

РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ – ПРИОРИТЕТНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В СНИЖЕНИИ СМЕРТНОСТИ

ДИРЕКТОР
ФГБУ «ФЕДЕРАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР
ИМЕНИ П.А. ГЕРЦЕНА»
Андрей Дмитриевич
Каприн



Определяя проблемы здравоохранения, министр здравоохранения В.И. Скворцова отметила, что 9 из 10 смертей граждан в возрасте 60 лет происходит от сосудистых, онкологических, респираторных заболеваний и диабета.

Обеспокоенность ситуацией в онкологии и повышенное внимание к ней обусловлены устойчивым ростом онкологической заболеваемости во всем мире, которая и в обозримом будущем продолжит нарастать.

В 2013 году в Российской Федерации зарегистрировано 535 887 случаев впервые выявленных злокачественных новообразований. Прирост данного показателя по сравнению с 2012 годом составил 1,9%.

«Грубый» показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями на 100 тыс. населения России составил 374,2, что на 1,9% выше уровня 2012 года и на 17,9% выше уровня 2003 года. Стандартизованный показатель (мировой стандарт возрастного распределения) – 234,7, прирост за 10-летний период – 9,9%.

«Грубый» показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями среди мужчин оценен в 370,0 на 100 тыс. мужского населения, прирост за 10 лет – 14,7%. Стандартизованный показатель – 279,5, прирост за 10 лет – 5,3%.

«Грубый» показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями среди женщин достиг 377,9 на 100 тыс. женского населения, прирост за

10 лет – 20,7%. Стандартизованный показатель – 214,7, прирост за 10 лет – 13,7%.

Наиболее часто встречающимися злокачественными новообразованиями в России в 2013 году были опухоли кожи (14,0% от числа новых случаев рака), молочной железы (11,4%), трахеи, бронхов, легкого (10,5%). В структуре заболеваемости мужчин большой удельный вес имеют опухоли трахеи, бронхов, легкого (18,4%), предстательной железы (12,9%), кожи (11,4%), желудка (8,6%). Первое место по распространенности в женской популяции принадлежит злокачественным новообразованиям молочной железы (20,9%), далее следуют опухоли кожи (16,2%), тела матки (7,7%).

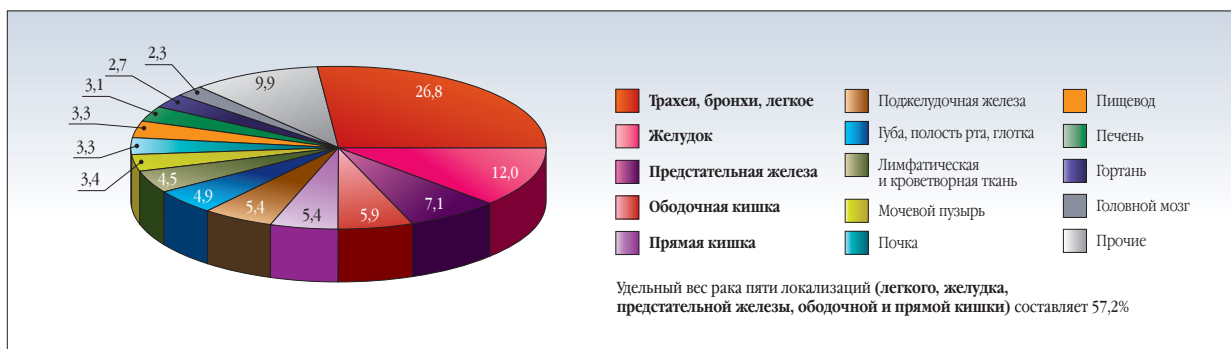
В структуре заболеваемости мужчин удельный вес рака пяти локализаций (легкого, кожи, предстательной железы, желудка, ободочной кишки) составляет 57,0%, а в структуре заболеваемости женщин рак молочной железы, кожи, ободочной кишки, желудка, тела и шейки матки составляет 62,6%.

Структура смертности от злокачественных новообразований (рис. 1 и 2) несколько отличается от структуры заболеваемости, и учет этих показателей ориентирует медицинских работников всех уровней здравоохранения повышать эффективность организации раннего выявления опухолей, использовать весь комплекс диагностики и лечения.

Основной объем контингента больных (без учета группы больных с опухолями кожи без меланомы – 12,0%) формируется из пациентов со злокачественными новообразованиями (ЗНО) молочной железы (18,1%), тела матки (7,1%), ободочной кишки (5,6%), лимфатической и кроветворной ткани (5,4%), шейки матки (5,4%), предстательной железы (4,8%), желудка (4,4%), прямой кишки (4,3%), щитовидной железы (4,3%), почки (4,2%) и трахеи, бронхов, легкого (4,1%), то есть суммарно – 67,7%.

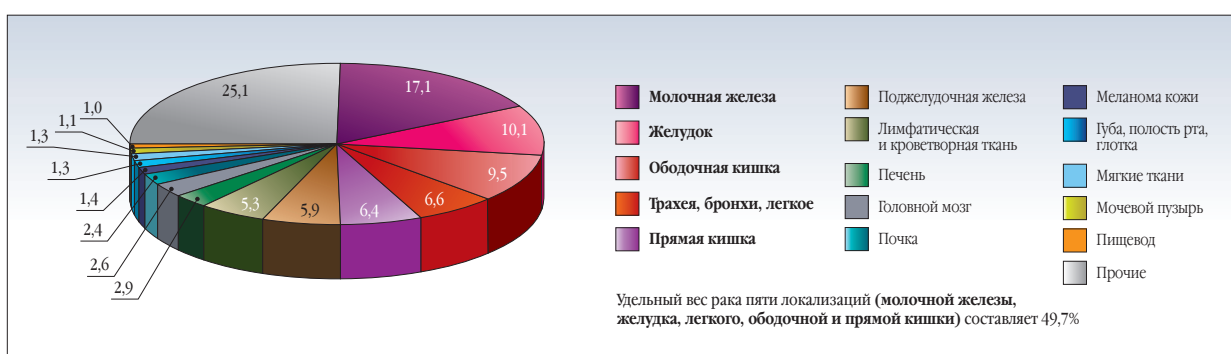
Среди больных, наблюдавшихся 5 лет и более, больший удельный вес составляют пациенты с опухолями молочной железы (20,6%), тела (8,3%) и шейки матки (6,9%), лимфатической и кроветворной ткани (5,8%), щитовидной

1



СТРУКТУРА СМЕРТНОСТИ ОТ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ СРЕДИ МУЖСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ (2012 ГОД), %

2



СТРУКТУРА СМЕРТНОСТИ ОТ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ СРЕДИ ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ (2012 ГОД), %

железы (5,6%), ободочной кишки (5,5%), желудка (4,6%), почки (4,2%), прямой кишки (4,1%), яичника (3,5%), предстательной железы (3,2%), трахеи, бронхов, легкого (3,1%).

Известно, что эффективность лечения и прогноз выживаемости напрямую зависят от стадии заболевания на период выявления. Данные федерального ракового регистра по показателю 5-летней выживаемости представлены в таблице 1.

Показатель активной выявляемости ЗНО составил 17,3% (2012 год – 15,6%). Как низкий следует рассматривать показатель активной выявляемости новообразований визуальных локализаций. Из 83 916 больных, выявленных активно, 69,9% имели I–II стадию заболевания (2012 год – 74 679, 73,1%). Опухоли визуальных локализаций I–II стадии заболевания составили 45,2% (2012 год – 46,6%) 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 2013 году 22,3% (в 2012 году – 21,3%).

Анализ показателей активной диагностики ЗНО свидетельствует о полном отсутствии в ряде регионов системы профилактических и скрининговых обследований всех категорий населения.

Ключевую роль в раннем выявлении заболеваний играют диспансеризация и профилактические осмотры. Они являются одной из основ своевременного начала лечения, которое можно осуществлять без использования резервов стационарного звена здравоохранения,

с использованием стационарозамещающих технологий. Поэтому диспансеризацию следует рассматривать как вид медицинской помощи не только профилактической, но и лечебной направленности. Качественно и в полном объеме выполненная диспансеризация способствует снижению показателей заболеваемости и непосредственно влияет на предотвращение смертности населения от онкологических заболеваний.

Проведение профилактических мероприятий регламентировано приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 декабря 2012 года №1006н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» и №1011н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра».

Диспансеризация включает два этапа. Первый (скрининг) проводится с целью выявления признаков хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, определения медицинских показаний к выполнению уточняющих диагностических обследований на втором этапе.

Онкологический компонент первого этапа включает в себя:

- 1) опрос (анкетирование), что позволяет выявить факторы риска ЗНО, генетическую предрасположенность;
- 2) осмотр фельдшера (акушерки), включая взятие мазка с шейки матки на цитологическое исследование;
- 3) флюорографию легких;



Таблица 1

ПОКАЗАТЕЛЬ 5-ЛЕТНЕЙ ВЫЖИВАЕМОСТИ ДЛЯ НЕКОТОРЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ ОПУХОЛИ,
ПО ДАННЫМ ФЕДЕРАЛЬНОГО РАКОВОГО РЕГИСТРА (2001–2012 ГОДЫ), %

Локализация	Стадии					
	I		II		IV	
	м	ж	м	ж	м	ж
Все ЗНО	84	92	69	80	34	36
Желудок	76	81	57	58	31	31
Прямая кишка	79	86	69	71	39	39
Легкое	62	77	50	60	27	31
Молочная железа	89	94	82	86	40	43
Шейка матки	...	93	...	78	...	34
Предстательная железа	88	...	83	...	50	...
Меланома кожи	84	90	75	80	40	46

Примечание: м – мужское население, ж – женское.

Таблица 2

СТРУКТУРА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ, ВЫЯВЛЕННЫХ ПРИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

Локализация	Абсолютное число	Доля среди всех выявленных, %
Молочная железа	7563	28,1
Предстательная железа	3759	14,0
Прямая кишка	1743	6,5
Желудок	1713	6,4
Трахея, бронхи, легкое	1656	6,2
Шейка матки	1558	5,8
Тело матки	1297	4,8
Почка	1178	4,4
Ободочная кишка	821	3,1
Яичник	623	2,3

- 4) маммографию (для женщин в возрасте 39 лет и старше);
- 5) исследование кала на скрытую кровь (для граждан в возрасте 45 лет и старше);
- 6) определение уровня простатспецифического антигена (ПСА) в крови (для мужчин в возрасте 50–75 лет);

- 7) ультразвуковое исследование органов брюшной полости (для граждан в возрасте 39 лет и старше с периодичностью 1 раз в 6 лет).
Онкологический компонент второго этапа диспансеризации включает в себя:
 - 1) эзофагогастродуоденоскопию (для граждан в возрасте старше 50 лет при выявлении по ре-



Таблица 3

**СТРУКТУРА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПРИ АКТИВНОМ ВЫЯВЛЕНИИ
(ДАННЫЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СТАТИСТИКИ)**

Локализация	Абсолютное число	Доля среди всех выявленных, %
Все ЗНО	83916	17,3
Шейка матки	4765	32,2
Губа	770	31,2
Молочная железа	17256	30,1
Кожа (кроме меланомы)	16888	28,6
Предстательная железа	7294	25,0
Трахея, бронхи, легкие	10873	21,8
Щитовидная железа	1951	21,5
Меланома кожи	1582	19,1
Тело матки	3383	16,4
Полость рта	1067	14,5
Почка	2365	12,5
Яичник	1483	12,2
Прямая кишка	2794	11,7
Мочевой пузырь	1121	8,6
Желудок	2751	8,3
Глотка	270	6,2
Гортань	381	6,2
Ободочная кишка	1725	5,6

- зультатам анкетирования жалоб, свидетельствующих о возможном онкологическом заболевании верхних отделов желудочно-кишечного тракта или отягощенной наследственности по онкологическим заболеваниям органов желудочно-кишечного тракта);
- 2) осмотр (консультацию) врача-хирурга или врача-уролога (для мужчин в возрасте старше 50 лет при впервые выявленном повышении уровня ПСА в крови и (или) выявлении по результатам анкетирования жалоб, свидетельствующих о возможных заболеваниях предстательной железы);
 - 3) осмотр (консультацию) врача-хирурга или врача-колопроктолога (для граждан в возрасте 45 лет и старше при положительном анализе кала на скрытую кровь);

- 4) колоноскопию или ректороманоскопию (для граждан в возрасте 45 лет и старше по назначению врача-хирурга или врача-колопроктолога);
- 5) осмотр (консультацию) врача-акушера-гинеколога (для женщин с выявленными патологическими изменениями по результатам цитологического исследования мазка с шейки матки и (или) маммографии).

Анализ результатов диспансеризации населения в 2013 году показал следующее. Диспансеризацию завершили 19 263 922 человека. Было выявлено 26 890 пациентов с ЗНО. Из них с нозологическими формами заболевания, вносящими основной вклад в смертность населения от ЗНО, выявлено 21 911 больных, что составило 81,5%. Абсолютное большинство всех выявленных случаев заболевания составили те виды рака, на выявление которых в программу диспансеризации были вклю-



чены скрининговые тесты и диагностические методики исследования. Первое рейтинговое место по выявляемости занял рак молочной железы – 28,1%, второе – рак предстательной железы – 16,5% (см. табл. 2).

Анализ структуры активно выявленных ЗНО, по данным государственной статистики, показал существенное отличие ее от результатов диспансеризации. Более 30% выявленных случаев приходилось на ЗНО шейки матки, губы и молочной железы, активно был выявлен каждый четвертый больной раком кожи и раком предстательной железы, каждый пятый больной раком легкого и раком щитовидной железы (см. табл. 3).

Сравнительный анализ этих данных свидетельствует, что врачи-терапевты, на которых возложена основная обязанность проведения диспансеризации, или не проводят осмотр кожных покровов, пальпацию щитовидной железы, пальцевое исследование прямой кишки, или недостаточно подготовлены для этого. Также очевидно, что в первичной сети есть проблемы с техникой забора материала с шейки матки и цервикального канала на цитологическое исследование. Однако все эти органы доступны для визуального осмотра и пальпации, а также могут быть обследованы с помощью цитологического метода. Опухоли наружных локализаций, которые можно обнаружить в ходе диспансеризации и профилактических осмотров, составляют 30% среди всех злокачественных опухолей у лиц обоего пола и почти 40% у женщин.

Правомочность таких заключений подтверждают данные государственной статистики. Активная выявляемость колоректального рака и рака желудка в популяции была самой низкой и не превышала при раке прямой кишки 11,7%, раке ободочной кишки – 5,6%, раке желудка – 8,3% от числа всех выявленных случаев. При диспансеризации значения этого показателя были еще

ниже: 0,07% выявляемость рака прямой кишки, 2,69% – рака ободочной кишки, 5,14% – рака желудка. При этом доля выявленных при диспансеризации больных с ЗНО данных локализаций оказалась достаточно велика и составляла 62,4% при раке прямой кишки, 62,3% при раке желудка и 47,6% при раке ободочной кишки.

Повышение эффективности диспансеризации населения и, следовательно, более раннее выявление больных со злокачественными новообразованиями зависит от действенности мер по оповещению и привлечению широкого круга населения, особенно старших возрастных групп, к активному прохождению осмотров.

7 мая 2012 года был издан указ №598, который поставил перед здравоохранением задачи, непосредственно относящиеся к онкологии: снижение смертности, совершенствование помощи, формирование здорового образа жизни, кадровое обеспечение. Для выполнения этих задач российским министерством здравоохранения были разработаны и приняты:

- государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (утверждена распоряжением Правительства Российской Федерации от 24 декабря 2012 года №2511-р);
- Стратегия развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 года (утверждена распоряжением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2012 года №2580-р).

Основным принципом охраны здоровья в Федеральном законе от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обозначен приоритет профилактики заболеваний. Активная позиция медицинской общественности и самих граждан при этом будет способствовать оздоровлению населения, раннему выявлению онкологических заболеваний, продлению жизни населения России.

СТАТЬЯ ПОДГОТОВЛЕНА ПРИ УЧАСТИИ
ЗАМЕСТИТЕЛЯ ДИРЕКТОРА ПО НАУЧНОЙ РАБОТЕ
ФГБУ «ФМИЦ ИМЕНИ П.А. ГЕРЦЕНА»
ПРОФЕССОРА
В.В. Старинского