

Санкт-Петербурге (390,8); минимальные — в республиках Дагестан (129,1), Тыва (153,3), Кабардино-Балкария (197,2), Саха (19-8,6), Тюменской области (216,2), республика Чувашия (227,8).

Данные об уровнях заболеваемости злокачественными новообразованиями по основным локализациям в сравнении с 1999 г. представлены в табл. 1-2. В табл. 3 представлены показатели онкологической заболеваемости населения Федеральных округов в 1999 и 2004 гг.

На конец отчетного 2004 г. на учете в онкологических учреждениях России состояли под наблюдением 2 319 740 больных со злокачественными новообразованиями, т.е. 1,6% населения страны.

Таблица 3

Заболеваемость злокачественными новообразованиями населения России и Федеральных округов в 1999 и 2004 гг.

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ОКРУГ	«ГРУБЫЕ» ПОКАЗАТЕЛИ		СТАНДАРТИЗОВАННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ			
	ОБА ПОЛА		МУЖЧИНЫ		ЖЕНЩИНЫ	
	1999 г.	2004 г.	1999 г.	2004 г.	1999 г.	2004 г.
РОССИЯ	302,5	326,3	263,7	267,4	181,3	193,9
Центральный	340,4	351,5	260,0	253,7	181,6	191,0
Северо-Западный	324,9	341,4	279,6	266,1	191,2	198,9
Южный	296,8	308,4	249,0	256,1	189,7	165,2
Приволжский	290,6	317,7	264,4	268,4	169,3	183,6
Уральский	291,0	314,5	280,3	290,3	187,2	201,4
Сибирский	280,5	322,0	273,8	291,1	183,7	207,3
Дальневосточный	247,4	284,2	264,3	288,4	190,9	199,4

Доля больных со злокачественными новообразованиями, выявленных при профилактических осмотрах составила 11,3% (2003 г. — 10,5%). Показатели активного выявления злокачественных новообразований в России абсолютно неадекватны современным возможностям медицины и свидетельствуют о настоятельной необходимости проведения специальных скрининговых программ.

Доля диагнозов, получивших морфологическое подтверждение, составила в 2004 г. 80,0% от числа выявленных злокачественных новообразований (в 2003 г. — 79,1%). Низким остается удельный вес морфологически верифицированного диагноза рака трахеи, бронхов, легкого — 55,0% (в 2003 г. — 54,6%), пищевода — 76,1% (в 2003 г. — 73,6%), предстательной железы — 81,8% (в 2003 г. — 79,6%), ободочной кишки — 78,9% (в 2003 г. — 77,9%), желудка — 79,0% (в 2003 г. — 77,4%).

Несколько увеличился удельный вес больных злокачественными новообразованиями, выявленных в I-II стадии опухолево-

го процесса. Доля их от лиц с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования в 2004 г. — 43,3% (в 2003 г. — 42,2%). Данный прирост обусловлен снижением доли больных с III стадией опухолевого процесса — 24,8% (в 2003 г. — 25,4%). Уровень запущенности (IV стадия заболевания) составил 23,3% (2003 г. — 23,6%), т.е. каждая четвертая опухоль выявляется при наличии отдаленных метастазов.

Доля больных, умерших в течение первого года после установления диагноза в 2004 г. составила 33,2% (2003 г. — 33,8%). Данный показатель в регионах варьировал от 20,0% в Белгородской области, 21,1% в Саратовской области, 23,0% в Краснодарском крае, 21,7% в Республике Хакасия, 24,4% в Республике Северная Осетия до 54,3% в Республике Саха, 48,5% в Чукотском автономном округе, 46,7% в Магаданской области, 46,3% в Ярославской области, 45,7% в Республике Калмыкия, 45,5% в Республике Тыва.

Доля больных со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете в онкологических учреждениях 5 лет и более с момента установления диагноза, в 2004 г. составила 50,0% (в 2003 г. — 49,9%).

Индекс накопления контингентов больных в 2004 г. составил 5,2, что соответствует уровню 2003 г.

Закончили специальное лечение 51,4% больных со злокачественными новообразованиями, впервые взятых на учет в отчетном году.

Хирургический метод лечения злокачественными новообразованиями использовался в 44,3% случаев (в 2003 г. — 44,2%). Наиболее высокие показатели применения этого метода отмечены при лечении рака желудка (78,2%), прямой кишки (65,2%), меланомы кожи (70,9%).

Средний показатель использования лучевого метода составил 18,3%. Лучевая терапия применялась в 56,1% случаев при лечении злокачественных опухолей шейки матки, 58,1% новообразований полости рта и глотки, 44,5% новообразований гортани, 32,4% опухолей пищевода.

Наиболее современные и эффективные комбинированный или комплексный методы использовались в наибольшем объеме при лечении злокачественных новообразований молочной железы (73,6%), яичников (76,0%), тела матки (62,2%). В среднем 31,7% больных со злокачественными новообразованиями получили лечение с применением комбинированного или комплексного метода.

Только лекарственный и химиолучевой методы применялись значительно реже — у 5,6 и 2,6% больных соответственно.

В целом показатели состояния онкологической службы в 2004 г. были стабильны, по ряду позиций достигнуты определенные успехи. Наиболее серьезной проблемой остается развитие системы ранней диагностики злокачественных новообразований.

Заболеваемость первично-множественными злокачественными опухолями в Республике Татарстан

Р.Ш.ХАСАНОВ, Р.Ф.ЛАТЫПОВА.

Клинический онкологический диспансер МЗ РТ

Проблемы и сложности, связанные с диагностикой и лечением полинеоплазий являются актуальными. Многочисленные наблюдения свидетельствуют о недостаточной онкологической настороженности врачей в отношении полинеоплазий. Это находит отражение в статистике выявления вторых злокачественных опухолей в запущенных стадиях. Интерес к данной патологии обусловлен также поиском метода возможного прогнозирования развития повторных неоплазм для каждого конкретного пациента на основе изучения групп больных ПМЗО.

Остается пока без ответа вопрос: каков относительный риск заболеваемости ПМЗО при различных локализациях ЗНО.

В нашем исследовании объектом наблюдения являются 2603 больных ПМЗО, что составляет 5295 случаев злокачественных новообразований (ЗНО), зарегистрированных за период с 1950 по 2003 гг. Две опухоли выявлены у 2517 больных ПМЗО (96,7%), три

опухоли у 83 (3,2%), четыре опухоли у 3 (0,1%). Соотношение мужчин и женщин 1:1,2. Средний возраст пациентов составляет $64,9 \pm 0,2$ лет ($Me = 66$ лет), для мужчин — $66,4 \pm 0,3$ ($Me = 67$ лет), для женщин — $63,8 \pm 0,3$ ($Me = 65$ лет). При этом средний возраст больных ПМЗО мужчин достоверно выше, чем у женщин ($P=0,00$).

По нашим данным доля лиц молодого возраста среди всех больных полинеоплазиями невелика (7,03%). Начиная с 40 лет наблюдается заметное увеличение частоты ПМЗО среди населения РТ. Возрастной пик выявления повторных опухолей приходится на 7-ю и 8-ю декады жизни для обоих полов.

Нами рассмотрена структура ПМЗО в зависимости от времени выявления первичных и повторных опухолей, за критерий синхронности новообразований взят интервал — 6 месяцев.

Доля синхронно развившихся новообразований от общего числа зарегистрированных ПМЗО в Республике Татарстан в 1950-

2003г составила 20,5%, в РФ в 2002 году — 34,4%. Отмечено незначительное различие в структуре синхронных и метасинхронных опухолей как у мужчин так и у женщин (таб.1).

Среднее время мониторинга до выявления последующей опухоли — $6,4 \pm 0,1$ (Me = 4), для мужчин — $6,9 \pm 0,2$ (Me = 4), для женщин — $5,9 \pm 0,2$ (Me = 3). Срок диспансерного наблюдения до выявления полинеоплазий у женщин был достоверно короче, чем у мужчин ($P=0,00$).

В большинстве случаев полинеоплазий вторая опухоль являлась основной, т.е. определяющей дальнейшую судьбу больного. В наших наблюдениях у 2580 (99,1%) больных из 2603 данные TNM первой опухоли установлены, данные вторых опухолей соответственно определены у 2553 пациентов (99,05%). Несмотря на большую кратность осмотра пациентов в течение первых 5 лет диспансерного наблюдения повторные локализации ЗНО обнаруживаются в 37,8% поздно — в третьей и четвертой стадии развития опухолевого процесса.

Из-за отсутствия достоверных данных о заболеваемости полинеоплазиями с 1950 года до 1989 года нами были изучены уровень и динамика заболеваемости ЗНО и ПМЗО в Республике Татарстан за 1998-2003гг. За указанный период времени на фоне роста заболеваемости ЗНО (темп прироста 19,1%) отмечено увеличение заболеваемости ПМЗО (темп прироста 154,1%).

Заболеваемость полинеоплазиями в Республике Татарстан за указанный период возросла в 2,5 раза (среднесложившаяся заболеваемость ПМЗО за 1998-2003гг — $7,2 \pm 1,1$, Me = 8 на 100 000 населения), в том числе за счет улучшения диагностики синхронных новообразований (темп прироста 1605,8%). При условии сохранения данных тенденций роста заболеваемости ЗНО и ПМЗО среди населения РТ можно прогнозировать, что к 2010 году уровень заболеваемости злокачественными опухолями, рассчитанный на основе коэффициента линейной регрессии, достигнет 350 на 100 000, а уровень заболеваемости полинеоплазиями — более 20 на 100 000 населения. Доля больных ПМЗО может увеличиться с 4,1% до 5,7% среди всех обследованных больных ЗНО.

Большой интерес представляет анализ темпов прироста заболеваемости ПМЗО отдельно у мужчин и женщин (таб.2).

За 2003 год показатель заболеваемости ПМЗО был у женщин выше, чем у мужчин (соответственно 10,06 и 9,18 на 100 000 населения), так как рост заболеваемости полинеоплазиями у женщин РТ (темп прироста 106,57%) опережает в 2,4 раза таковой у мужчин (темп прироста 44,79%).

Анализ структуры вторых опухолей полинеоплазий у мужчин и женщин в РТ за 1998-2003гг выявил некоторые различия в темпах прироста рака разных локализаций (таб.3).

По нашим данным в большей степени заболеваемость полинеоплазиями у мужчин увеличилась в связи с ростом количества по-

Таб.1 Структура полинеоплазий у больных в Республике Татарстан за 1950-2003гг.

	Синхронные	Метасинхронные	Синхронно-метасинхронные
Мужчины	249 (21,2%)	914 (77,8%)	12 (1,0%)
Женщины	288 (20,2%)	1127 (78,9%)	13 (0,9%)
Оба пола	537 (20,6%)	2041 (78,4%)	25 (1,0%)

вторных опухолей таких локализаций, как рак бронхов и легких, кожи, желудка, опухоли головы и шеи. Доля вышеперечисленных локализаций в структуре повторных неоплазий ПМЗО в последние три года составила 75,4%.

Аналогичные данные о структуре заболеваемости ПМЗО у женщин представлены в таблице 4.

Подобный проведенный анализ динамики заболеваемости ПМЗО у женщин выявил рост полинеоплазий за счет обнаружения вторых опухолей таких локализаций как рак кожи, молочной железы, эндометрия и яичников, рак желудка, прямой и ободочной кишки. В структуре повторных неоплазий за 2000-2003гг их доля составила 74,2%.

Наличие связи между ростом заболеваемости солитарными и множественными опухолями обуславливает необходимость исследования частоты ПМЗО по отдельным органам и системам органов.

Сочетания первых и вторых опухолей у женщин.

Анализ структуры первичных опухолей при полинеоплазиях у женщин показал, что наиболее часто ПМЗО выявляются у больных с гормонозависимыми опухолями (61,1%), раком кожи

(13,2%), раком толстой (3,2%) и прямой (3,2%) кишки. Выше перечисленные первые локализации неоплазм встречаются у 83% пациенток с полинеоплазиями.

Более трети полинеоплазий (36,8%) при первичном раке молочной железы (ПРМЖ) составляет билатеральный рак, второе место приходится на сочетания первичного рака молочной железы и кожи (9,2%), третье место — опухоли молочной железы и яичника (8,3%), на четвертом месте — сочетания с злокачественными новообразованиями желудка, шейки и тела матки (соответственно 6,0; 6,0 и 6,0%), на пятом — рак толстой кишки (5,5%), на шестом — опухоли почки (4,5%), на седьмом — рак прямой кишки (2,3%), на восьмом — меланобластома (2,1%).

В структуре вторых локализаций при полинеоплазиях с первичным раком тела матки (ПРТМ) на первом месте — рак молочной железы (21,9%), на втором — рак кожи (16,6%), на третьем — рак яичника и ободочной кишки (соответственно 11,3 и 11,3%), на четвертом — рак прямой кишки (7,9%), на пятом — рак желудка (7,3%). Сумма вышеперечисленных локализаций составляет 76,3%.

Среди вторых локализаций при полинеоплазиях с первичным раком шейки матки (ПРШМ) лидируют: рак молочной железы (22,49%), рак кожи и прямой кишки (10,2 и 10,2%), рак бронхов и легких (8,2%), рак ободочной кишки и органов мочевой системы (6,8 и 6,8%), опухоли головы и шеи (4,8%).

Более трети полинеоплазий (31,9%) у женщин с первичным раком кожи (ПРК) составляет мультицентрический рак кожи, второе место по количеству сочетаний приходится на первичный рак кожи и рак молочной железы (12,2%), третье место — на опу-

Таб.2. Динамика заболеваемости ПМЗО в Республике Татарстан за период с 1998 по 2003гг на 100 000 населения (мужчины и женщины).

ГОДЫ	МУЖЧИНЫ		ЖЕНЩИНЫ	
	АБС.	ОТН.	АБС.	ОТН.
1998	112	6,34	98	4,87
1999	103	5,82	112	5,55
2000	134	7,58	155	7,69
2001	148	8,38	148	7,35
2002	149	8,47	190	9,45
2003	161	9,18	202	10,06
Темп прироста	44,79		106,57	

холи кожи и желудка (11,2%), четвертое место — сочетания ПРК с злокачественными новообразованиями ободочной кишки, головы и шеи (соответственно 5,9 и 5,9%), пятое место — рак прямой кишки (5,3%), шестое место — с опухолями тела матки (4,8%). Данные сочетания определяют структуру ПМЗО у женщин с ПРК в 77,2% случаев.

При полинеоплазиях с первичным раком яичника (ПРЯ) в структуре вторых локализаций на первом месте стоит рак молочной железы (28,9%), на втором — рак эндометрия (20,2%), на третьем — рак шейки матки (9,6%), на четвертом — рак прямой кишки (8,7%), на пятом — рак ободочной кишки (6,7%), на шестом — рак кожи и поджелудочной железы (по 4,8%). Вышеперечисленные сочетания ПРЯ составляют в сумме 83,7%.

В каждом пятом случае (21,5%) полинеоплазии с первичным раком ободочной кишки (ПРОК) сочетались с ЗНО молочной железы, в каждом шестом — с опухолью тела матки (15,2%), в каждом восьмом — были выявлены неоплазии придатков матки (12,7%), в каждом десятом — рак желудка или шейки матки (соответственно 10,1% и 10,1%), у каждой одиннадцатой женщины после ПРОК был диагностирован рак кожи (8,8%). Данные сочетания являются основными в структуре полинеоплазии у женщин с ПРОК и составляют вместе 78,4%.

В структуре вторых локализаций при полинеоплазиях у женщин с первичным раком прямой кишки (ПРПК) на первом месте — рак молочной железы (22,2%), на втором — рак ободочной кишки (13,4%), на третьем — рак кожи и почки (по 11,2%), на четвертом — рак яичника (8,9%), на пятом — опухоли тела матки (4,5%), на шестом — рак желудка (4,4%). Сумма сочетаний вышеперечисленных локализаций с ПРПК составляет 75,8%.

Данные о структуре вторых локализаций при полинеоплазиях с первичным ЗНО головы и шеи (ПЗНОГиШ) распределились следующим образом: на первом месте — рак кожи (36,0%), на

втором — рак желудка (18,0%), на третьем — рак молочной железы (10,0%), на четвертом — рак шейки матки и яичника (соответственно 6,0% и 6,0%), на пятом — рак пищевода и щитовидной железы (соответственно 4,0% и 4,0%). Данные локализации встречались в сочетании с ПЗНО ГиШ в 84,0% случаев.

Нами исследованы основные сочетания лидирующих локализаций ПМЗО у женщин. Отмечено, что первичный рак молочной железы лидирует среди ПМЗО у женщин со вторыми неоплазмами самых разнообразных локализаций как внутренних (14,0%) так и наружных (18,9%). Среди всего многообразия представленных сочетаний злокачественных опухолей наиболее частые ассоциации возникали между ЗНО женской репродуктивной системы между собой (30,5%), также высока степень риска развития рака кожи в последующем у данного контингента женского населения (5,8%). Выявлена взаимосвязь между опухолями женской репродуктивной системы и ЗНО желудочно-

Таб.3.

Структура вторых опухолей при полинеоплазиях у мужчин в Республике Татарстан за 1998-2003гг и темпы их прироста.

ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПОВТОРНОГО ЗНО	СРЕДНИЙ ПОКАЗАТЕЛЬ		ТЕМП ПРИРОСТА (%)
	1998-2000	2001-2003	
Голова и шея	12,3±2,0	14,7±0,9	19,5
Пищевод	6,0±0,6	5,3±0,9	-11,7
Желудок	11,7±3,3	19,7±0,9	68,3
Ободочная кишка	7,7±0,9	8,3±1,2	7,8
Прямая кишка	5,0±0,6	7,0±0,0	40
Печень	2,7±0,9	1,7±1,2	-37
Поджелудочная железа	3,0±1,0	2,7±1,8	-10
Бронхи и легкие	21,7±1,8	28,3±3,5	30,4
Меланома	0,3±0,3	1,0±0,6	233,3
Кожа	21,0±1,0	26±2,5	23,8
Предстательная железа	6,0±0,6	11,7±1,5	95
Почка	10,3±3,2	14±1,5	35,9
Щитовидная железа	0,7±0,7	0,3±0,3	-57,1
Кроветворн. и лимф. система	3,3±1,3	4±1,2	21,2
Прочие	3,6±0,9	7±0,6	94,4
Всего	115,3±9,4	151,7±4,2	31,2

кишечного тракта (10,0%). При первичном поражении кожи наряду с повторными опухолями кожи (3,0%) и молочной железы (1,6%) довольно часты сочетания с органами пищеварительной системы (3,6%). Больные с первичным ЗНО головы и шеи часто имеют в дальнейшем рак кожи (1,3%), также часто выявляется обратное сочетание первичного рака кожи с опухолями головы и шеи (0,8%). Эти сочетания опухолей прослежены у 89,5% больных полинеоплазмами женщин.

У мужчин среди первичных опухолей при полинеоплазиях преобладают злокачественные новообразования «функционально-независимых» (т.е. связанных с питанием, употреблением алкоголя и табакокурением) органов и систем — опухоли головы и шеи, бронхов и легких (соответственно 27,4% и 9,3%), рак кожи (17,5%), рак желудка (7,6%), толстой и прямой кишки (соответственно 5,7% и 3,6%), рак почки и мочевого пузыря (7,4%), предстательной железы (5,3%). В сумме данная группа больных мужчин составляют 83,8% пациентов с ПМЗО.

Более четверти полинеоплазий (28,4%) при ПЗНОГиШ у мужчин составляет рак бронхов и легких, второе место по количеству сочетаний приходится на опухоли головы и шеи (14,6%), на третьем месте — сочетания со злокачественными новообразованиями желудка (12,1%), на четвертом месте — рак кожи (11,8%), на пятом месте — рак органов мочевого выделения (6,9%), на шестом месте — рак пищевода (6,2%), на седьмом месте — опухоли простаты и других мужских половых органов (4,8%), на восьмом месте — рак ободочной и прямой кишки (соответственно 3,7% и 3,7%). В сумме доля этих локализаций в повторных ЗНО составляет 92,2%.

В структуре вторых локализаций у мужчин с ПРК при полинеоплазиях на первом месте — рак кожи (30,6%), на втором — рак бронхов и легких (17,5%), на третьем — рак желудка (13,6%), на четвертом — опухоли головы и шеи (5,8%), на пятом — рак органов мочевыводящей системы (4,9%), на шестом — рак пищевода и предстательной железы (соответственно 3,8% и 3,8%). В совокупности вышеперечисленные вторые локализации ПМЗО у мужчин составляют 80,0%.

Среди вторых локализаций у мужчин с первичным раком бронхов и легких (ПРБил) при полинеоплазиях на первом месте — опухоли головы и шеи (25,7%), на втором — рак желудка (14,7%), на третьем — рак кожи (13,8%), на четвертом — рак почки и мочевого пузыря (10,0%), на пятом — рак пищевода и опухоли кроветворных и лимфоэпителиальных органов (соответственно 6,4%, 6,4% и 6,4%), на шестом — рак прямой кишки (5,5%). Сумма вышеперечисленных локализаций составляет 82,5%.

Вторые опухоли при полинеоплазиях у мужчин с ПРЖ распределены в следующем порядке: рак бронхов и легких (19,0%), рак ободочной кишки (12,4%), рак прямой кишки (11,4%), рак кожи (10,5%), рак почки и мочевого пузыря (9,5%), рак предстательной железы и наружных половых органов (6,7%), рак пищевода (5,7%), рак поджелудочной железы (4,8%). Выше перечисленные сочетания ПРЖ составляют в сумме 80%.

Среди вторых локализаций при полинеоплазиях с первичным ЗНО почек и мочевого пузыря (ПЗНОПиМП) на первом месте — рак бронхов и легких (23,0%), на втором — рак почки и мочевого пузыря (20,7%, соотношение 1:1), на третьем — рак предстательной железы (16,1%), на четвертом — рак ободочной кишки (9,2%), на пятом — опухоли головы и шеи (6,9%), на шестом — рак кожи, желудка и прямой кишки — (соответственно 5,7%, 5,7% и 5,7%). Данные локализации встречались в сочетании с ПЗНОПиМП в 93% случаев.

Первое место в структуре вторых опухолей полинеоплазий у мужчин с ПРОК занимает рак почки и мочевого пузыря (17,9%), второе место по количеству сочетаний приходится на ЗНО желудка (16,4%), третье место — рак кожи (13,4%), на четвертом месте — опухоли бронхов и легких (11,9%), на пятом месте — мультицентрический рак ободочной кишки (10,4%), на шестом месте — рак пищевода и предстательной железы (соответственно 7,5% 7,5% и 7,5%), на седьмом месте — опухоли головы и шеи (6,0%). Данные сочетания определяют структуру ПМЗО мужчин с ПРОК в 91,0% случаев.

В каждом четвертом случае полинеоплазии с ПРПК (28,6%) сочетались с ЗНО желудка, в каждом шестом — с ЗНО кожи (14,3%), в каждом восьмом — были выявлены неоплазии головы и шеи, бронхов и легких, ободочной кишки (соответственно 11,9%, 11,9% и 11,9%), у каждого четырнадцатого после ПРПК был диагностирован рак почки и мочевого пузыря, кроветворных и лимфоэпителиальных органов (соответственно 7,1% и 7,1%). Данные сочетания являются основными в структуре полинеоплазии у мужчин с ПРПК и составляют вместе 92,8%.

В структуре вторых локализаций при полинеоплазиях с первичным раком предстательной железы (ПРПЖ) на первом месте — рак органов мочевыделительной системы (25,9%), на втором — рак бронхов и легких (22,6%), на третьем — рак ободочной кишки (9,7%), на четвертом — рак желудка (8,2%), на пятом — рак кожи, прямой кишки, предстательной железы (соответственно 6,4% и 6,4%). Сумма сочетаний вышеперечисленных локализаций ЗНО с ПРПЖ составляет 85,6%.

Нами исследованы основные сочетания лидирующих локализаций ПМЗО у мужчин. Проведенный анализ полинеоплазий (85% всех сочетаний) у мужчин выявил: наиболее часто встречались сочетания опухолей головы и шеи и рака бронхов и легких (7,7%), на втором месте — множественные ЗНО кожи (5,4%), на третьем месте — опухоли головы и шеи с новообразованиями желудка (3,3%), на четвертом — опухоли головы и шеи и рак кожи (3,2%), на пятом — и опухоли бронхов и легких (3,0%), на шестом месте — рак кожи и желудка, и также сочетания опухолей бронхов и легких с ЗНО головы и шеи (2,4 и 2,4%), на седьмом — сочетания новообразований головы и шеи и рака органов мочевыделительной системы (1,9%). Наибольшее количество сочетаний ЗНО у мужчин отмечено между первичными опухолями головы и шеи (4,0%), первичным раком бронхов и легких, желудка и кожи между собой (10,7%). Обращает внимание повышенная частота наблюдений ПМЗО всех лидирующих первичных опухолей в сочетании с опухолями органов мочевыделительной системы у мужчин (8,7%).

Таб. 4.

Структура вторых опухолей при полинеоплазиях у женщин в Республике Татарстан за 1998-2003гг и темпы прироста.

Локализации ЗНО	Средняя величина		Темп роста (%)
	1998-2000	2001-2003	
Голова и шея	2,7±1,2	5,7±0,7	112,5
Пищевод	0,7±0,7	2,5±0,5	257,0
Желудок	9,3±2,3	12,0±0,6	29,0
Ободочная кишка	11,0±4,0	11,7±2,4	6,4
Прямая кишка	5,0±2,6	9,7±1,5	94,0
Печень	2,0±1,2	1,7±0,7	-15,0
Поджелудочная железа	1,7±0,3	4,6±1,8	170,6
Бронхи и легкие	3,7±2,9	7,7±1,7	108,1
Меланома	2,3±1,9	2,0±0,6	-15,0
Кожа	15,3±3,3	39,0±5,1	154,9
Молочная железа	31,7±4,6	34,3±3,8	8,2
Шейка матки	8,0±1,2	6,0±2,0	-25,0
Тело матки	6,0±0,6	15,0±0,6	150,0
Яичники	9,0±1,5	11,7±2,4	30,0
Почка	4,7±0,3	8,7±2,4	85,1
Щитовидная железа	1,7±0,3	1,7±0,3	0
Кровотворн. и лимф. система	2,3±0,3	3,7±0,9	60,9
Прочие	4,3±1,8	2,7±0,9	-37,2
Всего	121,3±17,3	179,7±16,2	48,1

Заключение.

Таким образом, проведенный анализ заболеваемости ПМЗО показал увеличение количества этой патологии в Республике Татарстан за период 1998-2003гг среди больных ЗНО, как среди женского так и среди мужского населения. Соотношение выявленных метастазных опухолей к синхронным — 4:1. Наиболее часто полинеоплазии были зарегистрированы у лиц семидесятилетнего возраста среди обоих полов. Рост заболеваемости ПМЗО обусловлен успехами лечения первичных опухолей и увеличением продолжительности жизни больных. Диспансерное наблюдение, качественное улучшение диагностики и учета ЗНО также способствовало увеличению количества выявленных повторных опухолей таких локализаций, как: рак бронхов и легких, кожи, желудка, опухоли головы и шеи у мужчин, а также рака кожи, молочной железы, эндометрия и яичников, рака желудка, прямой и ободочной кишки у женщин. Именно вышеперечисленные локализации опухолей преобладают среди различных вариаций полинеоплазий, сочетаясь друг с другом и между собой. Столь многообразное проявление этой патологии у больных заставляет глубже изучить эту проблему с учетом возможной взаимосвязи возраста пациентов и структуры повторных опухолей для дальнейшего дифференцированного расчета риска развития полинеоплазий по возрастно-половому признаку.

Организация онкологической помощи в современных условиях

ЧИССОВ В.И., СТАРИНСКИЙ В.В., КОВАЛЕВ Б.Н., ПЕТРОВА Г.В.

Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена

Заболеваемость злокачественными новообразованиями в России ежегодно возрастает, что обусловлено и неблагоприятным направлением демографических процессов в России («постарение» населения) и неблагоприятными в экологии внешней и производственной среды и в социальной сфере. В России состоит на учете более 2 миллионов 200 тыс. пациентов с установленным диагнозом злокачественного новообразования.

Онкологические болезни наносят обществу огромный экономический ущерб — более 90 млрд. рублей в год, а при сохранении нынешних тенденций к увеличению заболеваемости к 2010 г. он может возрасти до 200 млрд. рублей.

Сегодня в России в среднем регистрируется 52,0 случая злокачественных новообразований в час (более 455 тыс. случаев в год). Интенсивный показатель заболеваемости в 2003 г. составил 317,4 на 100 тыс. населения, т.е. за 10 лет прирост составил 15,8%. У 50% из впервые выявленных больных регистрируются запущенные формы злокачественных опухолей (IV ст. и III-визуальн. локализации). Каждая третья злокачественная опухоль, диагностируемая у мужчин, локализуется в органах дыхания. Злокачественные опухоли молочной железы являются ведущей онкологической патологией у женщин.

Около 150 тыс. человек ежегодно признаются инвалидами по онкологическому заболеванию, т.е. каждый третий из вновь регистрируемых. В структуре причин инвалидности утрата трудоспособности по злокачественному заболеванию занимает 2-е место после болезней системы кровообращения — 12,7 против 40,0 на 10 000 населения.

В последнее время здравоохранение России переориентировало свои стратегические задачи. Если несколько лет назад наиболее острыми были вопросы выживания здравоохранения, выплаты заработной платы, оказания неотложной помощи населению, то сегодня обсуждаются вопросы стратегического планирования, развития, координации, упорядочивания работы всего здравоохранения.

Вместе с тем следует отметить, что до настоящего времени в процессе реформирования страны не разработаны государственная политика и стратегия в области охраны здоровья населения, не создано всех необходимых правовых, экономических и социальных условий, которые могли бы обеспечивать улучшение здоровья населения, как важнейшего фактора национальной безопасности и перспектив развития государства. Нужны политические решения и комплексный государственный подход к решению проблем охраны здоровья населения, поскольку усилиями только одной системы здравоохранения решить ее не

возможно. На здравоохранение в РФ ежегодно тратится 2,2% от внутреннего валового продукта, т.е. около 400 млрд. руб., а требуется около 800 млрд. руб. (к примеру, Белоруссия выделяет на здравоохранение 5,6% ВВП).

Планируемые Минздравсоцразвитием реформы определяют показатели повышения эффективности здравоохранения, относящиеся в равной степени к онкослужбе.

Среди основных стратегических направлений развития онкологической службы России следует выделить:

- Формирование единого правового пространства;
- Разработку и внедрение стандартизованных технологий;
- Разработку предложений по лицензированию онкологической деятельности;
- Совершенствование и внедрение эффективной системы профилактики рака;
- Кадровое обеспечение службы;
- Развитие сотрудничества и системы взаимодействия с лечебно-профилактическими учреждениями общего профиля;
- Разработку проблем экономики в онкологии и ее оптимизации;
- Совершенствование управления онкослужбой на федеральном и обеспечение доступной и на должном уровне помощи онкологическим больным в процессе реформирования здравоохранения является актуальнейшей задачей. Намерение сосредоточить специализированную с высокими технологиями помощь, а именно к таковой относится онкопомощь, в территориальных центрах при больших российских расстояниях, может затруднить ее доступность. При этом должно быть обеспечено функционирование всех звеньев онкослужбы с сохранением ее самостоятельности, с финансированием транспортных расходов больных и проживания на период обследования.

Обеспечение качества медицинской помощи в онкологии, как и во всем здравоохранении, требует эффективной системы контроля деятельности лечебных учреждений. В соответствии с концепцией развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации решение этой задачи достигается путем проведения государственного лицензирования отдельных видов деятельности. Это позволяет определить потенциальную готовность соискателя лицензии к выполнению заявленных видов услуг. Государственное лицензирование предполагает оценку возможностей не только государственных медицинских учреждений, но и коммерческих структур.

По нашему мнению, лицензироваться по онкологии могут учреждения, имеющие соответствующую материальную базу, техническое обеспечение и специалистов, прошедших обучение на