

УДК 616-006.04-082(470.341)

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ В НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ. СОСТОЯНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ И ПУТИ ЕЕ УЛУЧШЕНИЯ

С.В. Долгова, А.Н. Денисенко, ГУЗ «Нижегородский областной онкологический диспансер»

Долгова Светлана Вадимовна – e-mail: c-dolgova@rambler.ru

В статье представлены данные о структуре и уровне заболеваемости злокачественными новообразованиями в Нижегородской области, основные показатели онкологической службы. Используются материалы популяционного ракового регистра, государственные статистические отчетные формы. При обработке данных использовались общепринятые в медицинских исследованиях онкологической службы региона на современном этапе пути по улучшению организации онкологической помощи населению.

Ключевые слова: заболеваемость злокачественными новообразованиями, популяционный раковый регистр, онкологическая служба Нижегородской области.

The article offers data on the structure and level of malignancy incidence in Nizhny Novgorod Region and the Cancer Service's basic indicators. Materials of the Population Cancer Register and state statistic report forms have been used. Statistical analysis methods commonly accepted in medical research have been used in data processing. The current status of the Region's Cancer Service and ways to improve public cancer assistance are described.

Key words: malignancy incidence, population Cancer Register, cancer Service of Nizhny Novgorod Region.

Обеспокоенность и повышенное внимание к онкологии – одна из характерных черт здравоохранения всех развитых стран. Это обусловлено устойчивой тенденцией роста онкологической заболеваемости, которая достигла довольно высоких показателей и в обозримом будущем продолжит нарастать.

В структуре онкологической службы Нижегородской области в прошедшем году произошли значительные изменения. С 15.01.10 г. произошла реорганизация ГУЗ «Нижегородский областной онкологический диспансер» путем присоединения (далее ГУЗ НООД) к нему ГУЗ НО «Онкологический диспансер г. Н. Новгород» и ГУЗ НО «Дзержинский онкологический диспансер» (распоряжение

Правительства НО № 2730-р от 03.11.09 г.). Сеть онкологических учреждений представлена ГУЗ НООД на 584 койки (головное учреждение – 239, из них 105 – онкологических (в т. ч. 60 с применением полихимиотерапии (ПХТ), 109 – радиологических, 25 – торакальных, кроме того 6 – реанимационных), филиал № 1 на 235 коек (из них 145 – онкологических (в т. ч. 40 с применением ПХТ), 30 – торакальных, 60 – радиологических, кроме того 6 – реанимационных), филиал № 2 на 110 коек (из них 85 – онкологических, 25 – радиологических), также в составе 10 коек дневного пребывания, и онкоотделениями: Арзамасское – на 30 коек, Павловское – на 54, детским онкологическим отделением на базе ГУЗ «НОДКБ» – на 40 коек.

Кроме того, в ЛПУ общего профиля функционируют 161 онкологическая койка. Таким образом, специализированную онкологическую помощь оказывают на 869 койках (из них 675 – онкологического профиля (коэффициент на 10 тыс. населения составляет 2,1), 194 – радиологического профиля (коэффициент на 10 тыс. населения составляет 0,6)).

Норматив онкологического коечного фонда составляет 4,0 на 10 тыс. населения (данные 7-го Съезда онкологов России, Москва, 2009 г.), таким образом, дефицит коечного фонда онкологической службы составляет 437 коек.

Онкологические больные, получающие лечение в ЛПУ общего профиля, не могут получить комбинированные и комплексные методы лечения, применение которых дает наибольший эффект от лечения при ЗНО большинства локализаций, т. к. ЛПУ не имеют для этого надлежащих возможностей.

В области организована работа 43 онкокабинетов (34 – в районах области, 9 – в Н. Новгороде, из них 6 – в районах города).

В 2009 году в Нижегородской области зарегистрировано 12 608 человек с впервые в жизни установленным заболеванием злокачественного новообразования (ЗНО) (2008 г. – 12 668), интенсивный показатель на 100 тыс. населения – 406,07 (2008 г. – 402,7), по РФ – 341,55 на 100 тыс. населения.

В структуре заболеваемости ЗНО (%)

- 1-е место занимают ЗНО легкого – 11,41;
- 2-е место занимают ЗНО молочной железы – 10,32;
- 3-е место занимают ЗНО кожи – 10,02;
- 4-е место занимают ЗНО желудка – 9,37;
- 5-е место занимают ЗНО ободочной кишки – 6,74.

По итогам 2009 года показатель онкологической заболеваемости увеличился на 0,8%.

За последнее десятилетие в регионе онкологическая заболеваемость выросла на 14,3%.

Регистрируется рост заболеваемости раком: полости рта и глотки – на 2,4%, ободочной кишки – на 20,7%, прямой кишки – на 13,7%, костей и мягких тканей – на 4,3%, меланомой кожи – на 37,7%, др. новообразованиями кожи – на 14,2%, молочной железы – на 23,5%, шейки матки – на 26,2%, тела матки – на 30,8%, яичника – на 5,3%, предстательной железы – на 62,1%, мочевого пузыря – на 26,2%, щитовидной железы – на 50,9%, лимфатической и кровеносной ткани – на 27%, поджелудочной железы – на 17,1%, почки – на 44,1%, головного мозга – на 35,9%.

Снижение заболеваемости раком губы на 30,6%, пищевода на 18,4%, желудка на 20,0%, легкого на 9,5%.

Среди всех заболевших мужчин было 46,6%, женщин – 53,4%.

Заболеваемость женского населения составила 393,66 (2008 г. – 389,25) на 100 тыс. женского населения (РФ – 339,6), мужского 421,27 (2008 г. – 419,18) на 100 тыс. мужского населения (РФ – 343,9). Среди всех заболевших доля лиц старше 50 лет составляет 86,3%.

Из всех заболевших городских жителей было 78,7%, сельских – 21,3%.

Одним из основных параметров, определяющих прогноз онкологического заболевания, является степень распространенности опухолевого процесса на момент диагностики. Кроме того, популяционный показатель запущенности (т. е. частоты диагностирования новообразований при наличии распространенного опухолевого процесса) является одной из основных характеристик состояния диагностического компонента помощи онкологическим больным в учреждениях общей лечебной сети и специализированных учреждениях. В 2009 году в Нижегородской области удельный вес больных со злокачественными новообразованиями, выявленных уже при наличии отдаленных метастазов, составил 22,09%, в 2008 г. – 22,15% (РФ – 22,8%).

Наиболее высокая частота выявления больных с запущенной стадией опухолевого процесса таких локализаций, как желудок – 41,74%, ободочная кишка – 30,59%, легкое – 26,41%, пищевод – 24,52%, прямая кишка – 22,97%, яичники – 22,40%.

Показатель запущенности при злокачественных опухолях визуальных локализаций 34,0% (РФ – 29,4%). Обращают на себя внимание крайне высокие цифры запущенности при раке прямой кишки – 76,7%, шейки матки – 42,3%, молочной железы – 40,3%.

Наиболее достоверным показателем качества лечебно-диагностической деятельности ЛПУ по вопросам онкологии является показатель одногодичной летальности. В отчетном году умерло, не прожив года, с момента установления диагноза 4459 человек, что составило 35,20% (в 2008 г. – 37,88%), РФ – 29,9%.

Наиболее высокая одногодичная летальность при ЗНО пищевода – 72,3%, желудка – 61,7%, легкого – 56,9%, полости рта и глотки – 42,2%, ободочной кишки – 39,8%, прямой кишки – 35,7%, мочевого пузыря – 33,1%, костей и мягких тканей – 30,4%, яичника – 29,5%.

Высокие показатели запущенности и одногодичной летальности свидетельствуют о низком уровне диагностики ЗНО, недостатках в проведении профилактических мероприятий, недостаточной подготовке врачей общей лечебной сети по вопросам онкологии.

Соотношение показателей одногодичной летальности и запущенности 35,20% и 22,09% свидетельствует о весьма высокой частоте клинических ошибок в оценке распространенности опухолевого процесса.

В 2009 году специальное лечение получили 7351 человек, что составило 58,3% от числа впервые зарегистрированных онкобольных (2008 г. – 52,9%), РФ – 52,2%,

5,7% – продолжают лечение в отчетном году,

3,5% – отказались от лечения (РФ – 3,8%), из них с 1–2-й ст. заболевания – 37,8% (РФ – 37,1%),

10,4% имели противопоказания к проведению лечения (РФ – 8,7%), из них с 1–2-й ст. заболевания – 30,5% (РФ – 28,6%).

Из числа закончивших специальное лечение лечились только амбулаторно 16,3% (РФ – 14,5%).

Показатели, количественно определяющие долю больных, завершивших специальное лечение, существенно отличались для контингентов с новообразованиями различных нозологических групп.

Как и в предыдущие годы, наиболее часто в лечении онкологических больных используется хирургический метод лечения – 53,9% (РФ – 46,0%) случаев, комбинированный или комплексный – 27,9% (РФ – 32,2%) случаев, только лучевой – 8,2% (РФ – 13,9%), лекарственный – 7,5% (РФ – 5,0%), химиолучевой – 2,5% (РФ – 2,9%).

В ходе целевых профилактических мероприятий было выявлено 1403 онкобольных, что составило 11,13% от количества онкобольных с впервые в жизни установленным диагнозом ЗНО (2008 г. – 10,67%), РФ – 12,2%.

Доля больных ЗНО, выявленных при профилактических осмотрах, наиболее высока при следующих локализациях: шейка матки – 28,71%, легкое – 25,99%, нижняя губа – 22,83%, молочная железа – 19,52%, новообразования кожи – 19,32%, щитовидная железа – 17,36%.

В 2009 году умерло от ЗНО 7066 человек, показатель смертности составил 217,24 на 100 тыс. населения (2008 г. – 218,13), РФ – 201,19. По итогам 2009 года уровень смертности от ЗНО уменьшился на 0,4%.

В структуре смертности:

- 1-е место занимают ЗНО легкого – 16,37%,
- 2-е место занимают ЗНО желудка – 14,18%,
- 3-е место занимают ЗНО молочной железы – 8,0%,
- 4-е место занимают ЗНО ободочной кишки – 7,47%,
- 5-е место занимают ЗНО прямой кишки – 5,77%.

На диспансерном учете в онкологических учреждениях области состоят 8026 человек, что составило 2467,57 на 100 тыс. населения (РФ – 1834,6).

Основной объем контингентов больных формируется из пациентов с новообразованиями молочной железы – 16,8%, прямой и ободочной кишки – 11,0%, кожи – 8,8%, тела матки – 7,8%, желудка – 6,5%, трахеи, бронхов, легкого – 6,6%, шейки матки – 5,5%.

Анализируя основные показатели онкологической службы за 2009 год регистрируется рост заболеваемости на 0,8%, показатель активной выявляемости вырос на 0,5%.

Регистрируется снижение уровня смертности от ЗНО на 0,4%, показателя одногодичной летальности на 2,7%.

Показатель запущенности практически не изменился.

По-прежнему высоким остается уровень накопления контингентов, показатель пятилетней выживаемости 54,3% (РФ – 50,4%).

Тем не менее сложившееся положение в системе оказания медицинской помощи онкологическим больным, уровень лечебно-профилактических мероприятий по раннему выявлению онкологических заболеваний не удовлетворяет возрастающим потребностям населения.

Большую актуальность приобретает своевременное выявление и лечение больных на ранних стадиях заболевания, что является не только средством улучшения качества жизни и ее продления, но и способом сокращения затрат.

Концепцией развития здравоохранения до 2020 года предусматриваются задачи, к решению которых должна быть привлечена не только онкологическая, но и общечебная служба, первичное звено здравоохранения. Это:

- скрининг, мониторинг, диспансерное наблюдение;
- снижение смертности населения от онкологических заболеваний и влияние на увеличение продолжительности жизни;
- формирование здорового образа жизни населения;
- повышение качества и доступности онкологической помощи.

Решение данных задач потребует стандартизации медицинской помощи, переоснащения материально-технической базы, обеспечения лекарственными средствами, осуществления единой кадровой политики, внедрения информационных систем.

Минздравсоцразвития с 2009 года начало реализацию Национальной онкологической программы, рассчитанной до 2015 года. Программа предусматривает мероприятия по профилактике, ранней диагностике, оптимизации маршрутов пациентов на разных этапах-уровнях.

Первый уровень: проведение профилактических осмотров специалистами первичного звена, участковыми, семейными врачами, медицинским персоналом «первичного контакта» (гинекологами, урологами, отоларингологами и т. д.), проведение программ массового скрининга среди населения (цитологические исследования на опухоль шейки матки, изучение маркеров опухолевого роста (ПСА – на рак предстательной железы, СА-125 – на рак яичника), инструментальные методы диагностики: цифровая флюорография, маммография, УЗИ – для молочной, щитовидной, предстательной железы, легких, почек и других органов.

Второй уровень: передача данных о каждом подозрительном или выявленном случае злокачественного заболевания в первичные онкологические кабинеты, основные функции которых заключаются во взаимодействии с онкодиспансерами и направлении пациентов на обследование и лечение.

Третий уровень: направление пациента с выявленным или подозрительным на злокачественное заболевание диагнозом в консультативно-диагностический отдел регионального (территориального) онкологического диспансера, где должен быть использован весь спектр диагностических исследований, а также проведен необходимый комплекс противоопухолевого лечения, как в амбулаторных (стационар одного дня), так и в стационарных условиях.

Четвертый уровень: направление пациента в случае необходимости более точного дообследования, а также

лечения с применением последних высокотехнологичных методик в окружной онкологический диспансер.

Пятый уровень: федеральные онкологические институты (НИИ МЗСР РФ, РАМН, ФМБА России), наряду с окружными онкодиспансерами, оказывают высокотехнологичные виды медицинской помощи, являются разработчиками основных высоких медицинских технологий, обеспечивают организационно-методическое сопровождение деятельности региональных и окружных онкодиспансеров, осуществляют внедрение новых методов и проводят организационно-методическое руководство службой закрепленных территорий.

Шестой уровень: министерство здравоохранения и социального развития осуществляет контроль над работой всех уровней, тесно взаимодействует с федеральными онкологическими институтами. Следует отметить, что при экспертном совете министерства здравоохранения и социального развития работает рабочая группа по онкологии, куда входят экспертные группы по онкохирургии, по лучевой терапии, по лекарственной терапии и экспериментальной онкологии.

Преимущества предлагаемого порядка оказания медицинской помощи онкологическим больным заключается в четкой маршрутизации процесса выявления, обследования и лечения; в персональной ответственности за выполнение поставленных задач; в обеспечении мониторингования лечения, единой регистрации заболеваемости, смертности; в обеспечении эффективного специализированного лечения на разных уровнях диспансерного наблюдения.

Одной из важных задач Национальной программы является, помимо скрининга, подготовки кадров и материально-технического оснащения онкодиспансеров, выстраивание схемы взаимодействия между лечебными учреждениями.

Концепцией дальнейшего развития здравоохранения предусмотрено совершенствование популяционного ракового регистра, внедрение единой программы его функционирования, интегрирование в единую информационную сеть здравоохранения.

Нижегородская область будет включена в Национальную онкологическую программу в 2011 году.

Несомненно, важным этапом развития онкологической службы является принятие Правительством Нижегородской области Постановления от 04.12.2009 г. № 906 «Об утверждении областной целевой программы «Совершенствование онкологической помощи в Нижегородской области» на 2011–2016 годы». Целью программы является снижение инвалидности и смертности населения от онкологических заболеваний, основными задачами:

- укрепление материально-технической базы государственных специализированных лечебно-профилактических учреждений, оказывающих онкологическую помощь;
- реструктуризация сети лечебно-профилактических учреждений, оказывающих онкологическую помощь;
- повышение эффективности профилактической работы.

Таким образом, проводимые мероприятия являются существенным шагом на пути оптимизации совместной работы учреждений общелечебной сети и онкологической службы и повышения качества оказания онкологической помощи населению.

Необходимым условием для успешной реализации направлений противораковой борьбы является объединение усилий практически всех структур здравоохранения с политическими, финансовыми и промышленными кругами общества при обязательной поддержке правительства.