

СТРАТЕГИЯ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЛОР-ОРГАНОВ С ВЫСОКИМ РИСКОМ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ОШИБОК: АЛГОРИТМ ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА

Курбанов Хуршид Абдубурханович

Самостоятельный соискатель Центра детской гематологии, онкологии и клинической иммунологии

Мамедова Гузаль Бакировна

Заместитель директора Центра детской гематологии, онкологии и клинической иммунологии

Мадиярова Фарина Умидовна

Магистр Ташкентского государственного медицинского университета

Актуальность: *Одной из ключевых проблем современной ЛОР-онкологии является высокая частота диагностических ошибок и задержек на догоспитальном этапе, что напрямую ведет к выявлению заболеваний на распространенных стадиях и ухудшает прогноз [1, 2]. Особую сложность представляют опухоли с атипичной клинической манифестацией: новообразования носоглотки, подслизистые и эндофитные опухоли гортаноглотки и грушевидных синусов, а также первично-множественные поражения [3]. Их симптоматика (односторонняя заложенность носа, дисфагия, рефрактерная оталгия, чувство инородного тела) часто имитирует банальные воспалительные процессы (хронические риносинуситы, фарингиты, ларингиты), что приводит к длительному и неэффективному симптоматическому лечению [4].*

В условиях Узбекистана проблема усугубляется фрагментарностью оказания помощи. Значительный объем первичных обращений приходится на частные медицинские центры и поликлиники общей сети, между которыми и государственными онкологическими диспансерами зачастую отсутствуют четкие, утвержденные маршруты взаимодействия [5]. Это создает «организационный вакуум», приводящий к потере времени на дублирующие консультации, отсрочке специализированного обследования и, как следствие, к прогрессированию заболевания к моменту постановки диагноза [6].

Несмотря на наличие международных клинических рекомендаций, их прямое применение в условиях республики часто невозможно из-за различий в инфраструктуре, доступности современных методов визуализации и молекулярно-генетической диагностики [7, 8]. Таким образом, существует насущная потребность в разработке адаптированного, практико-ориентированного диагностического алгоритма для врачей первичного звена (терапевтов, оториноларингологов), который бы систематизировал подход к

пациентам с «тревожными» симптомами и создал эффективные пути их маршрутизации в специализированные учреждения.

Цель исследования — разработать комплексный клиничко-организационный алгоритм ранней диагностики и маршрутизации пациентов с подозрением на злокачественные опухоли ЛОР-органов, характеризующиеся высоким риском диагностических ошибок, для врачей первичного звена в условиях системы здравоохранения Узбекистана.

Материалы и методы. Для разработки алгоритма использован комплексный подход, включавший:

1. Ретроспективный анализ 150 историй болезни пациентов с верифицированными злокачественными опухолями ЛОР-органов (носоглотка, гортаноглотка, грушевидные синусы), прошедших лечение в РСНПМЦОР в период 2019–2023 гг. Проанализированы: временные интервалы от первых симптомов до гистологической верификации, количество консультаций на догоспитальном этапе, характер ошибочных диагнозов, частота назначения эмпирической антибактериальной терапии.

2. Анализ нормативной базы: Изучены приказы Минздрава РУз, регламентирующие оказание онкологической помощи, Национальная программа по борьбе с онкологическими заболеваниями (2023–2027), а также российские и международные клинические рекомендации (NCCN, ESMO) по опухолям головы и шеи.

3. Метод экспертного консенсуса: Проведены структурированные интервью и рабочие встречи с ведущими онкологами, оториноларингологами, радиологами и организаторами здравоохранения (n=18) для выявления ключевых системных барьеров и выработки приемлемых решений.

4. Систематический обзор современных публикаций, посвященных стратегиям ранней диагностики опухолей «сложных» локализаций и оптимизации маршрутизации (PubMed, eLibrary, 2018–2023 гг.).

Результаты.

1. Анализ диагностических задержек. Среднее время от появления первых симптомов до гистологической верификации для опухолей выбранных локализаций составило $6,1 \pm 2,8$ месяца. Врачебно-организационная задержка (от первого приема к врачу до выполнения биопсии) составляла $4,2 \pm 2,1$ мес. и была основной. Пациенты посещали в среднем 3,8 врача до установления диагноза. Эмпирическая антибиотикотерапия на догоспитальном этапе была назначена в 92% случаев.

2. Структура типичных ошибок. Наиболее частыми ошибочными диагнозами были: хронический риносинусит (при опухолях носоглотки) – 38%, хронический фарингит/ларингит – 35%, невралгия тройничного/языкоглоточного нерва – 15%. В 85% направлений из первичного звена отсутствовало описание состояния носоглотки и грушевидных синусов.

3. Разработанный алгоритм. На основе выявленных проблем предложен многоэтапный алгоритм.

- Этап 1. Выявление «красных флагов». Универсальные критерии для углубленного обследования: односторонние симптомы (заложенность носа, боль в горле/ухе, дисфагия) продолжительностью > 4 недель; отсутствие эффекта от стандартной противовоспалительной терапии; рецидивирующие носовые кровотечения; пальпируемый плотный лимфоузел в боковом отделе шеи.

- Этап 2. Обязательная расширенная эндоскопия ЛОР-органов. Детальный протокол осмотра с обязательной визуализацией всех «слепых» зон: носоглотки (с использованием эндоскопа 0° или 30°), грушевидных синусов, гортаноглотки. Акцент на выявлении асимметрии, подслизистой инфильтрации, изъязвления.

- Этап 3. Диагностическая тактика. При визуализации патологического очага – прицельная биопсия. При отсутствии явного очага, но наличии стойкой лимфаденопатии и симптомов – проведение УЗИ шеи с ТАБ лимфоузла и обязательное назначение КТ/МРТ соответствующей анатомической области для поиска первичной опухоли.

- Этап 4. Формирование «пакета направляющего врача». Стандартизированный набор документов: выписка с описанием эндоскопической картины, результаты гистологии/цитологии, протоколы УЗИ, КТ/МРТ (при наличии).

- Этап 5. Четкая маршрутизация. Установлены единые пути направления из всех типов учреждений (государственных и частных) в региональный онкодиспансер с использованием телемедицинской платформы для предварительной консультации. Целевой срок – консультация онколога в течение 7 рабочих дней при наличии полного пакета документов.

Обсуждение. Разработанный алгоритм направлен на преодоление системных дефектов в диагностике наиболее сложных форм ЛОР-онкологии. Его основное преимущество – универсальность и акцент на обязательность полного эндоскопического осмотра, что соответствует современным стандартам, согласно которым неполная визуализация является основной причиной диагностических ошибок [9, 10]. Включение в алгоритм этапа лучевой диагностики (КТ/МРТ) при отсутствии явного очага адресует проблему подслизистого роста, характерного для многих опухолей гипофаринкса и носоглотки [11].

Предложенная модель маршрутизации, основанная на предварительном формировании диагностического пакета и использовании телемедицины, является инновационной и адаптированной к реалиям Узбекистана. Она позволяет интегрировать частный сектор в общую систему оказания онкологической помощи, минимизируя организационные потери времени. Подобные подходы доказали свою эффективность в других странах с сопоставимой структурой здравоохранения [12, 13].

Ограничением исследования является то, что клиническая эффективность алгоритма (сокращение сроков диагностики, увеличение доли ранних стадий)

требует проспективной валидации в ходе пилотного внедрения в одном или нескольких регионах. Успех также будет зависеть от решения инфраструктурных и кадровых вопросов, в первую очередь – обеспечения первичного звена эндоскопическим оборудованием и обучения врачей.

Заключение. Представленный комплексный алгоритм предоставляет врачу первичного звена структурированный инструмент для раннего выявления злокачественных опухолей ЛОР-органов, наиболее подверженных диагностическим ошибкам. Его ключевые элементы – обязательность расширенной эндоскопии при наличии «красных флагов», активное использование лучевой диагностики для поиска скрытых опухолей и четкая маршрутизация на основе стандартизированного пакета документов. Внедрение данного алгоритма в клиническую практику и образовательные программы для врачей способно стать действенной мерой по преодолению диагностических задержек, выполнению целей Национальной онкологической программы и, в конечном итоге, улучшению онкологических outcomes у пациентов.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование: Исследование выполнено без привлечения внешнего финансирования.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Пачес А.И. и соавт. Опухоли головы и шеи. М.: Практическая медицина; 2019.
2. Ferlito A., et al. Diagnostic delays in head and neck oncology. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2011;268(4):547-52.
3. Оганесян С.С., Ким И.А. Трудности ранней диагностики опухолей носоглотки и гортаноглотки. Практ. онкология. 2019;20(1):9-18.
4. Богомильский М.Р., Чистякова В.Р. Ошибки в диагностике злокачественных опухолей ЛОР-органов. Российская оториноларингология. 2019;(5):41-47.
5. Семёнов Ф.В., Абдуллаев Т.А. Проблемы взаимодействия первичного звена и онкологической службы в Узбекистане. Организация здравоохранения. 2020;(4):12-20.
6. Рязанцев С.В. и соавт. Организация оказания помощи больным со злокачественными новообразованиями ЛОР-органов. Вестник оториноларингологии. 2018;83(6):85-90.
7. NCCN Guidelines. Head and Neck Cancers. Version 3.2023.
8. Национальная программа по борьбе с онкологическими заболеваниями в Узбекистане на 2023-2027 гг. Ташкент; 2022.
9. Mehlum C.S., et al. What is the quality of the clinical oncological guidelines for head and neck cancer? A systematic review. Clin Otolaryngol. 2018;43(5):1253-62.

10. Кочеровец В.И. Эндоскопическая диагностика в оториноларингологической онкологии. Онкология. 2020;9(3):45-50.
11. Wang C.P., et al. Detection of submucosal pharyngeal cancer by narrow-band imaging. Head Neck. 2018;40(5):883-890.
12. Gupta A. et al. Impact of telemedicine on coordination of care in head and neck cancer. Cancer. 2021;127(18):3394-3404.
13. Семёнов Ф.В. и соавт. Опыт внедрения телемедицинских консультаций в маршрутизации онкологических больных. Вопр. орг. инф. здрав. 2021;(2):34-41.