

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

ДИРЕКТОР
ФГУ «МНИОИ
ИМ. П.А. ГЕРЦЕНА
РОСЗДРАВА»
АКАДЕМИК РАМН,
ПРОФЕССОР
Валерий Иванович
Чиссов



Ежегодно в Российской Федерации регистрируется около 470 тыс. первичных случаев злокачественных новообразований. Для сравнения отметим, что в 1970 году в РФ было зарегистрировано 258 тыс. больных с впервые выявленным заболеванием. Динамика онкозаболеваемости населения России свидетельствует о неуклонном увеличении показателя его среднегодового прироста (табл. 1).

За последние годы не произошло изменений в структуре заболеваемости как у мужчин – первые места занимают опухоли бронхов и легкого (21,9%), желудка (12,0%), так и у женщин – ведущей патологией является рак молочной железы (19,9%), затем желудка, кожи. Удельный вес злокачественных новообразований органов репродуктивной системы составляет почти 37% (36,9%).

Прирост показателя за 10-летний период – почти 18%, что в значительной мере определено «постарением» населения, так как прирост стандартизованного показателя за этот период – всего 5,6%.

Начиная с 1992 года численность популяции России сокращается, что является результатом длительной динамики неблагоприятных изменений в естественном воспроизводстве населения страны – падение рождаемости и рост числа умерших.

С 1983 года прирост численности населения в возрасте старше 60 лет составил 42%. Наблюдаемый процесс демографического старения тесно связан с низким бла-

госостоянием лиц пожилого возраста, что, несомненно, отражается на уровне онкологической заболеваемости.

Таким образом, население России можно отнести к регрессионному типу, не обеспечивающему возможности роста вследствие снижения рождаемости и повышения смертности в последующих поколениях. В этой связи можно ожидать дальнейший рост онкологической заболеваемости.

В связи с сокращением продолжительности жизни мужского населения показатель онкологической заболеваемости на оба пола увеличивается за счет роста заболеваемости среди женщин. Мы и далее вправе прогнозировать более высокий прирост заболеваемости среди женского населения.

Средний возраст заболевших составляет 63,3 года для мужчин и 62,9 года для женщин. Риск развития злокачественного заболевания, которому подвергнется бы человек в течение жизни (до 75 лет) при условии всех других причин смерти, составляет 22,3% (табл. 2).

Показатель запущенности является одним из основных критериев оценки состояния помощи онкологическим больным. Несмотря на новые диагностические технологии, уровень этого показателя в течение 10 лет остается практически неизменным – более 20%. Показатель одногодичной летальности в целом по России составил 31,6%.

Несоответствие показателей запущенности и одногодичной летальности наблюдается в большинстве регионов России, что может свидетельствовать о весьма высокой частоте клинических ошибок в оценке распространенности опухолевого процесса (его занижение).

По России в целом это отношение – 1,4, в то же время есть территории, в которых одногодичная летальность более чем в два раза превышает запущенность (табл. 3).

Для оценки диагностического компонента онкологической помощи используется также процент пациентов с неустановленной стадией опухолевого процесса. Доля больных с неустановленной стадией опухолевого



Таблица 1

СРЕДНЕГОДОВОЙ ПРИРОСТ ОНКОЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В РОССИИ

Годы	1970	1980	1990	2000	2005	Среднегодовой прирост (%)	
						1970–2005	1990–2005
Абс. число больных	258057	320621	391254	448602	469195	+2,3	+1,3
На 100 тыс. населения	197,9	231,3	264,5	309,0	330,5	+1,9	+1,7

Таблица 2

РИСК РАЗВИТИЯ
ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО НОВООБРАЗОВАНИЯ
(в процентах)

Возраст, годы	Оба пола	Мужчины	Женщины
До 75	22,3	27,3	19,2
До 70	17,2	20,2	15,3
До 60	8,7	8,7	8,7

Таблица 3

МАКСИМАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ
ОТНОШЕНИЯ ОДНОГОДИЧНОЙ
ЛЕТАЛЬНОСТИ К ЗАПУЩЕННОСТИ

Территория	Отношение
Россия	1,4
Самарская область	2,6
Республика Бурятия	2,0
Брянская область	2,0
Владимирская область	1,9
Кемеровская область	1,9

процесса в целом по России – 8,4%. По-видимому, в эту категорию часто попадают больные с запущенными опухолевыми процессами.

В среднем по России только около 12% онкологических больных выявляются активно. Есть регионы и с более высокими показателями и те, в которых почти полностью отсутствует активное выявление злокачественных новообразований (табл. 4).

В условиях «постарения» населения и низкой продолжительности жизни мужчин в 1995–2005 годах отмечается некоторый рост «грубого» показателя смер-

тности женщин и снижение данного показателя у мужчин. При оценке динамики стандартизованных показателей смертности наблюдается некоторое их снижение как у мужчин, так и у женщин. Прогнозирование показателя смертности на дальнюю перспективу затруднительно, так как не представляется возможным учесть влияние на показатель смертности от злокачественных новообразований социальных проблем, которые будут происходить в России (продолжительность и уровень



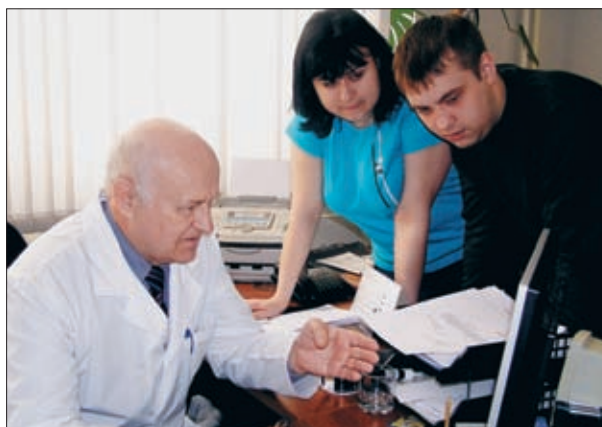


Таблица 4

АКТИВНАЯ ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ ЗНО, 2005 ГОД

(в процентах)

Средний показатель по РФ – 11,8% (52 060 больных),
из них: 57,0% – I–II ст., 37,5% – при визуальных локализациях

Максимальный уровень		Минимальный уровень	
Калининградская область	34,3	Камчатская область	0,3
Читинская область	29,5	Республика Калмыкия	1,2
Омская область	26,6	Республика Адыгея	1,8
Курская область	25,5	Республика Тыва	2,3
Самарская область	22,5	Еврейская автономная область	2,4
Красноярский край	18,3	Ивановская область	2,5

жизни, материальная база здравоохранения, доступность медицины и др.) (табл. 5).

В качестве возможных мероприятий, направленных на снижение смертности населения от злокачественных новообразований, нам представляются следующие:

- совершенствование первичной профилактики злокачественных новообразований, санитарно-просветительной работы;
- мероприятия по раннему выявлению злокачественных новообразований;
- обеспечение доступности специальной онкологической помощи;
- развитие государственных скрининговых программ по раннему выявлению злокачественных новообразований;
- обучение врачей общей лечебной сети и общей практики основам клинической онкологии;
- организация работы смотровых кабинетов поликлиник в течение всего рабочего дня;
- мероприятия по материально-технической модернизации, создание достойных условий труда

онкологов районного звена (включая увеличение оплаты труда);

- внедрение современных методов диагностики в практику работы территориальных общелечебных и онкологических учреждений;
- внедрение методик телеонкологии в лечебно-диагностический процесс областных онкологических учреждений;
- совершенствование существующих и разработка новых высокотехнологичных методов лечения злокачественных новообразований;
- увеличение доли органосохранных, функционально-щадящих и малоинвазивных методов лечения;
- дальнейшая разработка методик, способствующих улучшению качества жизни онкологических больных;
- совершенствование паллиативной и симптоматической помощи онкологическим больным.

По-прежнему важной проблемой остаются полнота и качество собираемой информации о заболеваемости и смертности от онкологических заболеваний и основных показателях онкопомощи.



Таблица 5

**ПРОГНОЗ ПОКАЗАТЕЛЯ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ
ОТ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ В 2015 ГОДУ**
(рассчитано исходя из среднегодового темпа прироста за период 1995–2005 годов)

Локализация опухоли	2005	Среднегодовой темпа прироста 1995–2005	Прогноз на 2015	
			прирост 2005–2015, %	показатель
Оба пола («грубые показатели на 100 000 населения»)				
Все новообразования	200,6			200,6
Мужчины («грубые показатели на 100 000 населения»)				
Все новообразования	234,6	-0,07	-0,7	232,9
Женщины («грубые показатели на 100 000 населения»)				
Все новообразования	171,3	0,42	4,2	178,5
Мужчины (стандартизованные показатели – мировой стандарт возрастного распределения), исключено влияние возраста				
Все новообразования	187,0	-1,22	-12,2	166,7
Женщины (стандартизованные показатели – мировой стандарт возрастного распределения), исключено влияние возраста				
Все новообразования	92,66	-0,56	-5,6	87,7

Таблица 6

**СЕТЬ ОНКОУЧРЕЖДЕНИЙ И КОЕЧНЫЙ ФОНД
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ РОССИИ**

	Число диспансеров		Количество коек		
	всего	в том числе со стационарами	онкологические	гематологические	радиологические
2001	118	109	29377	6826	7749
2005	116	109	29685	6648	7856

Не все ведомственные медицинские учреждения и учреждения специального профиля, например осуществляющие лечение больных с новообразованиями глаза и его аппарата, головного и спинного мозга, кровяной и лимфатической ткани, а также учреждения, осуществляющие диагностику и лечение злокачественных новообразований у детей, перешли на работу по приказу Минздрава РФ от 19 апреля 1999 года №135 «О совершенствовании системы Государственного ракового регистра».

Возможно, для решения данной проблемы требуется подключение территориальных департаментов здравоохранения.

Ограниченная доступность сведений об онкологических больных из ведомственных учреждений и отсутствие или недостаточная связь со специализированными подразделениями общей лечебной сети увеличивают долю посмертно учтенных, уменьшают различие между численностью умерших и вновь выявленных больных, снижа-

ют долю морфологически верифицированных диагнозов, в частности при гемобластозах. Ограниченность контактов с поликлиническими учреждениями и цитологическими лабораториями занижает данные о выявляемости преинвазивного рака и больных со злокачественными новообразованиями на профилактических осмотрах.

О качестве учета свидетельствуют данные о числе умерших от злокачественных новообразований, не состоявших на учете онкологических учреждений. На каждые 100 умерших больных со злокачественными новообразованиями 5 не состояли на учете, причем данный показатель по регионам варьировался от 1,0 до 14,1%.

По данным отчетов за 2004 год, на каждые 100 посмертно зарегистрированных территориальными онкологическими учреждениями больных 8 состояли на учете в ведомственных медицинских учреждениях.

При отсутствии своевременной сверки информации об умерших между онкологическими учреждения-





Таблица 7

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОЕЧНОГО ФОНДА В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ РОССИИ

	Онкологические койки		Гематологические койки		Радиологические койки	
	средняя продолжит. пребывания	средне-годовая занятость	средняя продолжит. пребывания	средне-годовая занятость	средняя продолжит. пребывания	средне-годовая занятость
2001	17,2	326,8	18,7	343,7	26,6	353,0
2005	14,6	339,2	16,9	339,0	25,3	355,4

ми и органами государственной статистики искажается соотношение между числом умерших и числом вновь выявленных больных.

Во многих онкологических диспансерах России не имеется сведений о дальнейшей судьбе детей со злокачественными новообразованиями, взятых на учет и нуждающихся в проведении специального лечения и последующего наблюдения.

С введением в действие федерального закона о персональных данных требуется принятие дополнительного нормативного правового акта по вопросам, касающимся создания и обработки баз данных (БД) Государственного ракового регистра РФ, в частности, по вопросам сохранения обязательного учета и мониторинга больных со злокачественными новообразованиями, а также сохранения персонализированных данных на территориальном уровне популяционного регистра (ст. 4 п. 2 федерального закона о персональных данных предусматривает такое право). Несогласие больного на регистрацию в БД приведет к потере показателей заболеваемости, смертности, распространенности и др., необходимых для оценки состояния онкологической службы России.

В работе территориальных регистров отмечают следующие трудности:

- отсутствие финансирования;
- низкая заработная плата сотрудников;

- отсутствие штатов и квалифицированных кадров (врачей-онкологов и методистов, инженеров, морфологов);
- недостаточное и устаревшее техническое оснащение;
- отсутствие помещений;
- отсутствие должной заинтересованности департаментов здравоохранения и главных врачей онкодиспансеров.

Низкие темпы структурных преобразований в системе здравоохранения, на которые обратил внимание В.В. Путин на заседании Правительства 5 сентября 2005 года, обусловлены в значительной степени несовершенством системы управления, прежде всего фрагментацией, ослаблением функций стратегического и текущего планирования, недостаточным развитием механизмов координации различных субъектов управления. Усилились различия между территориями в пределах субъекта РФ по объему и качеству оказания медицинской помощи и показателям развития здравоохранения в целом.

С января 2005 года вступил в силу закон о разграничении территориальных полномочий. В системе здравоохранения он выражается в выделении функций на различных административно-территориальных условиях:

- муниципальный уровень – первичная медицинская помощь с определением крупных цент-



ральных больниц, где может быть оказана специализированная помощь;

– территориальный уровень – оказание специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи;

– федеральный уровень – оказание только высокотехнологичной помощи.

Приказом Минздравсоцразвития №633 от 13.10.2005 года «Об организации медицинской помощи» определен порядок организации и специализированной помощи. В ряде территорий были предприняты попытки закрытия онкологических отделений при поликлиниках, находящихся в муниципальном подчинении, то есть по существу ликвидировать службу районных онкологов, которые осуществляют учет и мониторинг онкологических больных, первичное консультирование, выполнение назначений онкодиспансеров по консервативной терапии. Кроме того, осуществление стационарной специализированной помощи больным злокачественными новообразованиями предписывалось кроме онкодиспансеров территориальным больницам общего профиля. В связи с этим потребовалось издание разъяснительного распоряжения Минздравсоцразвития о порядке оказания онкологической помощи больным (№110-ВС от 16.01.2006). В соответствии с этим распоряжением подчеркнуто, что онкологическая помощь больным злокачественными новообразованиями по-прежнему должна

осуществляться в онкологических диспансерах. Использование коечного фонда областных, краевых, республиканских, окружных больниц допустимо исключительно в случаях недостатка профильного коечного фонда для онкологических больных. Оказание медицинской помощи онкологическим больным в этих учреждениях здравоохранения субъектов Российской Федерации допустимо только при наличии у них лицензий, сертифицированных и подготовленных по профилю специалистов в соответствующих областях онкологии, а также соответствующей договоренности с онкологическим диспансером. Выработка лечебно-диагностической тактики должна осуществляться коллегиально с обязательным участием соответствующих специалистов онкологического диспансера.

В январе 2006 года в России начали реализовываться четыре национальных проекта, в том числе – «Здоровье». Выделяются значительные объемы бюджетных ассигнований на укрепление материально-технической базы медучреждений, диспансеризацию, внедрение высокотехнологичных методов диагностики и лечения.

В 2005 году, по данным отчетности, в России функционировало 116 онкологических диспансеров, в том числе 109 со стационарами (табл. 6).

На протяжении последнего десятилетия несколько увеличился коечный фонд онкологических учреждений – до 29 685 онкологических коек.

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