

К ВОПРОСУ О ПОВЫШЕНИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ УПРАВЛЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБОЙ



ДИРЕКТОР МОСКОВСКОГО НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО
ИНСТИТУТА ИМ. П.А. ГЕРЦЕНА, ДОКТОР МЕДИЦИНСКИХ НАУК, ПРОФЕССОР
Валерий Иванович Чиссов

Организация онкологической помощи на современном этапе предполагает дальнейшее совершенствование профилактической работы, целенаправленного производства оборудования и противоопухолевых средств, подготовки кадров; разработку и внедрение территориальных противораковых целевых программ и т.д., что обусловлено ростом заболеваемости, инвалидизации и высоким показателем смертности от злокачественных новообразований.

Противораковые мероприятия – одна из важнейших задач здравоохранения России.

В 2006 году в Российской Федерации впервые в жизни выявлено 475 432 случая злокачественных новообразований (в том числе 220 817 и 254 615 у пациентов мужского и женского пола соответственно). Прирост данного показателя по сравнению с 2005 годом составил 1,3%.

Показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями на 100 000 населения России равен 333,7, что на 1,0% выше уровня 2005 года и на 15,9% выше уровня 1996 года. Стандартизованный показатель (мировой стандарт возрастного распределения) составил 217,9 (в 2005 году – 215,8).

Показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями мужского населения равен 334,5 на 100 000 мужского населения (2005 год – 332,8, прирост за 1996–2006 годы – 10,2%). Стандартизованный показатель заболеваемости мужчин в 2006 году составил 266,2, что выше уровня 2005 года на 0,2% (265,6). Показатель заболеваемости женского населения России злокачественными новообразованиями в 2006 году достиг 332,9 на 100 000 женского населения, при этом прирост его уровня за год составил 1,3%, за 10 лет – 21,2%. Стандартизованный показатель заболеваемости – 195,8, что выше уровня 2005 года на 1,6% (192,8).

Наиболее часто встречающимися злокачественными новообразованиями являются опухоли трахеи, бронхов, легкого (12,0% от числа новых случаев рака), желудка (8,8%), молочной железы (10,6%).

Таблица 1

**ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ
НОВООБРАЗОВАНИЯМИ В 2001, 2006 ГОДАХ**
(на 100 тыс. населения, прирост за 2001–2006 годы)

Локализация, нозологическая форма	Код МКБ-10	Показатели заболеваемости		Прирост*,%
		2001	2006	
Все злокачественные новообразования	C00-97	313,9	333,7	6,8
Пищевод	C15	5,2	5,0	**
Желудок	C16	32,7	29,4	-9,6
Ободочная кишка	C18	18,4	21,2	15,7
Прямая кишка	C19-21	15,0	16,6	10,4
Поджелудочная железа	C25	9,1	9,3	2,6
Трахея, бронхи, легкое	C33,34	43,2	40,2	-6,6
Меланома кожи	C43	4,6	5,2	15,1
Другие новообразования кожи	C44, 46.0	34,4	39,5	15,2
Почки	C64	9,7	11,3	15,8
Мочевой пузырь	C67	8,4	8,9	6,8
Щитовидная железа	C73	5,7	6,3	10,2
Лимфатическая и кроветворная ткань	C81-96	13,8	15,8	14,4

* При расчете прироста произведено предварительное выравнивание динамического ряда за 5-летний период.

** Статистически достоверного прироста за 5-летний период не наблюдается.

В структуре заболеваемости мужчин большой удельный вес имеют опухоли трахеи, бронхов, легкого (21,5%), желудка (10,8%), кожи (10,9%), предстательной железы (8,2%), ободочной кишки (5,6%), прямой кишки (5,3%), кроветворной и лимфатической ткани (4,9%).

Первое место по распространенности в женской популяции принадлежит новообразованиям молочной железы (19,8%), далее следуют опухоли кожи (15,5%), желудка (7,1%), ободочной кишки (7,0%), тела (7,0%) и шейки матки (5,2%), яичников (4,9%).

Максимальные уровни заболеваемости отмечены в Ивановской (420,8), Ярославской (415,5), Новгородской (406,4), Рязанской (404,5), Самарской (399,8) областях, Санкт-Петербурге (398,7), Тверской области (392,4), Алтайском крае (390,7), минимальные – в республиках Ингушетия (108,4), Дагестан (132,9), Тыва (168,6), Саха (203,1), Кабардино-Балкария (222,6), Тюменской области (223,0).

Данные об уровнях заболеваемости злокачественными новообразованиями по основным локализациям в сравнении с 2001 годом представлены в таблицах 1, 2. В таблице 3 представлены показатели онкологической заболеваемости населения федеральных округов в 2001 и 2006 годах.

На конец отчетного 2006 года *контингент больных* со злокачественными новообразованиями, состоявших на учете в онкологических учреждениях, составил 2 466 276, то есть 1,7% населения страны. Из них сельские жители составили 21,0%.

1 243 182 пациента, или 50,4% всех больных со злокачественными новообразованиями, находившихся под наблюдением онкологических учреждений, состояли на учете 5 лет и более.

Показатель активной выявляемости злокачественных новообразований составил 11,8% (в 2005 году – 11,8%).



Таблица 2

**ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ МУЖСКОГО
И ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ В 2001, 2006 ГОДАХ**

(стандартизованные показатели – мировой стандарт возрастного распределения,
прирост за 2001–2006 годы)

Локализация, нозологическая форма	Код МКБ-10	Показатели заболеваемости					
		Мужчины			Женщины		
		2001	2006	При- рост*, %	2001	2006	При- рост*, %
Все злокачественные новообразования	C00-97	264,8	266,2	**	185,8	195,8	5,8
Пищевод	C15	6,9	6,6	**	1,1	1,0	-7,9
Желудок	C16	32,5	28,2	-13,1	14,0	12,6	-12,4
Ободочная кишка	C18	13,1	14,7	12,6	11,1	12,1	10,2
Прямая кишка	C19-21	12,4	13,8	10,8	8,1	8,5	4,2
Поджелудочная железа	C25	8,2	8,0	**	4,3	4,2	**
Трахея, бронхи, легкие	C33,34	62,9	56,5	-9,5	7,2	6,7	**
Меланома кожи	C43	3,1	3,3	10,5	3,5	3,8	9,6
Другие новообразования кожи	C44, 46.0	23,5	25,6	10,2	20,5	22,6	9,7
Почки	C64	9,7	10,9	12,1	5,0	5,6	12,2
Мочевой пузырь	C67	11,7	12,0	**	1,6	1,8	11,4
Щитовидная железа	C73	1,4	1,5	**	6,8	7,3	**
Лимфатическая и кровеносная ткань	C81-96	13,0	14,1	8,5	9,6	10,8	13,1
Предстательная железа	C61	15,3	21,4	44,1	–	–	–
Молочная железа	C50	–	–	–	38,5	41,5	8,6
Шейка матки	C53	–	–	–	11,1	12,3	11,2
Тело матки	C54	–	–	–	12,8	14,5	11,8
Яичники	C56	–	–	–	10,3	10,7	**

* При расчете прироста произведено предварительное выравнивание динамического ряда за 5-летний период.

** Статистически достоверного прироста за 5-летний период не наблюдается.

По сравнению с 2005 годом в 2006 году доля больных, выявленных активно, применительно ко всем злокачественным новообразованиям не изменилась. Данный показатель в 2006 году несколько *уменьшился* при новообразованиях пищевода (2,9% против 3,2% в 2005 году), желудка (4,3% против 4,7%), ободочной кишки (2,5% против 3,2%), прямой кишки (8,2% против 8,5%), трахеи, бронхов, легкого (19,3% против 19,8%), костей и мягких тканей (5,3% против 5,5%), тела матки (10,9% против 11,2%), мочевого пузыря (3,5% против 3,6%), меланоме кожи (9,5% против 11,5%).

Как недопустимо низкий следует рассматривать показатель активной выявляемости новообразований визуальных локализаций. Из 53 117 больных (в 2005 году – 52 060), выявлен-



Таблица 3

**ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ НАСЕЛЕНИЯ
РОССИИ И ФЕДЕРАЛЬНЫХ ОКРУГОВ В 2001 И 2006 ГОДАХ**
(на 100 тыс. населения)

	Стандартизованные показатели			
	Мужчины		Женщины	
	2001	2006	2001	2006
Федеральный округ	2001	2006	2001	2006
РОССИЯ	264,7	266,2	185,8	195,8
Центральный	254,6	251,0	180,7	191,1
Северо-Западный	267,9	265,1	189,5	197,4
Южный (без Чеченской Республики)	259,1	253,9	191,6	195,7
Приволжский	265,5	265,8	175,6	186,8
Уральский	286,7	290,2	200,6	204,8
Сибирский	276,1	288,2	193,1	209,0
Дальневосточный	269,9	290,0	196,1	201,4

ных активно, 57,0% имели I–II стадию заболевания. Опухоли визуальных локализаций I–II стадии заболевания составили 38,5% (в 2005 году – 37,5%) от числа всех новообразований, выявленных при профилактических осмотрах. Доля больных с опухолевым процессом I–II стадии, выявленных при профилактических осмотрах, среди всех больных с указанной стадией составила в 2006 году 15,3% (в 2005 году – 15,3%).

Одним из основных показателей, определяющих прогноз онкологического заболевания, является *степень распространенности опухолевого процесса*. В 2006 году 44,7% злокачественных новообразований были диагностированы в I–II стадии заболевания, 24,2% – в III стадии. Рак в стадии *in situ* был выявлен у 3389 больных, что составило 0,7% всех новых случаев рака. Рак шейки матки в стадии *in situ* был диагностирован у 2146 пациенток, или в 16,7% случаев выявления онкологической патологии данной локализации.

Одним из основных критериев оценки диагностического компонента помощи онкологическим больным в учреждениях общей лечебной сети административной территории является *показатель запущенности*. Его уровень в течение 10 лет снизился на 8,3%. В 2006 году в России у 23,0% больных заболевание диагностировано при наличии отдаленных метастазов. Реальный показатель запущенности выше (30,0%), так как следует учитывать больных с новообразованиями визуальных локализаций, диагностированных в III стадии.

Доля больных, *умерших в течение первого года* после установления диагноза в 2006 году, составила 31,0% (в 2005 году – 31,6%, в 1996 году – 37,0%). В течение последних 10 лет наметилась положительная тенденция к снижению показателя одногодичной летальности.

Доля больных, умерших в течение первого года после установления диагноза, варьировала в регионах от 17,4% в Тюменской области, 20,5% в Мурманской области, 25,5% в Томской области до 59,6% в Республике Саха, 54,6% в Ярославской области, 50,7% в Республике Тыва, 50,5% в Тверской области.

В 2006 году в онкологических учреждениях России среди больных, взятых в отчетном году на учет с диагнозом злокачественного новообразования, получили специальное противоопухолевое лечение по радикальной программе 230 182 человека, или 51,4%.



От проведения лечения отказались 19 422 больных со злокачественными новообразованиями, то есть 4,3% от числа всех вновь выявленных и 6,3% от числа больных, выявленных в I–III стадии опухолевого процесса. Среди отказавшихся 36,5% составили больные с опухолевым процессом I–II стадии.

В 2006 году 38 808 пациентов (8,7% от числа больных со злокачественными новообразованиями с впервые установленным диагнозом и 12,6% от числа больных с опухолевым процессом I–III стадии) не получили специального лечения в связи с наличием противопоказаний к его проведению. Среди них доля пациентов с опухолевым процессом I–II стадии составила 27,9%.

Абсолютное число умерших от злокачественных новообразований жителей России составило 283 722. Мужчины в структуре онкологической смертности составили 53,9%, женщины – 46,1%.

В структуре смертности населения России от злокачественных новообразований наибольший удельный вес составляют опухоли трахеи, бронхов, легкого (18,3%), желудка (13,2%), ободочной (7,2%) и прямой кишки (5,8%).

Показатель смертности населения России от злокачественных новообразований в 2006 году составил 199,1 на 100 000 населения, за 10-летний период данный показатель достоверно не изменился. Стандартизованный показатель смертности составил 125,0 на 100 000 населения.

Показатель смертности мужского населения от всех злокачественных новообразований достиг в 2006 году 231,5, стандартизованный показатель смертности – 182,4, что значительно выше аналогичного показателя для женской популяции – 91,5.

Показатель смертности женского населения России возрос за 10-летний период на 3,6%, а стандартизованный показатель снизился на 5,7%.

Наиболее высокие показатели смертности на 100 000 населения отмечены в Санкт-Петербурге (274,9), Тульской (257,3), Московской (249,0), Рязанской (241,7), Тамбовской (241,2), Владимирской (236,9) областях.

Риск умереть от злокачественного новообразования в возрасте 0–74 лет составил в России в 2006 году 14,0% (20,2% для мужчин и 10,0% для женщин). Особенно высок риск умереть от злокачественных опухолей трахеи, бронхов, легкого (для мужчин – 6,6%, для женщин – 0,6%) и желудка (для мужчин – 3,0%, для женщин – 1,2%). Риск умереть от рака молочной железы у женщин составил в 2006 году 1,9%, от рака предстательной железы у мужчин – 1,1%.

Для решения основных проблем необходимо внедрить следующий *комплекс мероприятий*:

- включение проблемы онкологии в число приоритетных направлений развития здравоохранения;
- увеличение финансирования на профилактику опухолевых заболеваний, дополнительную оплату труда врачей и медицинского персонала, непосредственно принимающих участие в реализации скрининговых программ;
- увеличение объема преподавания онкологии в медицинских институтах до 144 часов;
- обязательное введение цикла онкологии при прохождении обучения в ординатуре врачей хирургических и терапевтических специальностей.

Основными *стратегическими направлениями* преодоления указанных проблем службы являются:

- создание и внедрение эффективных скрининговых программ для увеличения выявляемости больных с предопухолевыми заболеваниями и начальными формами рака;
- профилактика онкологических заболеваний;
- разработка и совершенствование методов диагностики, лечения, медицинской, социальной и психологической реабилитации, включая коррекцию функциональных расстройств и анатомических дефектов;
- организация восстановительного и санаторно-курортного лечения;
- создание системы автоматизированного ракового регистра;
- совершенствование и внедрение телекоммуникационных технологий;
- разработка и внедрение отечественных современных противоопухолевых лекарственных средств и оборудования.



Концепцией развития лечебно-диагностической помощи онкологическим больным должны быть предусмотрены следующие направления деятельности:

- молекулярно-генетические исследования для выявления факторов риска, прогноза возникновения и течения злокачественных новообразований, индивидуализации лечения и последующего его мониторинга;
- развитие методов диагностики, в том числе протонно-эмиссионной томографии, создание ПЭТ-центров;
- разработка методов уточняющей диагностики с использованием адресной доставки моноклональных антител;
- применение микроэндоскопии и эндоскопической робототехники;
- полное материально-техническое переоснащение территориальных онкологических диспансеров на уровне лучших мировых стандартов;
- внедрение органосохраняющего и функционально щадящего лечения;
- разработка физических методов разрушения опухолей с минимальной травматизацией окружающих тканей (радиочастотная, лазерная, плазменная, ультразвуковая и термоабляция, наноробототехника и фотодинамическая терапия);
- дальнейшее развитие реконструктивно-пластических хирургических вмешательств, в том числе с применением заместительной клеточной терапии в целях тканевого инжиниринга и микрохирургической техники с использованием мезенхимальных стволовых клеток для интраоперационного замещения тканевых дефектов с созданием трехмерных «матриксных» структур;
- разработка применения методики биотерапии опухолей на основе живых клеточных вакцин дендритного и аллогенного происхождения;
- продолжение работ по технологии применения антител, тропных к большей части человеческих опухолей, и эффекторных частиц в виде токсинов и изотопов;
- развитие и внедрение новых технологий выявления экспрессируемых генов, кодируемых ими транскриптов и белков в опухолевых клетках;
- разработка новых средств таргетного воздействия на опухоль на основе молекулярно-генетических подходов, биологически активных белков и диагностикумов, прогноз эффекта таргетного модифицирующего воздействия у каждого конкретного пациента (индивидуализация лечения);
- осуществление адресной доставки новых белков терапевтического воздействия к опухолевым клеткам за счет векторных систем на основе вирусных, липосомальных и других агентов.

Эффективная реализация концепции совершенствования лечебно-диагностической помощи онкологическим больным возможна в специализированных онкологических учреждениях.

СТАТЬЯ ПОДГОТОВЛЕНА ПРИ УЧАСТИИ
ЗАМЕСТИТЕЛЯ ДИРЕКТОРА ПО НАУЧНОЙ РАБОТЕ,
ДОКТОРА МЕДИЦИНСКИХ НАУК, ПРОФЕССОРА
В.В. Старинского