

А.Б. Кутлумуратов, К.И. Поляков, И.З. Вайсбейн, М.С. Попов

**О НОВЫХ ТЕНДЕНЦИЯХ ТРЕХЛЕТНЕЙ ВЫЖИВАЕМОСТИ  
ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ НА ПОПУЛЯЦИОННОМ УРОВНЕ  
В КАЛИНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ**

ГБУЗ «Калининградская областная клиническая больница», 236016, г. Калининград

На базе данных популяционного ракового регистра Калининградской области за период 15.11.06—15.11.12 изучена наблюдаемая и скорректированная трехлетняя выживаемость 14 774 онкологических больных злокачественными новообразованиями (ЗНО) 23 локализаций. Сравнивалась выживаемость больных, впервые взятых на учет до и после включения областного онкологического диспансера в состав Калининградской областной клинической больницы (постановление Правительства КО № 284 от 08.05.09, реализовано к концу 2009 г.) года. Наблюдаемая и скорректированная трехлетняя выживаемость в группе «ДО» уступали соответствующим показателям в группе «ПОСЛЕ» при всех 23 локализациях ЗНО. Различия статистически достоверны (от  $p < 0,05$  до  $p < 0,001$ ) для 18 локализаций ЗНО, включая ЗНО визуально доступных локализаций — кожи ( $p < 0,001$ ), в том числе меланомы ( $p < 0,001$ ), молочной железы ( $p < 0,001$ ), прямой кишки ( $p < 0,001$ ), шейки матки ( $p < 0,001$ ) и вульвы ( $p < 0,05$ ). Исключение ( $p > 0,05$ ) составили 5 редко встречающихся локализаций ЗНО — соединительной и мягкой ткани, костей, забрюшинного пространства, щитовидной железы, ходжкинские лимфомы. Приведены данные статистики, указывающие на то, что улучшение выживаемости больных ЗНО связано с вовлечением материально-технических, кадровых и организационных ресурсов многопрофильной Калининградской областной клинической больницы в онкологическое обслуживание населения на региональном уровне.

Ключевые слова: злокачественные новообразования отдельных локализаций; выживаемость на популяционном уровне; региональная онкологическая служба.

**NEW THREE-YEAR SURVIVAL TENDENCIES OF THE ONCOLOGICAL PATIENTS ON POPULATION LEVEL  
IN THE KALININGRAD REGION**

A.B. Kutlumuratov, K.I. Polyakov, I.Z. Vaysbeyn, M.S. Popov

The Kaliningrad regional clinical hospital, 236016, Kaliningrad, Russian Federation

On a database of the population cancer register of the Kaliningrad region of Russian Federation for the period 15.11.2006-15.11.2012 for the first time were investigated an observed and an adjusted three-year survival of 14774 patients with 23 localizations of malignant tumor (MT). Comparatively were estimated the survival of the patients with these diagnoses before inclusion (in 07.2009) of the regional oncology clinic into the structure of Kaliningrad regional clinical hospital (group "BEFORE"), and after this (group "AFTER"). The Determination of Government КО №284 05.2009y was realized during second half 2009y. Observed and adjusted three-year survival in group "BEFORE" was shorter than in group "AFTER" at all 23 MT localizations. These distinctions were statistically significant (from  $p < 0.05$  up to  $p < 0.001$ ) for 18 localizations of the MT, including the visually accessible localizations of the MT - skin ( $p < 0.001$ ), melanoma ( $p < 0.001$ ), mammary ( $p < 0.001$ ), rectum ( $p < 0.001$ ), cervix ( $p < 0.001$ ) and vulvae ( $p < 0.05$ ). The exception ( $p > 0.05$ ) were made by five rare MT - soft tissues, bones, retroperitoneal tumors, thyroid gland, and Hodgkin's lymphomas. Data of statistics is indicating that the improvement of survival of the patients with MT was caused by the involving of the material resources, personnel and organizational resources of Kaliningrad regional clinical hospital for the oncological service of region population.

Key words: malignant tumor; survival on population level; regional oncological service.

Выживаемость больных злокачественными новообразованиями (ЗНО) на популяционном уровне — конечный показатель эффективности организационной, диагностической и лечебной деятельности онкологической службы (ОС), а возможность объективной оценки этой деятельности обеспечивается качеством базы данных популяционных раковых регистров (ПРР) [1—4]. В России первые данные о популяционной выживаемости (трехлетней) получены от ПРР Санкт-Петербурга [4]. Лучшая выживаемость больных ЗНО достигается в условиях специализированных стац-

онаров [1, 2]. Специализированная онкологическая медицинская помощь в РФ, как правило, оказывается диспансерным звеном ОС, хотя приказ Минздравсоцразвития РФ № 633 [5] предусматривает возможность организации такой помощи в учреждениях здравоохранения субъектов РФ, в том числе в областной больнице. В соответствии с постановлением № 284 (от 8 мая 2009 г.) правительства Калининградской области (КО — далее область) функция оказания специализированной онкологической помощи населению области возложена на Калининградскую областную клиническую больницу (КОКБ). Реализация постановления осуществлена в течение второй половины 2009 г. Наше сообщение посвящено оценке наблюдаемой выживаемости (НВ) и скорректированной (СВ) трехлетней выживаемости больных 23 локализаций ЗНО на популяционном уровне до и после включения диспансерного звена ОС области в состав КОКБ.

Для корреспонденции: Кутлумуратов Атабек Бекчанович — д-р мед. наук, проф., врач-методист онкологической службы; 236016, г. Калининград, ул. Клиническая, 74, e-mail: atabekb@yahoo.com

## Материал и методы

В базе данных ПРР области к началу 2013 г. имелась информация о 70 962 больных ЗНО (за период с 1952 по 2012 г. включительно). Для исследования отобрана база данных за 2006—2012 гг. — о ЗНО 23 локализаций. Всего изучены данные о 14 774 больных, зарегистрированных в период 15.11.06—31.12.09 (группа «ДО») и в период 15.11.09—15.11.12 (группа «ПОСЛЕ»). Трехлетние НВ и СВ оценивали стандартным методом [1, 6]. О межгрупповых различиях судили по *t*-критерию Стьюдента. При небольшом числе наблюдений (менее 30) использовали поправки Йетса с расчетом *f*-параметра Фишера [7].

## Результаты и обсуждение

Установлено (табл. 1 и 2), что для всех 23 локализаций ЗНО оба показателя трехлетнего дожития (НВ и СВ) в группе «ДО» уступали таковым в группе «ПОСЛЕ». Эти различия оказались статистически достоверными для 18 локализаций ЗНО (значимость различий варьировала от  $p < 0,05$  до  $p < 0,001$ ). Отметим, что статистически достоверными оказались межгрупповые различия

дожитий даже для визуально доступных локализаций ЗНО — кожи ( $p < 0,001$ ), в том числе меланомы ( $p < 0,001$ ), молочной железы ( $p < 0,001$ ), прямой кишки ( $p < 0,001$ ), шейки матки ( $p < 0,001$ ) и вульвы ( $p < 0,05$ ). Статистически недостоверным оказалось преимущество в выживаемости больных в группах «ПОСЛЕ» для ЗНО пяти локализаций — соединительной и мягкой ткани ( $p > 0,05$ ), костей ( $p > 0,05$ ), забрюшинного пространства ( $p > 0,05$ ), щитовидной железы ( $p > 0,05$ ), ходжкинских лимфомы ( $p > 0,05$ ). Важно отметить, что впервые указанное преимущество в выживаемости больных ЗНО в области выражено в показателях СВ, на которую не влияет смертность больных ЗНО от сопутствующей патологии (как это имеет место в случае с показателем НВ).

Итак, у больных ЗНО в группах «ПОСЛЕ» шансы на эффективное лечение выше, чем в группах «ДО». В частности, эти шансы возрастают при лечении больного в условиях специализированного стационара [2]. Результаты данного исследования касаются выживаемости на популяционном уровне и поэтому непосредственно связаны с улучшением доступа жителей области к спе-

Таблица 1

Кумулятивная (наблюдаемая) вероятность трехлетнего дожития ( $P$ , %) пациентов с ЗНО 23 локализаций в периоды с 15.11.06 по 31.12.12 (группа «ДО») и с 15.11.09 по 15.11.12 (группа «ПОСЛЕ»)

Локализация основного очага ЗНО	Группа «ДО»		Группа «ПОСЛЕ»		Статистическая значимость различий	
	<i>n</i>	$P_1 \pm m$ , %	<i>n</i>	$P_2 \pm m$ , %	$t_{st}$	<i>p</i>
Рак пищевода	94	16,65 ± 3,84		125	40,65 ± 4,39	4,111
Рак желудка	708	23,66 ± 1,60	696	48,94 ± 1,89	10,199	< 0,001
Рак ободочной кишки	514	44,15 ± 2,19	549	67,40 ± 2,00	7,835	< 0,001
Рак ректосигмоидного отдела толстой кишки	101	28,71 ± 4,50	112	70,54 ± 4,31	6,712	< 0,001
Рак прямой кишки	324	40,10 ± 2,72	356	67,13 ± 2,49	7,328	< 0,001
Рак поджелудочной железы	246	10,21 ± 1,93	240	38,33 ± 3,14	7,633	< 0,001
Рак гортани	148	33,11 ± 3,87	133	72,93 ± 3,85	7,294	< 0,001
Рак бронхов и легкого	842	18,01 ± 1,32	833	42,26 ± 1,71	11,203	< 0,001
Злокачественная меланома кожи	173	58,96 ± 3,74	161	81,99 ± 3,03	4,785	< 0,001
Рак кожи	950	88,09 ± 1,05	1288	97,44 ± 0,44	8,200	< 0,001
Рак молочной железы	1040	72,53 ± 1,38	1209	85,28 ± 1,02	7,415	< 0,001
ЗНО соединительной и мягкой ткани	60	60,00 ± 6,32	65	67,69 ± 5,80	0,896	> 0,05
ЗНО вульвы	48	47,73 ± 7,53	36	72,22 ± 7,47	2,310	< 0,05
Рак шейки матки	380	63,33 ± 2,47	331	78,55 ± 2,26	4,546	< 0,001
Рак эндометрия и ЗНО матки неуточненных локализаций	330	70,09 ± 2,52	366	87,16 ± 1,75	5,564	< 0,001
Рак яичника	269	45,72 ± 3,04	248	68,95 ± 2,94	5,496	< 0,001
ЗНО почки	320	63,32 ± 2,69	356	79,49 ± 2,14	4,700	< 0,001
Рак мочевого пузыря	294	55,44 ± 2,90	314	78,98 ± 2,30	6,362	< 0,001
Рак щитовидной железы	99	84,72 ± 3,62	101	89,11 ± 3,10	0,922	> 0,05
Ходжкинские лимфомы	77	77,48 ± 4,92	81	87,65 ± 3,66	1,659	> 0,05
Неходжкинские лимфомы	25	52,00 ± 9,99	30	83,33 ± 6,80	2,592*	< 0,05*
ЗНО костей	26	46,15 ± 9,78	20	75,00 ± 9,68	2,096*	> 0,05*
ЗНО забрюшинного пространства	33	42,42 ± 8,60	28	50,00 ± 9,45	0,593*	> 0,05*
Сумма по 23 локализациям ЗНО	7096	51,948 ± 0,59	7678	72,99 ± 0,51	26,978	< 0,001

Примечание. Здесь и в табл. 2:  $P$  — вероятности наблюдаемого (табл. 1) и скорректированного трехлетнего (табл. 2) дожития,  $m$  — стандартная ошибка;  $t_{st}$  — критерий Стьюдента,  $p$  — статистическая значимость различия, \* — статистическая значимость различия рассчитана с учетом поправки Йетса.

Таблица 2

Скорректированная вероятность трехлетнего дожития ( $P$ , %) пациентов с ЗНО 23 локализаций в периоды с 15.11.06 по 31.12.12 (группа «ДО») и с 15.11.09 по 15.11.12 (группа «ПОСЛЕ»)

Локализация основного очага злокачественного новообразования	Группа «ДО»		Группа «ПОСЛЕ»		Статистическая значимость различий	
	$n$	$P$ , % $\pm m$	$n$	$P$ , % $\pm m$	$t_{st}$	$p$
Рак пищевода	94	16,6 $\pm$ 53,84	125	41,57 $\pm$ 4,41	4,261	< 0,001
Рак желудка	708	24,45 $\pm$ 1,62	696	49,35 $\pm$ 1,90	10,000	< 0,001
Рак ободочной кишки	514	44,67 $\pm$ 2,19	549	67,81 $\pm$ 1,99	7,808	< 0,001
Рак ректосигмоидного отдела толстой кишки	101	30,37 $\pm$ 4,58	112	71,41 $\pm$ 4,27	6,557	< 0,001
Рак прямой кишки	324	40,69 $\pm$ 2,73	356	68,37 $\pm$ 2,46	7,527	< 0,001
Рак поджелудочной железы	246	10,81 $\pm$ 1,98	240	39,44 $\pm$ 3,15	7,687	< 0,001
Рак гортани	148	34,03 $\pm$ 3,89	133	74,11 $\pm$ 3,80	7,367	< 0,001
Рак бронхов и легкого	842	18,38 $\pm$ 1,33	833	43,42 $\pm$ 1,72	11,510	< 0,001
Злокачественная меланома кожи	173	59,31 $\pm$ 3,74	161	83,10 $\pm$ 2,95	4,998	< 0,001
Рак кожи	950	90,84 $\pm$ 0,94	1288	97,97 $\pm$ 0,39	7,025	< 0,001
Рак молочной железы	1040	73,21 $\pm$ 1,37	1209	85,89 $\pm$ 1,00	7,458	< 0,001
ЗНО соединительной и мягкой ткани	60	60,00 $\pm$ 6,32	65	67,69 $\pm$ 5,80	0,896	> 0,05
ЗНО вульвы	48	47,73 $\pm$ 7,53	36	72,22 $\pm$ 7,47	2,310	< 0,05
Рак шейки матки	380	63,22 $\pm$ 2,47	331	78,50 $\pm$ 2,26	4,541	< 0,001
Рак эндометрия и ЗНО матки неуточненных локализаций	330	71,42 $\pm$ 2,49	366	87,67 $\pm$ 1,72	5,374	< 0,001
Рак яичника	269	46,87 $\pm$ 3,04	248	68,95 $\pm$ 2,94	5,222	< 0,001
ЗНО почки	320	64,49 $\pm$ 2,68	356	80,00 $\pm$ 2,12	4,544	< 0,001
Рак мочевого пузыря	294	57,07 $\pm$ 2,89	314	80,12 $\pm$ 2,25	6,296	< 0,001
Рак щитовидной железы	99	85,71 $\pm$ 3,52	101	90,02 $\pm$ 2,98	0,934	> 0,05
Ходжкинские лимфомы	72	78,75 $\pm$ 4,82	81	87,65 $\pm$ 3,66	1,472	> 0,05
Неходжкинские лимфомы	25	54,74 $\pm$ 9,96	30	83,33 $\pm$ 6,80	2,372*	< 0,05*
ЗНО костей	26	46,15 $\pm$ 9,78	20	75,00 $\pm$ 9,68	2,096*	> 0,05*
ЗНО забрюшинного пространства	33	42,42 $\pm$ 8,60	28	50,00 $\pm$ 9,45	0,593*	> 0,05*
Сумма по 23 локализациям ЗНО	7096	52,93 $\pm$ 0,59	7678	73,64 $\pm$ 0,50	26,644	< 0,001

специализированному онкологическому обслуживанию, в основном благодаря вовлечению в работу диспансерного звена ОС области кадровых, материально-технических и организационных ресурсов многопрофильной КОКБ, где большинство больных ЗНО области проходят диагностические процедуры и получают специальное лечение. Поэтому выявленный прогресс НВ и СВ больных ЗНО области не только согласуется с характерными изменениями основных показателей деятельности ОС области в периоды до и после ее реорганизации в течение второй половины 2009 г., но во многом и объясняет их.

Действительно, можно видеть (табл. 3), что в течение 2010—2012 гг. наметились положительные сдвиги в показателях деятельности ОС области. Частота впервые зарегистрированных больных ЗНО (на 100 000 населения) по области за 2006—2008 гг. существенно снизилась в сравнении с предыдущими и последующими годами наблюдения. В 2009—2012 гг. ее значения практически вернулись к уровню 2005 г. Смертность же от ЗНО также снизилась в 2007—2009 гг., в 2011 г. достигла пика в восьмилетнем интервале (2005—2012), а в 2012 г. достигла минимума в этом

Таблица 3

Частота впервые зарегистрированных заболеваний и смертность от ЗНО по области в 2005—2012 гг. (на 100 000 населения)

Пол	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Частота впервые зарегистрированных ЗНО								
Мужчины	344,29	288,32	293,01	277,96	294,78	339,71	345,75	326,83
Женщины	386,28	325,65	331,27	320,63	415,97	378,16	381,00	379,36
Оба пола	366,39	308,01	313,21	300,52	358,88	360,05	364,39	354,62
Смертность от ЗНО								
Оба пола	188,3	190,7	171,0	167,9	172,9	189,3	212,75	165,02

Таблица 4

Распределение по стадиям, доля умерших до 1-го года, уровень морфологической верификации диагнозов ЗНО по области за 2005—2012 гг.

Год	Из числа впервые в жизни установленных диагнозов ЗНО имели стадии, %				Доля умерших до 1 года, %	Доля морфологической верификации диагноза ЗНО, %
	I—II	III	IV	Не установлена		
2005	46,94	17,54	27,18	8,34	—	68,61
2006	48,69	16,50	23,43	11,38	33,12	68,51
2007	46,81	14,89	25,69	12,60	31,31	74,83
2008	41,65	16,82	24,29	17,24	34,47	79,52
2009	43,63	18,48	20,05	17,84	36,12	80,12
2010	43,83	16,99	27,00	12,18	26,33	79,37
2011	46,51	14,61	23,95	14,92	30,02	79,01
2012	50,34	17,40	26,10	6,16	26,45	85,47

интервале. Характерный «всплеск» смертности в 2011 г. мы связываем с восстановлением достоверного учета больных ЗНО, потерянных в годы, предшествовавшие организационным преобразованиям ОС области. Снижение обоих показателей в период 2006—2009 гг. связано с ухудшением достоверного учета больных ЗНО в период, непосредственно предшествовавший организационным преобразованиям ОС области, начавшимся во второй половине 2009 г. Но уже с 2010 г. наметились положительные сдвиги достоверного учета больных, выразившиеся в возвращении частоты регистрируемых ЗНО и смертности от них к уровню 2005 г.

Об улучшении качества диагностики ЗНО, в частности, говорит рост доли морфологически подтвержденных диагнозов ЗНО (табл. 4), вышедшей на уровень общероссийского показателя, составившего в 2011 г. 85,3% [8]. Абсолютное число морфологически подтвержденных диагнозов выросло в 2012 г. на 35% по отношению к 2006 г. Увеличилась доля ЗНО, выявленных в ранних стадиях, снизилась доля больных с неустановленными стадиями ЗНО. Уменьшилась (табл. 5) доля больных ЗНО, умерших в течение одного года с момента установления диагноза. Наконец, в 2010—2012 гг. (см. табл. 6) на 20,8% по сравнению с 2007—2009 гг. выросла абсолютная численность ЗНО, леченных по радикальной программе (соответственно 4096 больных против 3392 больных). Заметно снизилась доля больных, леченных изолированными методами (только хирургическим или только лучевым), но при этом почти на половину повысилась доля больных, леченных комбинированными и комплексными методами, существенно влияющими на конечный эффект лечения. Число случаев лечения, проведенных этими методами, повысилось на 78,6% (1620 больных в 2010—2012 гг. против 627 больных — в 2007—2009 гг.). Видимо, следствием именно этих сдвигов в сфере диагностики и лечения ЗНО в 2010—2012 гг. стало уменьшение доли больных ЗНО, умерших в течение одного года с момента установления диагноза (с 33,12 до 26,45%) после достижения максимума (36,12%) в 2009 г. Сказанное подтверждают и приведенные выше данные об изменениях НВ и СВ больных ЗНО 23 локализаций.

Разумеется, окончательные суждения можно вынести после исследования НВ и СВ в зависимости от основных факторов, определяющих выживаемость больных ЗНО: стадии процесса, клинической группы,

Таблица 5

Динамика изменения доли умерших больных в течение года с момента установления диагноза «злокачественное новообразование» за период 2006—2012 гг. по Калининградской области с аналогичным показателем по России

Год	Всего больных раком, впервые выявленных в предыдущем году в КО	Число больных, умерших в течение года в КО	Умерли всего в течение года с момента установления диагноза	Умерли в течение года с момента установления диагноза	
				КО	РФ
2006	3249	1534	1076	33,12	31,0
2007	2715	1703	850	31,31	30,2
2008	2666	1574	919	34,47	29,9
2009	2622	1206	947	36,12	29,2
2010	2943	1776	775	26,33	28,6
2011	3166	1883	921	30,02	27,4
2012	3156	1567	835	26,45	—

стратегии и вида лечения, способов верификации диагноза ЗНО, возраста, пола и пр., что составит предмет последующих публикаций. К тому же еще предстоит оценить 5-летнюю выживаемость, что планируется осуществить в начале 2014 г. Однако факт увеличения дожития больных ЗНО 23 локализаций в области на популяционном уровне очевиден. Из него следует необходимость более внимательной, с учетом новых реалий, оценки значения доктрин, на основе которых многие годы строилась специализированная помощь онкологическим больным в России. Не исключено, что некоторые из них придется существенно скорректировать. Пока же отметим, что дальнейший прогресс в работе диспансерного звена ОС области затруднен из-за возросшей нагрузки на Диагностический центр КОКБ, обслуживающий больных неонкологических профилей. Тревожит слабая деятельность районных онкологических кабинетов, высока доля запущенности первично выявленных ЗНО (выпадающих из программ условно-радикального лечения), хотя и наметилась тенденция к ее снижению. Качество баз данных ПРП также требует четкой и слаженной работы первичных звеньев ОС области, а его улучшение чрезвычайно важно с точки зрения растущей потребности здравоохранения области в развитии прогнозного регулирования скрининга, лечения и профилактики

## Сведения о лечении больных ЗНО, подлежащих специальному лечению (II клиническая группа)

Год	Число ЗНО, выявленных и радикально пролеченных в 2011 г.	Лечение закончено с использованием методов				
		только хирургического	только лучевого	только лекарственного	комбинированное или комплексное (кроме химиолучевого)	химиолучевого
В абсолютных численных значениях						
2005	1120	741	252	46	79	2
2006	1126	638	234	5	235	14
2007	1146	661	249	0	231	5
2008	1174	631	318	2	216	7
2009	1072	567	313	2	180	10
<b>2007—2009</b>	<b>3392</b>	<b>1859</b>	<b>880</b>	<b>4</b>	<b>627</b>	<b>22</b>
2010	1129	564	226	15	316	8
2011	1445	650	369	20	374	22
2012	1532	832	258	-	430	12
<b>2010—2012</b>	<b>4096</b>	<b>2046</b>	<b>853</b>	<b>35</b>	<b>1120</b>	<b>42</b>
Процент от общей численности радикально леченных больных						
2005	100	66,16	22,50	4,11	7,05	0,18
2006	100	56,66	20,78	0,44	20,87	1,24
2007	100	57,68	21,73	0,00	20,16	0,44
2008	100	53,75	27,09	0,17	18,40	0,60
2009	100	52,89	29,20	0,19	16,79	0,93
<b>2007—2009</b>	<b>100</b>	<b>54,81</b>	<b>25,94</b>	<b>0,12</b>	<b>18,48</b>	<b>0,65</b>
2010	100	49,96	20,02	1,33	27,99	0,71
2011	100	45,30	25,71	1,39	26,06	1,53
2012	100	54,31	16,84	0,00	28,07	0,78
<b>2010—2012</b>	<b>100</b>	<b>49,95</b>	<b>20,83</b>	<b>0,85</b>	<b>27,34</b>	<b>1,03</b>
2011, РФ	100	49,5	13,2	3,3	31,8	2,2
2011, СЗФО	100	57,7	10,8	1,8	27,7	1,9

Примечание. СЗФО — Северо-Западный федеральный округ.

тики ЗНО. На наш взгляд, прогнозное регулирование качества ОС на основе ПРР лучше всего соответствует современным социально-экономическим реалиям России. В США на основе ПРР много лет практикуется прогнозное проектирование онкосервиса. Например, на основе данных статистического анализа баз данных системы ПРР в 2013 г. в США прогнозируется уменьшение числа заболеваний ЗНО (ожидается 1 660 290 новых случаев) и случаев смерти от них (580 350 смертей от ЗНО) [6]. По отношению к пику случаев смерти от рака в начале 90-х годов XX века, когда система ПРР была уже налажена, этот показатель снизился на 20% (с 215,1 до 173,1 на 100 000 населения в 2009 г.). Такая динамика стала возможной во многом благодаря ежегодному прогнозному проектированию онкосервиса на основе четкой работы системы ПРР в стране. Авторы цитируемой работы, опираясь на строгие статистические расчеты по базам данных ПРР, дают хорошо обоснованный прогноз на ближайшее будущее относительно общих стратегий, необходимых для дальнейшего роста эффективности онкосервиса страны. Так, согласно их расчетам, дальнейший прогресс возможен главным образом за счет контроля рака во всех слоях населения с акцентом на самые уязвимые социально-экономические группы

населения (выделено нами — авт.). По существу такая формулировка путей к прогрессу онкосервиса по своей сути близка к изначальным задачам ОС в бывшем СССР, делавшей в противораковой борьбе основную ставку на фактически монополярную систему специализированных онкологических диспансеров. В условиях абсолютной плановой экономики этот стратегический путь был оправдан. Нынешние социально-экономические реалии требуют коррекции этой доктрины диспансерного обслуживания населения, в том числе с учетом региональной специфики проблемы рака. Стало быть, роль ПРР в прогнозном планировании и регулировании деятельности ОС региона с учетом текущих социально-экономических условий деятельности всей системы здравоохранения и знаний о реальных потребностях населения в онкологическом обслуживании в дальнейшем будет возрастать.

### Выводы

1. В Калининградской области в 2010—2012 гг. по сравнению с периодом 2007—2009 гг. выросли показатели как наблюдаемой, так и скорректированной выживаемости онкологических больных ЗНО 23 локализаций. Для 18 локализаций это увеличение выживаемости было статистически достоверным (на уровне

от  $p < 0,05$  до  $p < 0,001$ ). Этот прогресс стал возможен главным образом благодаря вовлечению в работу диспансерного звена ОС области кадровых, материально-технических и организационных ресурсов многопрофильной КОКБ. Он во многом согласуется и объясняет наблюдаемые характерные изменения основных показателей деятельности ОС области в периоды до и после реорганизации ОС области (реализованной во второй половине 2009 г.).

2. В период, непосредственно предшествовавший реорганизации ОС области, выявились признаки снижения достоверного учета больных ЗНО: а) ежегодная частота впервые зарегистрированных больных ЗНО по области резко снизилась в 2006—2008 гг., а в 2009—2012 гг. вернулась к уровню 2005 г.; б) частота случаев смерти от ЗНО в 2006—2008 гг. существенно снизилась, в 2011 г. отмечен ее «всплеск» (максимум), а в 2012 г. вновь снизилась — до минимума в 2005—2012 гг. С 2010 г. начал восстанавливаться достоверный учет больных ЗНО, что выразилось в возвращении показателей частоты первичной регистрации ЗНО и случаев смерти от них к уровню 2005 г.

3. В 2010—2012 гг. в Калининградской области по сравнению с 2007—2009 гг. на 20,8% увеличились объемы специализированного лечения ЗНО по радикальной программе; на 78,6% выросло абсолютное число случаев специализированного лечения ЗНО комбинированными и комплексными методами; в течение 2006—2012 гг. уменьшилась доля больных, умерших в течение одного года с момента установления диагноза ЗНО, с 33,12 до 26,45% (достигнув максимума в 2009 г. — 36,12%). Этот прогресс в лечении больных ЗНО области стал возможным благодаря улучшению показателей диагностики, в частности росту доли основного метода верификации диагнозов ЗНО — морфологического, которая к 2012 г. выросла на 16,9% в сравнении с 2005 г.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Мерабишвили В.М. Выживаемость онкологических больных. СПб.: ООО «Фирма КОСТА»; 2006.
2. Мерабишвили В.М. Наблюдаемая и относительная выживаемость онкологических больных (популяционное исследование).

Российский онкологический журнал. 2012; 3: 25—9.

3. Петрова Г.В., Попова С.П., Старинский В.В. и др. Развитие системы популяционных раковых регистров в России. Вопросы онкологии. 2003; 4: 422—6
4. Попова С.П., Мерабишвили В.М., Дятченко О.Т., Резникова Т.В., Апалькова И.В. Выживаемость онкологических больных на популяционном уровне (данные первого в России канцеррегистра). Вопросы онкологии. 2000; 3: 263—73.
5. Приказ Минздравсоцразвития РФ № 633 «Об организации медицинской помощи» от 13.10.2005 г. М.; 2005.
6. Swaminathan R., Brenner H. Statistical methods for cancer survival analysis In: Sankaranarayanan R., Swaminathan R., Lucas E., eds. Cancer survival in Africa, Asia, the Caribbean and Central America. IARC Scientific Publications. 2011; 162.
7. Лакун Г.Ф. Биометрия. М.: Высшая школа; 1990.
8. Siegel R., Naishadham D., Jemal A. Cancer Statistics, 2013. CA. Cancer J. Clin. 2013; 63: 11—30.

## REFERENCES

1. Merabishvili V.M. Survival rate of cancer patients. St. Petersburg: «firm COSTA, 2006 (in Russian).
2. Merabishvili V.M. Observed and relative survival rates of cancer patients (population-based study). Ross. Onkol. Zhur. 2012; 3: 25—9 (in Russian).
3. Petrova G.V., Popova S.P., Starinskiy V.V. et al.. Development of a system of population-based cancer registers in Russia. Voprosy Oncologii. 2003; 4: 422—6 (in Russian).
4. Popova S.P., Merabishvili V.M., Dyatchenko O.T., Reznikova T.V., Apal'kova I.V. Survival rates of cancer patients at the population level (the data of the first Russian cancer register). Voprosy Oncologii. 2000; 3: 263—73(in Russian).
5. The Order of the Ministry of Health Care and Social Development of the Russian Federation No. 633 «On the organization of medical care» 13.10.2005 (in Russian).
6. Swaminathan R., Brenner H. Statistical methods for cancer survival analysis. In: Sankaranarayanan R., Swaminathan R., Lucas E., eds. Cancer survival in Africa, Asia, the Caribbean and Central America. IARC Scientific Publications. 2011; 162.
7. Lakin G.F. Biometrics. Moscow: Top. School; 1990 (in Russian).
8. Siegel R., Naishadham D., Jemal A. Cancer Statistics, 2013. CA. Cancer J. Clin. 2013; 63: 11—30.

Поступила 22.07.13

Уважаемые читатели!  
Приглашаем вас посетить сайт издательства  
"Медицина" в Интернете  
Наш адрес:  
[www.medlit.ru](http://www.medlit.ru)