказании МедП больной РМолЖ с метастатическим поражением печени они использованы, с одной стороны, недостаточно, а с другой – избыточно. Диспансерное наблюдение пациентки районным онкологом соответствовало рекомендациям, изложенным в действующих документах, регламентирующих порядок оказания МедП больным ЗлкО. Очевидно, что пациентке показано, но не осуществлялось оказание паллиативной МедП в условиях хосписа. В специализированных МедОрг больной проводилось в полном объеме оказание МедП надлежащего качества.

Сведения, полученные при разборе клинического наблюдения на заседании СПб ГорКЭК, обуславливают необходимость рассмотрения вопроса об оптимизации системы маршрутизации пациенток со ЗлкО МолЖ в МедОрг мегаполиса. Необходимо акцентировать, что пациентка, обращавшаяся за МедП, не всегда получала исчерпывающую информацию о состоянии своего здоровья как в МедОрг амбулаторного, так и стационарного профилей. На фоне стремительного усугубления неопластического процесса очевидно, что больной уже невозможно было предоставить эффективные виды специализированной МедП, поэтому она обращалась в МедОрг, где ей оказывалась преимущественно симптоматическая МедП. Прогноз для жизни больных с генерализованным РМолЖ – неблагоприятный. В то же время претензии родственников к качеству МедП, оказанной пациентке, можно было предотвратить, реализовав надлежащим образом алгоритм оказания паллиативных видов помощи больным ЗлкО.

Этого не произошло. В целом специалисты СПб ГорКЭК констатировали, что качество оказания МедП пациентке было ненадлежащим (выявлены дефекты сбора информации и диагностики, стандарты обследования выполнены не полностью, ресурсы здравоохранения использованы нерационально), II класс по В.Ф. Чавпецову и соавт. [9]. Однако особо следует отметить, что погрешности в оказании МедП не могли предопределить исход неопластического процесса. Несвоевременное выполнение пациентке компьютерной томографии живота обусловило отсрочку в подтверждении метастатического поражения печени у больной РМолЖ, что, по мнению членов СПб ГорКЭК, оказалось основным дефектом диагностического этапа оказания МедП пациентке. В то же время выявленные при экспертной оценке оказания МедП погрешности заполнения медицинской документации, сбора информации не повлияли на прогноз для жизни пациентки и исход заболевания.

#### Заключение

При проведении исследования установлено, что потребности в мультидисциплинарном разборе случаев оказания МедП больным ЗлО МолЖ возникают не чаще чем в 0,8% клинических наблюдений. Это косвенно подтверждает в целом надлежащее качество МедП, предоставляемой петербурженкам в случаях ЗНО МолЖ. Несомненно, что оценка качества МедП, оказанной больным генерализованным РМолЖ на фоне коморбидной патологии печени, представляется непростой задачей, требующей комплексного взаимодействия экспертов, что оказывается возможным в формате рассмотрения подобных случаев на СПб ГорКЭК. Также при проведении экспертизы качества МедП, предоставленной больным ЗНО МолЖ, стоит принимать

во внимание данные об этапах маршрутизации этого контингента пациенток. Поиск путей улучшения реализации маршрутизации больных РМолЖ – одна из приоритетных задач медицинской науки и практики в условиях динамично изменяющихся требований к осуществлению медицинской деятельности. Перечисленные факторы целесообразно учитывать при экспертизе качества медицинской помощи, оказанной больным ЗлО МолЖ на фоне сопутствующей соматической патологии.

#### Список литературы

1. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2017 году (заболеваемость и смертность). М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, филиал ФГБУ «ФМИЦ им. П.А. Герцена» МР, 2019. 250 с.
2. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Состояние онкологической помощи населению России в 2019 году. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2020. 236 с.
3. Chen Z., Xu L., Shi W., Zeng F., Zhuo R., Hao X., Fan P. Trends of female and male breast cancer incidence at the global, regional, and national levels, 1990-2017. *Breast Cancer Res Treat.* 2020. Vol. 180. No. 2. P. 481-490. DOI: 10.1007/s10549-020-05561-1.
4. Pedersen R.N., Esen B.O., Mellemkjaer L., Christiansen P., Ejlersen B., Lash T.L., Norgaard M., Cronin-Fenton D. The Incidence of Breast Cancer Recurrence 10–32 Years After Primary Diagnosis. *J Natl Cancer Inst.* 2022. Vol. 114. No. 3. P. 391–399. DOI: 10.1093/jnci/djab202.
5. El Masri J., Phadke S. Breast Cancer Epidemiology and Contemporary Breast Cancer Care: A Review of the Literature and Clinical Applications. *Clin Obstet Gynecol.* 2022. Vol. 65. No. 3. P. 461–481. DOI: 10.1097/GRF.0000000000000721.
6. Karuturi M.S., Sedrak M.S., Magnuson A., Freedman R., Jatoi A., Smith B.D., Kimmick G.G. Breast cancer and aging: Standing on the shoulders of a giant. *J Geriatr Oncol.* 2020. Vol. 11. No. 2. P. 212–216. DOI: 10.1016/j.jgo.2019.05.019.
7. Kim S.J., Park Y.M. Breast cancer in elderly Korean women: clinicopathological and biological features. *Breast Dis.* 2020. Vol. 39. No. 2. P. 71–83. DOI: 10.3233/BD-190422.
8. Bagegni N.A., Peterson L.L. Age-related disparities in older women with breast cancer. *Adv Cancer Res.* 2020. No. 146. P. 23–56. DOI: 10.1016/bs.acr.2020.01.003.
9. Чавпецов В.Ф., Михайлов С.М., Карачевцева М.А. Автоматизированная технология экспертизы качества медицинской помощи Структура, результаты и перспективы применения. СПб., 2007. 65 с.