

"парализовало" имеют третью категорию срочности, поэтому направление на них бригад СМП может быть отсрочено. На наш взгляд, наиболее оптимальным в сложившейся ситуации является рассмотрение вопроса об изменении порядка обработки вызовов к этой группе пациентов. Необходимо обучение диспетчеров алгоритму выявления обращений с высокой вероятностью ОНМК (с использованием FAST-теста). При выявлении таких вызовов к пациентам, которым возможна тромболитическая терапия (возраст менее 80 лет, от появления симптомов прошло менее 3 ч), их необходимо считать приоритетными, и бригады к ним следует отправлять незамедлительно. Кроме того, для уменьшения времени, затрачиваемого бригадами СМП на диагностику и оказание помощи, требуется постоянное повышение квалификации сотрудников по вопросам неврологии.

Актуальным остается вопрос о проведении среди населения активной санитарно-просветительной работы о факторах риска инсульта, его первых признаках и необходимости незамедлительного обращения за медицинской помощью.

ЛИТЕРАТУРА

1. Щепин В.О., Миргородская О.В. Структурно-функциональный анализ деятельности службы скорой медицинской помощи Российской Федерации. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2012; 1: 29—32.
2. Шапиро К.И., Кертиева З.А. Организация догоспитальной помощи больным с ишемическим инсультом в Кабардино-Балкарской Республике. *Скорая медицинская помощь*. 2009; 1: 14—6.

3. Невзоров Н.М., Разова Т.Г., Маркевич Ю.Н., Соколов А.В. Оказание скорой медицинской помощи при инсульте в г. Вологде. *Скорая медицинская помощь*. 2007; 4: 29—34.
4. Стаховская Л.В., Скворцова В.И., Бодыхов М.К., Шеховцова К.В., Рожкова Т.И., Цурикова В.Э. и др. Сравнительный анализ качества медицинской помощи больным с инсультом на догоспитальном этапе в разных городах Российской Федерации. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. Прил. Инсульт. 2010; 9: 36—41.
5. Сидоров А.М. Оптимизация ведения больных с инсультом на догоспитальном этапе в мегаполисе: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.; 2009. 22 с.

REFERENCES

1. Shchepin V.O., Mirgorodskaya O.V. The structural functional analysis of activity of emergency care service of the Russian Federation. *Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2012; 1: 29—32 (in Russian).
2. Shapiro K.I., Kertieva Z.A. Prehospital treatment and its organization in case of ischemic stroke in Kabardino-Balkarian republic. *Skoraya meditsinskaya pomoshch'*. 2009; 1: 14—6 (in Russian).
3. Nevzorov N.M., Razova T.G., Markevich Yu.N., Sokolov A.V. Prehospital treatment of stroke in Vologda. *Skoraya meditsinskaya pomoshch'*. 2007; 4: 29—34 (in Russian).
4. Stakhovskaya L.V., Skvortsova V.I., Badykhov M.K., Shekhovtsova K.V., Rozhnova T.I., et al. Medical service to patients with stroke at the prehospital stage in different cities of the Russian Federation. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova* (Suppl. Insult). 2010; 9: 36—41 (in Russian).
5. Sidorov A.M. Optimization of medical care for patients with a stroke at a pre-hospital stage in a megalopolis: Diss. Moscow; 2009: 300 p. (in Russian).

Поступила 18.11.13
Received 18.11.13

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014

УДК 614.2:618.19-006.04-036.8(470.26)

ПОЛЯКОВ К.И., КУТЛУМУРАТОВ А.Б., ВАЙСБЕЙН И.З., ПОПОВ М.С.

Об изменении выживаемости больных со злокачественными новообразованиями молочной железы в Калининградской области

ГБУЗ Калининградская областная клиническая больница Минздрава Калининградской области, 236016, г. Калининград

Решение Правительства Калининградской области № 284 (от 06.2009 г.) о включении областного онкологического диспансера в состав Калининградской областной клинической больницы (КОКБ) было реализовано к концу 2009 г. На базе данных популяционного регистра рака в Калининградской области исследованы наблюдаемая (НВ) и скорректированная (СВ) трехлетняя выживаемость больных со злокачественными новообразованиями (ЗНО) молочной железы (ЗНМЖ) на популяционном уровне в течение двух периодов — с 15.11.2006 по 31.12.2009 г. (группа "До") и с 15.11.2009 по 31.11.2012 г. (группа "После"). В группе "После" НВ и СВ были статистически достоверно выше, чем в группе "До" ($p < 0,001$). При учете стадии роста опухоли, способов верификации диагноза, клинической группы, вида и стратегии лечения преимущество в НВ и СВ пациентов в группе "После" сохранялось (на уровне от $p < 0,05$ до $p < 0,001$ или как тенденция — $p > 0,05$). Предполагается, что рост выживаемости больных с ЗНМЖ в 2010—2012 гг. вызван вовлечением в онкологическое обслуживание населения области материальных, кадровых и организационных ресурсов КОКБ.

Ключевые слова: злокачественные новообразования молочной железы; трехлетняя выживаемость на популяционном уровне; региональная онкологическая служба.

CHANGES IN SURVIVAL RATES FOR PATIENTS WITH MALIGNANT NEOPLASMS OF MAMMARY GLANDS IN KALININGRAD REGION

Poliyakov K.I., Kutlumuratov A.B., Vaysbein I.Z., Popov M.S.

Kaliningrad Regional Clinical Hospital of the Ministry of Health of Kaliningrad region, 236016, Kaliningrad, Russia

The decree of the government of Kaliningrad region № 284 of 06.2009 about inclusion of oblast oncologic dispensary into the structure of Kaliningrad Regional Clinical Hospital was implemented at the end of 2009.

Для корреспонденции: Кутлумуратов Атабек Бекчанович, e-mail: atabekb@yahoo.com

The data base of the Kaliningrad regional cancer register was used to analyze observable and corrected three-year survival rates of patients with malignant neoplasms of mammary glands on population level during two periods - from 15.11.2006 to 31.12.2009 (group "BEFORE") and from 15.11.2009 to 31.11.2012 (group "AFTER"). In the group AFTER the observable and corrected survival rates were statistically more reliable than in the group BEFORE ($p < 0.001$). The advantage of observable and corrected survival rates in the group AFTER remained having regards to stage of tumor growth, modes of diagnosis verification, clinical group, type and strategy of treatment (at the level from $p < 0.05$ to $p < 0.001$ or as a tendency $p < 0.05$). It is supposed that in 2010-2012 an increase in survival rates of patients with malignant neoplasms of mammary glands was caused by involvement of material, human and organizational resources of Kaliningrad region clinical hospital into oncologic service of the population.

Key words: malignant neoplasms of mammary glands, three-year survival on population level, regional oncologic service.

Введение

В РФ в 2012 г. злокачественные новообразования (ЗНО) молочной железы (ЗНМЖ) составляют 20,7% всех ЗНО у женщин [1]. В грубых показателях заболеваемость составила 76,74‰, в стандартизованных — 46,17‰. В Калининградской области (КО) ЗНМЖ удерживают среди заболеваний женского населения первое место уже много лет — 20,4% всех ЗНО в 2012 г.: соответственно 82,4 и 49,14. ЗНМЖ относятся к наиболее распространенным заболеваниям женщин в развитых странах мира [2]. Ожидается, что в 2013 г. уровень заболеваемости женщин США составил 232,34‰, а уровень смертности — 39,62. Поэтому проблема раннего выявления и эффективности специального лечения ЗНМЖ в РФ в целом и КО стоит остро. Специализированная онкологическая помощь оказывается, как правило, в онкологическом диспансере, тем не менее приказ Минздравсоцразвития РФ № 633 [3] предусматривает возможность организации онкологической специализированной медицинской помощи в различных учреждениях здравоохранения субъектов РФ, в том числе в областной больнице. В соответствии с постановлением правительства Калининградской области № 284 от 8 мая 2009 г. [4], функции диспансерного звена онкологической службы (ОС) области с оказанием специализированной онкологической помощи населению возложены на Калининградскую областную клиническую больницу (КОКБ). Ключевым показателем эффективности и прогнозного регулирования онкосервиса является выживаемость онкологических больных на популяционном уровне [5—10], оценка которой возможна лишь по мере налаживания устойчивой работы популяционного ракового регистра (ПРР). В данном сообщении впервые приводятся наблюдаемая (НВ) и скорректированная (СВ) трехлетняя выживаемость больных с ЗНМЖ на популяционном уровне в области. Причем впервые получены данные сравнительной оценки выживаемости на популяционном уровне больных с ЗНМЖ, зарегистрированных в периоды до и после включения областного онкологического диспансера в состав КОКБ.

Материалы и методы

Исследовали трехлетнюю НВ и СВ больных с ЗНМЖ на популяционном уровне по стандартным методикам [2, 5, 9, 10]. Из-

учили базу данных ПРР области за 2007—2012 гг. При планировании исследования учли, что постановление № 284 было реализовано к концу 2009 г. В исследование включили данные о 1040 больных с ЗНМЖ, зарегистрированных в период 15.11.2006—31.12.2009 (группа "До"), и о 1209 — в период 15.11.2009—15.11.2012 (группа "После"). НВ и СВ изучали в зависимости от стадии заболевания по классификации в системе TNM и четырехстадийной классификации, способов верификации диагноза, клинической группы, вида и стратегии лечения. Результаты анализа НВ и СВ оценивали на фо-

Таблица 1

Изменение в динамике наблюдаемой и скорректированной выживаемости женщин, больных ЗНМЖ, в группах "До" и "После" в Калининградской области

Количество лет	Количество месяцев	Группа "До"		Группа "После"	
		выживаемость от момента начала лечения, %	CI (95%)	выживаемость от момента начала лечения, %	CI (95%)
<i>Скорректированная выживаемость</i>					
0,25	3	95,96	94,76—97,15	96,44	95,39—97,48
0,55	6	93,45	91,95—94,95	94,12	92,79—95,44
0,75	9	90,94	89,20—92,69	91,96	90,43—93,49
1,00	12	88,91	87,01—90,82	90,30	88,63—91,97
1,25	15	86,69	84,63—88,76	89,05	87,29—90,81
1,50	18	85,24	83,09—87,40	88,22	86,40—90,04
1,75	21	83,31	81,04—85,57	87,30	85,43—89,18
2,00	24	80,89	78,50—83,28	86,47	84,54—88,40
2,25	27	78,46	75,96—80,96	85,97	84,01—87,93
2,50	30	76,33	73,74—78,91	85,97	84,01—87,93
2,75	33	74,67	72,03—77,32	85,89	83,92—87,85
3,00	36	73,21	70,52—75,90	85,89	83,92—87,85
<i>Наблюдаемая выживаемость</i>					
0,25	3	95,77	94,55—96,99	96,20	95,12—97,27
0,55	6	93,27	91,75—94,79	93,80	92,44—95,16
0,75	9	90,76	89,00—92,52	91,65	90,09—93,21
1,00	12	88,74	86,82—90,66	89,91	88,21—91,61
1,25	15	86,52	84,45—88,60	88,59	86,79—90,38
1,50	18	84,98	82,81—87,15	87,59	85,73—89,45
1,75	21	83,05	80,77—85,33	86,68	84,77—88,60
2,00	24	80,54	78,13—82,95	85,86	83,89—87,82
2,25	27	78,03	75,52—80,55	85,36	83,37—87,35
2,50	30	75,72	73,11—78,32	85,36	83,37—87,35
2,75	33	74,08	71,41—76,74	85,28	83,28—87,27
3,00	36	72,53	69,82—75,24	85,28	83,28—87,27

не данных об изменении в динамике частоты первично зарегистрированных женщин со ЗНМЖ в КО, основных показателей состояния онкологической помощи населению КО в 2005—2012 гг. О межгрупповых различиях судили по *t*-критерию Стьюдента. При небольшом числе наблюдений (менее 30) использовали поправки Йетса с расчетом *F*-критерия Фишера [11].

Результаты и обсуждение

В табл. 1 показан в динамике уровень НВ и СВ женщин, больных со ЗНМЖ, в группах "До" и "После" в КО. Можно видеть, что разница между группами "До" и "После" в НВ и СВ постепенно нарастала, и спустя два года в группе "До" эти показатели статистически достоверно ($p < 0,05$) уступали таковым в группе "После". К концу трехлетнего периода эти различия еще более укрепились (на уровне $p < 0,001$). Из табл. 1 также видно, что сколь-либо ощутимой разницы между НВ и СВ ни в группе "До", ни в группе "После" нет, т. е. среди больных со

ЗНМЖ смерть от других неонкологических причин не меняла картину смертности от основного заболевания.

Установили также (табл. 2), что преимущество в выживании больных со ЗНМЖ в группах "После" сохраняется (на уровне от $p < 0,05$ до $p < 0,001$ или в виде тенденции — $p > 0,05$) при учете стадий злокачественного процесса как по классификации в системе TNM, так и по отечественной классификации. Можно видеть, что при учете размера первичного очага опухоли это различие выражено слабо при стадии T₁, тогда как при учете распространенности процесса в лимфатические узлы (N_{1,2}) и метастазов в отдаленных органах (M₁) это различие существенно ($p < 0,01$, $p < 0,001$).

Данное преимущество в группе "После" сохранялось и при учете способов подтверждения диагноза, но вклад в него клинико-инструментальных исследований не был выражен ($p > 0,05$), тогда как вклад морфологических исследований оказался существенным ($p < 0,001$). Указанное преимущество группы "После" сохранялось и

Таблица 2

Наблюдаемая выживаемость больных со ЗНМЖ по Калининградской области в группах "До" и "После" в зависимости от основных клинических параметров опухолевого процесса

Группировка данных	Группа "До"			Группа "После"			<i>t</i> -Критерий Стьюдента	<i>p</i>
	число живых в начале интервала	наблюдаемая выживаемость от момента начала лечения, %	<i>m</i>	число живых в начале интервала	наблюдаемая выживаемость от момента начала лечения, %	<i>m</i>		
Всего...	1040	72,53	1,38	1209	85,28	1,02	7,415	< 0,001
TNM — T:								
1	115	95,65	1,90	156	96,2	1,54	0,205	> 0,05
2	466	84,54	1,67	545	93,8	1,04	4,681	< 0,001
3	135	71,11	3,90	137	84,7	3,08	2,729	< 0,01
4	236	50,85	3,25	291	73,2	2,60	5,368	< 0,001
нет данных	88	38,29	5,18	80	51,3	5,59	1,700	> 0,05
TNM — N:								
0	332	91,56	1,53	274	98,2	0,81	3,830	< 0,001
1	298	70,13	2,65	336	85,4	1,93	4,664	< 0,001
2	38	50,00	8,11	64	76,6	5,30	2,742	< 0,01
3, 4	40	35,00	7,54	53	66,0	6,51	3,116	< 0,01
х	234	70,94	2,97	372	87,1	1,74	4,697	< 0,001
нет данных	98	42,67	5,00	110	60,9	4,65	2,671	< 0,01
TNM — M:								
0	781	82,20	1,37	841	94,1	0,82	7,441	< 0,001
1	75	30,67	5,32	129	51,2	4,40	2,967	< 0,01
х	83	51,81	5,48	79	75,9	4,81	3,310	< 0,01
нет данных	101	45,46	4,95	160	71,3	3,58	4,220	< 0,001
Четырехстадийная классификация:								
I	94	96,8	1,81	126	96,8	1,56	0,007	> 0,05
II	516	84,1	1,61	547	95,6	0,88	6,303	< 0,001
III	209	65,6	3,29	236	88,1	2,10	5,786	< 0,001
IV	130	26,5	3,87	163	49,1	3,92	4,106	< 0,001
нет данных	91	64,8	5,01	137	71,5	3,86	1,060	> 0,05
Диагноз подтвержден:								
гистологически (трепан-биопсия)	600	84,0	1,50	1001	90,6	0,92	3,774	< 0,001
цитологически (миелограмма)	306	60,5	2,80	67	77,6	5,09	2,953	< 0,001
клинико-инструментально	120	46,0	4,55	120	54,2	4,55	1,267	> 0,05
нет данных	14	42,9	13,23	21	33,3	10,29	-0,568	> 0,05

Наблюдаемая выживаемость больных со ЗНМЖ по Калининградской области в группах "До" и "После" в зависимости от клинической картины, вида и стратегии лечения

Мероприятия	Группа "До"			Группа "После"			t	p
Взят на учет с клинической группой:								
II	894	76,5	1,42	1007	90,1	0,94	7,989	< 0,001
III	51	88,2	4,51	63	90,5	0,93	0,487	> 0,05
IV	94	27,1	4,58	137	48,9	1,58	4,497	< 0,001
нет данных	1	—	—	2	—	—	—	—
Вид проведенного лечения:								
лучевая терапия + хирургия	205	90,2	2,07	136	94,9	1,89	1,644	> 0,05
лучевая терапия	42	81,0	6,06	53	92,5	3,63	1,628	> 0,05
химиотерапия + хирургия	48	87,2	4,82	186	91,4	2,06	0,795	> 0,05
химиотерапия	93	49,5	5,18	143	77,6	3,49	4,508	< 0,001
хирургия + лучевая терапия + химиотерапия	89	83,1	3,97	186	96,2	1,40	3,112	< 0,01
хирургия	271	87,5	2,01	174	93,7	1,84	2,280	< 0,05
химиотерапия + лучевая терапия	29	72,4	8,30	0	—	—	—	—
нет данных	263	43,8	3,06	331	69,5	2,53	6,466	< 0,001
Стратегия лечения:								
паллиативное лечение	137	55,5	4,25	200	79,5	2,85	4,696	< 0,001
симптоматическое лечение	42	38,1	7,49	127	52,0	4,43	1,593	> 0,05
радикальное лечение	638	87,8	1,30	669	95,2	0,83	4,853	< 0,001
радикальное лечение не проведено	0	—	—	82	—	—	—	—
лечение не проводилось вообще	127	42,6	4,39	8	75,0	15,31	2,033	< 0,05
нет данных	96	50,0	5,10	123	68,3	4,20	2,769	< 0,001

при учете клинической группы: для II и IV клинических групп оно было статистически значимым ($p < 0,001$). Меньшая значимость III клинической группы, видимо, связана с тем, что ее большинство составили пациентки, получавшие лечение за пределами КО. Характерно, что преимущество в выживаемости в группе "После" в сравнении с таковой в группе "До" при учете вида проведенного лечения было статистически значимым для комплексного и комбинированного лечения ($p < 0,01$), только хирургического ($p < 0,05$) и особенно для химиотерапии ($p < 0,001$). При комбинировании лучевой терапии с хирургическим лечением, химиотерапии с хирургическим лечением и при только лучевой терапии это преимущество было слабым ($p > 0,05$) (табл. 3). Сравнить выживаемость при химиолучевом лечении не удастся в связи с отсутствием в группе "После" данных о больных, которым было проведено такое лечение.

Как при радикальном, так и при паллиативном лечении трехлетняя выживаемость больных в группе "После" существенно преобладала в сравнении с таковой в группе "До" ($p < 0,001$). Связь же выживаемости с симптоматическим лечением в сравниваемых группах оказалась статистически неразличима ($p > 0,05$).

То, что эти изменения носят популяционный характер, косвенно подтверждают данные ежегодных статистических отчетов ОС области (отчетные формы "Ф7" и "Ф35"). В 2005—2012 гг. частота первично зарегистрированных ЗНМЖ в КО варьировала в пределах 65,98—90,47‰ (табл. 4). При этом в 2005—2008 гг. наблюдалось неуклонное снижение частоты впервые зарегистрированных диагнозов ЗНМЖ среди женского населения по области: на 12,6‰ ($p > 0,05$). А в промежутке 2008—2012 гг. этот показатель, напротив, существенно вырос по отношению к таковому в 2005 г. ($p < 0,05$) — на 24,6‰, превысив заодно и показатель за 2005 г. ($p > 0,05$). Эти изменения в частоте первично регистрируемых ЗНМЖ в области мы связываем с улучшением в 2009—2012 гг. их первичной выявляемости.

Из табл. 5 можно видеть, что доля больных с начальными стадиями ЗНМЖ к 2009 г. сильно снизилась и продолжала снижаться, достигнув в 2011 г. минимума, но в 2012 г. она вернулась к значению 2006 г. Следует подчеркнуть, что последнее происходит на фоне значительного роста случаев первичной регистрации ЗНМЖ в КО. При этом отмечается тенденция к стабилизации или снижению доли поздних стадий заболевания и доли случаев неустановленной стадии ЗНМЖ.

На этом фоне позитивным выглядят данные о распределении первично зарегистрированных больных с ЗНМЖ II клинической группы, подлежащих специальному лечению, в зависимости от используемых ме-

тодов лечения (табл. 6). Абсолютное число больных этой категории в 2010—2012 гг. выросло на 42% по сравнению с таковым в 2007—2009 гг. Доля же больных со ЗНМЖ, леченных только хирургическим методом к 2012 г. снизилась с 53,2% в 2007 г. до 21,1% в 2012 г., т. е. почти в 2,5 раза. При этом возросла доля больных, леченных комбинированными и комплексными методами. Доля больных, леченных только лекарственными и только химиолучевыми методами, осталась на уровне, близком к нулю. Доля леченных только лучевым мето-

Таблица 4

Число впервые зарегистрированных диагнозов ЗНМЖ в 2005—2012 гг. среди женского населения по Калининградской области Российской Федерации

Год	Всего зарегистрировано ЗНМЖ	Среднегодовое женское население	Частота на 100 000 женского населения, ‰	
			‰	CI (95%)
2005	390	496 008	78,63	70,53—87,36
2006	364	495 014	73,53	65,96—81,69
2007	360	495 067	72,72	65,23—80,79
2008	327	495 586	65,98	58,72—73,83
2009	355	495 946	71,58	64,21—79,53
2010	376	497 142	75,63	67,84—84,02
2011	397	499 475	79,48	71,29—88,30
2012	455	502 954	90,47	82,24—99,25

Таблица 5

Распределение больных с впервые установленным диагнозом ЗНМЖ за 2005—2012 гг. по Калининградской области Российской Федерации

Год	Всего	Стадия			
		I—II	III	IV	не установлена
2006	345 (100)	238 (68,99)	56 (16,23)	41 (11,88)	10 (2,90)
2007	343 (100)	216 (62,97)	62 (18,08)	36 (10,50)	29 (8,45)
2008	316 (100)	189 (59,81)	66 (20,89)	39 (12,34)	22 (6,96)
2009	347 (100)	193 (55,62)	70 (20,17)	44 (12,68)	40 (11,53)
2010	368 (100)	205 (55,71)	63 (17,12)	67 (18,21)	33 (8,97)
2011	416 (100)	198 (47,60)	72 (17,31)	48 (11,54)	98 (23,56)
2012	461 (100)	289 (62,69)	99 (21,48)	49 (10,63)	24 (5,21)

Примечание. В скобках указан процент.

дом также осталась на низком уровне, даже еще более снизилась, хотя и возросло абсолютное число больных, подлежавших лечению, как было сказано выше. Результаты оценки на популяционном уровне трехлетней выживаемости женщин со ЗНМЖ в КО являются прямым следствием улучшения доступа населения области к диагностике и специализированному лечению. Очевидно, это улучшение было обеспечено главным образом за счет материально-технических, кадровых и организационных ресурсов многопрофильной КОКБ. Тем самым в области повысились шансы больных со ЗНМЖ на получение адекватного лечения, проведение которого в условиях специализированных стационаров гарантирует увеличение показателя выживаемости онкологических больных [5—7]. Нелишне заметить, что в обслуживании онкологического больного в стационаре КОКБ участвуют врачи всех профилей, что также оказывает влияние на СВ. Поэтому НВ и СВ онкологических больных отражают интегральную эффективность работы всех профильных служб КОКБ. Следует также сказать, что проведение комбинированного и комплексного лечения возможно лишь при наличии соответствующего уровня диагностики характера и распространенности процесса. Эти два метода на сегодня дают наилучший эффект при лечении ЗНО, правда, являются довольно затратными, особенно в хирургическом компоненте. В нынешних условиях финансирования здравоохранения это серьезный мотив к стимулированию практики скрининга рака для выявления более ранних и лучше поддающихся лечению форм ЗНО в КО. Поэтому, сохраняя достигнутое в

части специализированного лечения ЗНМЖ, основное усилие ОС области направлено на улучшение работы первичных (районных) звеньев ОС. Их деятельность, к сожалению, еще оставляет желать лучшего: несмотря на возросшую активность маммологической службы в выявлении ЗНМЖ, все еще высока доля запущенных первично выявленных случаев ЗНМЖ (естественно, выпадающих из программ условно-радикального лечения). Текущий мониторинг районных звеньев ОС области также подтверждает, что основной вклад в улучшение показателя выживаемости в 2009—2012 гг. внесло диспансерное звено службы, на кото-

рое значительно возросли нагрузки. При этом основной упор сделан на выполнение большего, чем в предыдущие годы, объема лечебно-диагностической работы. Это стало возможным, в частности, благодаря федеральной целевой подпрограмме "Онкология" по Калининградской области, в рамках которой значительно укреплена маммологическая служба. Если в период "До" ОС области располагала фактически одним маммографом и одним аппаратом ультразвукового исследования (УЗИ), работавшими в самом онкологическом диспансере, то ныне только в районах КО работают 13 маммографов и 10 аппаратов УЗИ. Обычными в диагностическом центре КОКБ стали магнитно-резонансная и компьютерная томографии. В диагностическом центре первичный прием больных ведут 6 маммологов онкологического профиля. Всем больным до лечения проводят морфологическую диагностику с иммуногистохимическим анализом. Химиотерапию, лучевое, хирургическое, комплексное и комбинированное лечение проводят по стандартам РФ, фактически следующим мировым нормативам. Упор делается на органосохраняющие операции, реабилитацию. Реконструктивные операции (одномоментно или отсрочено) предлагаются всем больным, проводятся регулярно, не эпизодически, как было ранее.

Таким образом, можно констатировать, что в 2010—2012 гг. наметилось изменение в выживаемости пациентов со ЗНМЖ в КО на популяционном уровне. При этом уровень выживаемости при ЗНМЖ в области приблизился к показателям развитых стран мира. По дан-

Таблица 6

Сведения о больных с ЗНМЖ, подлежащих специальному лечению (II клиническая группа)

Год	Число больных, взятых в отчетном году на учет и закончивших специальное лечение, %	Метод					всего
		только хирургический	только лучевой	только лекарственный	комбинированный или комплексный (кроме химиолучевого)	химиолучевой	
2005	216	73,15	6,48	3,24	16,67	0,46	100
2006	177	54,24	4,52	0	40,68	0,56	100
2007	171	53,22	0	0	46,78	0	100
2008	152	42,76	2,63	1,32	51,97	1,32	100
2009	126	42,06	9,52	0	46,83	1,59	100
2010	198	26,77	0	0	72,73	0,51	100
2011	221	28,51	2,71	0,45	64,71	3,62	100
2012	218	21,10	0,92	0	77,52	0,46	100

ным европейской службы "The EUROCARE-4 Study" [12], в Германии среди женщин со ЗНМЖ, зарегистрированных в 1995—1999 гг., однолетняя НВ составила 91,91%, двухлетняя — 85,85%, трехлетняя — 80,11%, в Польше соответственно 91,83, 85,23 и 79,55%. Конечно, мы должны иметь в виду, что эти данные по Германии и Польше относятся к 1995—1999 гг. Однако учтем и то, что разрыв с этими странами по данному показателю ликвидирован в течение 2010—2012 гг., что весьма обнадеживает. Результаты исследования указывают на то, что эффективность лечебно-диагностической работы ОС области в маммологическом компоненте в 2010—2012 гг. возросла, что выразилась в увеличении трехлетней выживаемости больных со ЗНМЖ на популяционном уровне. Это позволяет рассчитывать на положительные перспективы в борьбе со ЗНМЖ, которую ОС области стремится вести с учетом опыта отечественной ОС и онкологического сервиса стран Западной и Восточной Европы. Дальнейшее развитие маммологического сектора ОС КО мы связываем с созданием устойчивой практики прогнозного регулирования с отслеживанием резервов скрининга, лечения и профилактики ЗНО отдельных локализаций и опорой на мониторинг однолетней, трехлетней, пятилетней, в перспективе десятилетней выживаемости больных (НВ, относительной, СВ) по базе ПРР [13].

Выводы

1. Частота впервые зарегистрированных больных со ЗНМЖ (на 100 тыс. населения) по Калининградской области в промежутке 2005—2008 гг. постепенно снизилась на 12,6‰ (с 78,636 до 66,06‰), а в промежутке 2008—2012 гг. выросла на 24,56‰, превысив заодно и показатель за 2005 г. (на 11,86‰).

2. В 2010—2012 гг. по сравнению с 2007—2009 гг. объем проводимого центральным (диспансерным) звеном ОС области специализированного лечения ЗНМЖ по радикальной программе значительно возрос — абсолютное число больных с данной патологией в 2010—2012 гг. выросло на 42% по сравнению с аналогичным показателем в 2007—2009 гг. При этом доля больных, леченных только лучевым или только хирургическим методами в 2010—2012 гг., снизилась в сравнении с таковым в 2007—2009 гг. Возросла доля леченных комбинированными и комплексными методами, а леченных только лекарственными и только химиолучевыми методами не изменилась.

3. В 2010—2012 гг. НВ и СВ больных со ЗНМЖ в Калининградской области на популяционном уровне статистически достоверно увеличилась по сравнению с таковыми в 2007—2009 гг. — на 12,75 и 12,78% соответственно ($p < 0,001$), а однолетние НВ и СВ — на 3,84 и 3,81%. Это преимущество в выживании больных в группе "После" сохранялось при учете стадий злокачественного процесса, способов подтверждения диагноза, клинической группы, вида и стратегии лечения.

ЛИТЕРАТУРА

- Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В., ред. *Злокачественные новообразования в России в 2012 году (заболеваемость и смертность)*. М.: ФГБУ "МНИОИ им. П.А. Герцена" Минздравсоцразвития России; 2014. 240 с.
- Siegel R., Naishadham D., Jemal A. Cancer Statistics, 2013. *CA Cancer J. Clin.* 2013; 63: 11—30.
- Приказ Минздрава России от 13.10.2005 г. № 633 "Об организации медицинской помощи".
- Постановление Правительства Калининградской области № 284 от 8 мая 2009 г. "О реорганизации отдельных государственных учреждений Калининградской области".

- Мерабишвили В.М. *Выживаемость онкологических больных*. СПб.: Фирма "КОСТА"; 2006. 440 с.
- Мерабишвили В.М. Методологические аспекты анализа деятельности онкологической службы на основе новых разработок информационных технологий. *Вопросы онкологии*. 2012; 2: 171—8.
- Мерабишвили В.М. Наблюдаемая и относительная выживаемость онкологических больных (популяционное исследование). *Российский онкологический журнал*. 2012; 3: 25—9.
- Петрова Г.В., Попова С.П., Старинский В.В., Мерабишвили В.М., Дятченко О.Т., Грецова О.П., Апалькова И.В., Цветкова Т.Л., Простов Ю.И. Развитие системы популяционных раковых регистров в России. *Вопросы онкологии*. 2003; 4: 422—6.
- Parkin D., Hakulinen T. Analysis of survival. In: Jensen O.M., Parkin D.M., MacLennan R., Muir C.S., Skeet R.G., eds. *Cancer registration, principles and methods*. IARC Sci. Publ. N 95. Lyon: IARC Press; 1991. 159—76.
- 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 (SurvCan)*. IARC Scientific Publications vol. 162, ISBN 978-92-832-2162-3. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2011.
- Лакин Г.Ф. *Биометрия*. М.: Высшая школа; 1990. 352 с.
- Survival of Cancer Patients in Europe*. The EUROCARE-4 Study. Section 1: Survival Analysis 1995—1999. Available at: <http://www.eurocare.it/Portals/0/CDEU4/Index.htm>
- Кутлумуратов А.Б., Поляков К.И., Вайсбейн И.З. О новых тенденциях выживаемости онкологических больных в Калининградской области на популяционном уровне. В кн.: *Реальная клиническая практика: Сборник научных трудов*. Калининград; 2013: 35—47.

REFERENCES

- Kaprin A.D., Starinskiy V.V., Petrov G.V., eds. Malignant tumors in Russia at 2012 (diseases and deaths rates). Moscow: Federal government budget organization "Moscow P.A. Gerzen scientific-investigation oncological institute of Ministry of health care and social development of Russia"; 2014. 240 p (in Russian).
- Siegel R., Naishadham D., Jemal A. Cancer Statistics, 2013. *CA Cancer J. Clin.* 2013; 63: 11—30.
- The Order of Ministry of health care and social development of Russia Federation N 633 "About the organization of medical aid", 13.10.2005 (in Russian).
- The Order of the Government of the Kaliningrad area by N 284, May 8, 2009 "About reorganization of the some official institutions of the Kaliningrad region" (in Russian).
- Merabishvili V.M. *Survival of cancer patients*; St. Petersburg: "Firm KOSTA"; 2006. 440 p (in Russian).
- Merabishvili V.M. Methodological aspects of the analysis of activity of oncological service on the basis of new development of information technologies. *Voprosy onkologii*. 2012; 2: 171—8 (in Russian).
- Merabishvili V.M. Observed and relative survival rate of oncological patients (population research). *Rossiyskiy onkologicheskii zhurnal*. 2012; 3: 25—9 (in Russian).
- Petrova G.V., Popova S.P., Starinskiy V.V., Merabishvili V.M., Djatchenko O.T., Gretsova O.P., Apal'kova I.V., Tsvetkova T.L., Prostov J.I. The Development of System of Populational Cancer Registers in Russia. *Voprosy onkologii*. 2003; 4: 422—6 (in Russian).
- Parkin D., Hakulinen T. Analysis of survival. In: Jensen O.M., Parkin D.M., MacLennan R., Muir C.S., Skeet R.G., eds. *Cancer registration, principles and methods*. IARC Sci. Publ. N 95. Lyon: IARC Press; 1991. 159—76.
- 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 (SurvCan)*. IARC Scientific Publications vol. 162, ISBN 978-92-832-2162-3. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2011.

11. Lakin G.F. *Biometrics*. Moscow: Vysshaya Shkola; 1990. 352 p. (in Russian).
12. *Survival of Cancer Patients in Europe. The EURO CARE-4 Study*. Section 1: Survival Analysis 1995—1999. Available at: <http://www.eurocare.it/Portals/0/CDEU4/Index.htm>
13. Kutlumuratov A.B., Polyakov K.I., Vaysbeyn I.Z. About new tendencies of survival rate of oncological patients in the Kaliningrad region at the populational level. In: *Real'naya klinicheskaya praktika*. Kaliningrad; 2013: 35—47 (in Russian).

Поступила 04.10.13

Received 04.10.13

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014

УДК 614.2:616.97-084

КУНГУРОВ Н.В., СЫРНЕВА Т.А., ЗИЛЬБЕРБЕРГ Н.В., МАЛЫШЕВСКАЯ Н.П., УФИМЦЕВА М.А.

Инновационный опыт организационно-методической работы по предупреждению распространения инфекций, передающихся половым путем, в Уральском федеральном округе

ФГБУ "Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии"
Минздрава России, 620023, г. Екатеринбург

Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии (УрНИИДВиИ) разработал и научно обосновал систему управления заболеваемости сифилисом и другими инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), которая реализуется как функциональная модель, базирующаяся на мониторинге индикаторных показателей, контролируемых на различных уровнях управленческой вертикали (внутриучрежденческий, на уровне органа управления здравоохранением, правительства субъектов РФ).

Мониторинг индикаторов включает четыре группы показателей: 1-я группа — индикаторы для оперативного реагирования; 2-я — индикаторы качества противоэпидемиологических мероприятий; 3-я — индикаторы, свидетельствующие о наличии резерва невыявленной заболеваемости в субъекте РФ; 4-я — индикаторы результативности. Обоснование введения данного мониторинга проведено на основании анализа индикаторных показателей 22 КВУ Урала.

Обсуждение и системный контроль за уровнем заболеваемости ИППП и индикаторными показателями с целью оперативного реагирования на эпидемиологическую ситуацию осуществляются 2 раза в течение календарного года на совещаниях главных врачей кожно-венерологических учреждений (КВУ), главных внештатных специалистов-дерматовенерологов Уральского федерального округа (УФО), проводимых УрНИИДВиИ Минздрава России.

После каждого совещания текст резолюции размещается на официальном сайте УрНИИДВиИ, и ее выполнение строго контролируется главными специалистами-дерматовенерологами территорий и главными врачами КВУ. Информация по выполнению резолюции направляется в аппарат полномочного представителя Президента РФ в УФО, УрНИИДВиИ.

Результатом проводимой работы стало снижение уровня заболеваемости сифилисом по УФО, в том числе среди детей и подростков. Таким образом, разработанная и внедренная во всех субъектах РФ УФО инновационная модель управления уровнем заболеваемости сифилисом, основанная на своевременном мониторинге и экспертном анализе индикаторных показателей, позволила принимать оперативные и адекватные эпидемиологической ситуации управленческие решения на различных организационных уровнях.

Ключевые слова: инфекции, передаваемые половым путем; сифилис; индикаторы качества деятельности; мониторинг; кожно-венерологические учреждения.

AN INNOVATIVE EXPERIENCE IN ORGANIZING SYSTEMATIC EFFORTS TO PREVENT SPREADING OF SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS IN THE URAL FEDERAL DISTRICT

Kungurov N.V., Syrneva T.A., Zilberberg N.V., Malyshevskaya N.P., Ufimtseva M.A.

Ural Research Institute of Dermatovenereology and Immunopathology of the Ministry of Health of the Russian Federation, 620023, Ekaterinburg, Russia

The Ural Research Institute of Dermatovenereology and Immunopathology developed and scientifically substantiated a system of management in syphilis and other sexually transmitted infections morbidity which is implemented as a functional model based on monitoring of indicator rates controlled at different levels of the administration vertical (intra-institutional, at the level of health care administration, and at the level of government of a subject of the Russian Federation). Monitoring includes four groups of indicators. The first group includes indicators for operational response. The second group includes indicators of the quality of anti-epidemiological activities. The third group includes indicators evidencing availability of reserves in overlooked morbidity in a given subject of the Russian Federation. The fourth group includes efficiency indicators. Substantiation for introducing such monitoring was made on the basis of indicator analysis in 22 dermatovenereologic facilities of the Ural federal district.

The review and systematic control of morbidity rates for sexually transmitted infections and indicator rates are focused to operationally respond to epidemiological situation and take place twice a year on meetings of head physicians of dermatovenereologic facilities of the Ural federal district organized by The Ural Research Institute of Dermatovenereology and Immunopathology of the Ministry of Health of the Russian Federation. After every meeting the text of resolution is placed on the site of The Ural Research Institute of Dermatovenereology and Immunopathology and its implementation is strictly controlled by chief

Для корреспонденции: Кунгуров Николай Васильевич, e-mail: n.kungurov@gmail.com