

лениями необходимо провести доукомплектацию оборудованием палат интенсивной терапии.

3. Лечение больных в период ремиссии и диспансерное наблюдение пациентов. Необходимо рассмотреть вопрос о создании межрайонных кабинетов детской онкологии и гематологии. Передать врачам этих кабинетов право контролировать выписку бесплатных рецептов детям, страдающим онкологическими заболеваниями. На базах данных кабинетов проводить лечение вирусных гепатитов у онкологических и онкогематологических больных, диспансерное наблюдение за больными с депрессиями кроветворения, анемиями и коагулопатиями различной этиологии.

4. Развитие материально-технической базы. С целью улучшения медицинского обслуживания больных, создания качественных санитарно-эпидемиологических условий пребывания пациентов в отделении необходимо увеличить площади отделения – построить новый корпус. Примеры развития детской онкологии как в Москве, так и в других регионах России (Татарстан, г. Ростов-на-Дону) показывают, что дальнейшее совершенствование современных технологий, включая трансплантацию костного мозга, невозможно без укрепления материально-технической базы – строительства или реконструкции корпусов с созданием трансплантационных боксов, палат индивидуального пребывания для пациентов.

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

*Р.Ф. Савкова, Р.Г. Дударова, Е.Н. Смольников, С.Р. Варфоломеева
Московский областной онкологический диспансер, г. Балашиха, Россия*

Состояние онкологической помощи является одним из основополагающих вопросов в общей системе здравоохранения Московской области. Заболеваемость населения Московской области злокачественными новообразованиями неуклонно возрастает, за 10 лет (с 1995 по 2004 г.) она увеличилась на 16,0%. Показатель заболеваемости на 100 тыс. населения в Московской области составил 340,4, при этом, в указанный период времени этот показатель составляет 309,7 в мед. округе № 5 (северо-западное направление) и до 403,8 – в мед. округе №1 (юго-восточное направление).

В 2004 г. взято на учет свыше 22 544 больных. В структуре заболеваемости у мужчин первые пять мест стабильно занимают злокачественные новообразования легкого, желудка, предстательной железы, ободочной и прямой кишки. У женщин на первом месте стоит рак молочной железы, а затем последовательно – рак желудка, эндометрия, ободочной кишки, яичников, прямой кишки (табл. 1).

Таблица 1

Структура онкологической заболеваемости в Московской области (по полу) в 1995-2004 гг. (выборочные данные, %)

Локализация	Код МКБ	Годы		
		1995	2000	2004
Мужчины				
Легкие и бронхи	С 34	24,6	21,9	19,3
Желудок	С 16	16,5	14,9	13,2
Ободочная кишка	С 18	5,1	5,2	6,8
Прямая кишка	С 20	4,8	5,3	5,7
Предстательная железа	С 61	3,7	5,7	7,5
Женщины				
Молочная железа	С 50	19,9	21,8	21,3
Желудок	С 16	12,0	10,2	8,6
Эндо метрий	С 54	7,6	8,1	8,1
Ободочная кишка	С 18	7,0	7,0	8,0
Прямая кишка	С 20	4,8	4,8	4,6

Среди больных с впервые установленным диагнозом злокачественного новообразования преобладают женщины (в 1995 г. – 52,5, в 2000 г. – 54,9, в 2004 г. – 55,6%).

В настоящее время под наблюдением онкологической службы области состоит 138 757 онкологических больных. За 2004 г. численность контингента онкологических больных, состоящих под наблюдением, увеличилось на 1,8%.

Увеличение произошло за счет упорядочения системы учета, что является результатом активной работы «Популяционного ракового регистра».

Показатель распространенности злокачественных новообразований в Московской области – 2095,3, что обусловлено как ростом заболеваемости, так и увеличением выживаемости онкологических больных (индекс накопления 6,1).

Основной контингент больных формируется из пациентов со злокачественной патологией молочной железы, тела матки, желудка, шейки матки; ободочной кишки; трахеи, бронхов и легких; прямой кишки; яичников, а также из пациентов со злокачественными лимфомами и лейкомиями (см. рис.).

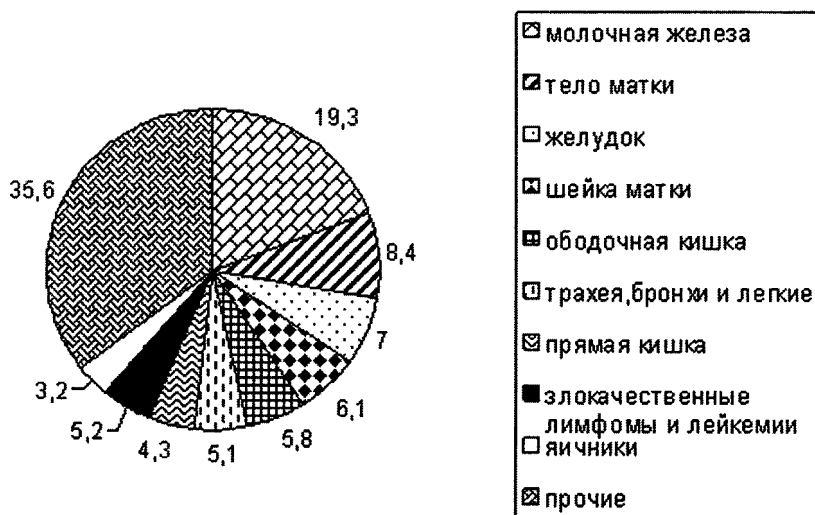


Рис. Структура онкологической заболеваемости в Московской области.

Проблема раннего выявления – одна из наиболее значимых в онкологии. В Московской области этот показатель медленно увеличивается и составляет 41,1%. Динамика выявления в Московской области онкозаболеваний IV стадии представлена в табл. 2.

Таблица 2

Динамика удельного веса IV стадии среди больных Московской области с впервые установленным диагнозом злокачественного новообразования

Годы	Локализация рака							
	Все локализации (%)	Желудок	Легкие, бронхи	Молочная железа	Ободочная кишка	Прямая кишка	Пищевод	Шейка матки
2000	25,8	41,1	42,9	15,4	33,4	31,3	30,5	9,6
2001	24,5	39,1	42,0	13,3	39,1	32,9	27,2	13,4
2002	24,0	26,9	41,7	14,0	30,5	27,6	27,6	12,5
2003	22,8	37,2	37,3	12,6	30,5	25,0	29,1	12,9
2004	22,2	35,9	41,2	13,0	28,1	25,2	27,4	11,4

Приведенные результаты коррелируют с данными по одногодичной летальности. Следует отметить снижение одногодичной летальности при раке тела матки (15,1% в 1995 г., 6,4% в 2004 г.), шейки матки (19,6% в 1995 г., 11,9% в 2004 г.).

Онкологическая служба Московской области располагает 1339 койками, развернутыми в Московском областном онкологическом диспансере (655 коек), МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского (95 радиологических коек), в районных онкологических отделениях (490 коек). В общебольничных стационарах развернуто 99 специали-

рованных коек. В области работают 158 врачей-онкологов (в том числе 8 детских онкологов), 37 радиологов. Высшую квалификационную категорию имеют 47,5% врачей-онкологов и 23,4% врачей-радиологов.

В расчете на 1000 больных с впервые установленным диагнозом злокачественного новообразования показатель обеспеченности онкологическими койками составляет 59,3.

Московский областной онкологический диспансер имеет все узкопрофильные отделения, в том числе отделение детской онкологии (на 40 коек), отделение опухолей головы и шеи, торакальное (пищеводное); легочной хирургии; онкоурологии; молочной железы; абдоминальное; гинекологические; химиотерапии опухолей и два радиологических отделения (на 140 коек). Радиологические отделения оснащены линейным ускорителем, семью гамма-терапевтическими аппаратами, в том числе двумя внутривидовыми «Агат-ВУ», «Гаммамед», топометрическим оборудованием. В диспансере имеется радиоизотопная лаборатория. Рентгенодиагностическое отделение укомплектовано новейшим медицинским оборудованием, в том числе для диагностики рака молочной железы имеется «Маммотест Плюс» в комплектации с маммотомом.

Патологоанатомическое отделение проводит иммуногистохимические исследования рецепторного статуса при раке молочной железы.

В 2004 г. злокачественные новообразования в Московской области послужили причиной смерти 14 654 человек (221,2 на 100 000 населения). Наибольший удельный вес в структуре умерших приходится на рак желудка (33,2%), легких (32,1%), молочной железы (24,3%), ободочной кишки (16,5%), прямой кишки (13,3%).

Доля больных, получивших специальное лечение, от всех больных с I-III стадиями составила в 2004 г. 81,3%. Доля хирургического метода как самостоятельного – 41,2%, комбинированного и комплексного – 31,3%.

Рассматривая состояние проблемы онкологической помощи в целом, нельзя не отметить, что совершенствованию подлежат, в первую очередь, организационные вопросы, от решения которых зависит уровень и качество оказания онкологической помощи больным Московской области.

К числу первоочередных задач следует отнести:

1. Возобновление в должном объеме массовых профилактических осмотров населения с целью активного выявления опухолевых и предопухолевых заболеваний.

2. Увеличение количества амбулаторных противоопухолевых кабинетов, создание противоболевых центров в каждом медицинском округе.

3. Расширение имеющегося высокоспециализированного учреждения (создание маммологического центра, детского онкологичес-

кого центра, реабилитационного центра, а также диагностического центра с пансионатом для больных из отдаленных районов Московской области). Для улучшения состояния онкологической помощи назрела необходимость строительства хирургического корпуса или расширения областного онкологического диспансера.

4. Совершенствование программы рационального лекарственного обеспечения онкологических больных. В основу осуществления программы совершенствования онкологической помощи населению Московской области должно быть положено развитие деятельности популяционного ракового регистра, обеспечивающего высокий уровень точности сведений о заболеваемости, смертности и выживаемости онкологических больных.

5. Более широкое использование санитарно-просветительной работы среди населения (радио, телевидение, публикации, рекламные издания) с призывом о необходимости обязательного посещения врача при появлении определенных симптомов.

СЛУЖБА ГЕМОДИАЛИЗА В МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ. СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

*В.П. Суслов, С.Е. Круглов, А.Л. Валов, А.Г. Янковой, Г.Ю. Лосев,
И.Н. Детиненко*

МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, г. Москва, Россия

Лечение пациентов с хронической почечной недостаточностью (ХПН) является сложной проблемой. Определяется это не только уровнем медицинских знаний, но и прежде всего экономическим состоянием страны и, следовательно, уровнем развития здравоохранения. Потребность в заместительной почечной терапии (ЗПТ) с течением времени возрастает, меняется спектр заболеваний, приводящих к ХПН, а именно, – увеличивается доля пациентов, страдающих сахарным диабетом и ишемической нефропатией.

В Европе число больных, получающих диализ, достигает 700 на 1 млн населения, в США – превышает 900. При этом необходимо отметить большое количество трансплантаций почки, выполняемых в этих странах. В Японии, где по религиозным соображениям трансплантация практически не выполняется, число больных на диализе превышает 1700 на 1 млн населения. По данным Российского регистра, диализ получают в среднем по стране около 60 пациентов на 1 млн населения. Московская область приближается к этому уровню.

Основные показатели обеспеченности гемо- и перитонеальным диализом в Московской области в 2003-2004 гг. представлены в табл. 1.