

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Ассоциация онкологов Северо-Западного
Федерального округа
ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова»
Минздрава России
Научно-методический Совет по развитию
информационных технологий
онкологической службы Северо-Западного
Федерального округа России

Association of Oncology of North-Western
Federal District
Prof. N.N. Petrov Research Institute
of Oncology,
The Scientific-Methodological Council
of the North-West Federal Region
of Russia on Developing of Information
Technologies in Cancer Control

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ В СЕВЕРО-ЗАПАДНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ РОССИИ

Выпуск второй

*Под ред. проф. В.М. Мерабишвили,
проф. А.М. Беляева*

MALIGNANT TUMORS IN THE NORTH-WEST FEDERAL DISTRICT OF RUSSIA

Second Issue

*Ed. by prof. V.M. Merabishvili
and prof. A.M. Belyaev*

Санкт-Петербург
Saint Petersburg

2015

АННОТАЦИЯ

В соответствии с приказом Минздрава России № 420 от 23.12.1996 года «О создании Государственного ракового регистра» НИИ онкологии им. проф. Н.Н. Петрова было поручено «осуществить координацию научно-практических работ по созданию и внедрению раковых регистров в регионах Российской Федерации с закреплением территорий» (п.2.4) Северо-Западного Федерального округа (приложение 2, п.2).

В развитие этого Приказа в НИИ онкологии им. проф. Н.Н. Петрова был организован Научно – методический Совет по развитию информационных технологий онкологической службы Северо-Западного Федерального округа России. В состав Совета вошли руководители онкологических учреждений субъектов Федерации, председателем Научно-методического Совета был назначен В.М. Мерабишвили. Проведенная работа способствовала разработке комплекса компьютерных программ и организации в Северо-Западном регионе 10 популяционных и 3-х госпитальных раковых регистров по стандартам Международной ассоциации раковых регистров (разработка НИИ онкологии им. проф. Н.Н. Петрова и лаборатории медицинской кибернетики ООО «Новелл-СПб»).

Программное обеспечение на этих территориях позволяет осуществлять сбор, накопление и обработку данных по международным стандартам, в том числе и расчет всех видов показателей выживаемости онкологических больных. На трех территориях Северо-Запада России популяционные раковые регистры работают по своим программам. В 2005 году был осуществлен первый выпуск монографии, осветивший динамику основных показателей деятельности онкологических учреждений Северо-Западного Федерального округа России с 1995 по 2003 гг.

Научно-методическим Советом было принято решение издать очередной выпуск коллективной монографии с включением новых данных из БД регистров. Материалы выживаемости онкологических больных представлены по Санкт-Петербургу, Псковской области и республики Карелия.

Сравнительные данные о заболеваемости, контингентах онкологических больных и некоторые аналитические показатели представлены в динамике с 1995 по 2012 гг. по всем территориям Северо-Западного Федерального округа в сравнении со среднероссийскими показателями. По каждой административной территории раскрыты исторические аспекты создания онкологической службы, показаны проблемы и перспективы ее развития.

Материалы монографии подготовлены сотрудниками НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова, Московского Научно – исследовательского онкологического института им. П.А. Герцена, сотрудниками онкологических учреждений административных территорий Северо-Западного Федерального округа России, заведующими кафедрами онкологии высших учебных заведений Санкт – Петербурга.

Картограммы подготовлены д.м.н. И.А. Красильниковым, генеральным директором ООО «Стратег» с применением лицензионного программного обеспечения и картографической основы.

Перевод на английский язык проведен д.м.н. Е.В. Деминым и В.В. Пановой.

Монография предназначена организаторам здравоохранения, врачам-онкологам, аспирантам, ординаторам и студентам.

Ответственный за издание: проф. В.М. Мерабишвили.

Адрес: 197758 Санкт – Петербург, пос. Песочный, ул. Ленинградская, д. 68
тел. (812)439-95-47, e-mail: MVM@niioncologii.ru, Stognym@mail.ru, bogdanova.k@mail.ru

Malignant tumors in the North-West Federal District of Russia. Second edition /
Ed. prof. V.M. Merabishvili, prof. A.M. Belyaev. — SPb, 2015. — 556 p.

ANNOTATION

According to the Order No. 420 (December 23, 1996) of the Ministry of Healthcare of Russia “On organizing of the State Cancer Registry”, the Petrov Research Institute of Oncology is responsible for “carrying out the coordination of scientific and practical work on the creation and implementation of cancer registries in the regions of the Russian Federation with the assigned territories” (item 2.4) of the Northwestern Federal District (Annex 2, item.2).

Due to this Order the Scientific and Methodical Council for the Development of Information Technologies in cancer care facilities of the Northwestern Federal District of Russia was organized in the Petrov Research Institute of Oncology. The Council consists of the heads of cancer care facilities of subordinate entities of the Federation, V.M. Merabishvili was appointed as a chairman of the Scientific and Methodical Council. This work contributed to the development of a set of computer programs and the establishment of 10 population-based and 3 hospital-based cancer registries according to the standards of the International Association of Cancer Registries (developed by the Petrov Research Institute of Oncology and Laboratory of Medical Cybernetics Ltd. SPb “Novel”) in the Northwestern region.

The computer software permits to collect, store and process the data according to the international standards, including the calculation of cancer survival rates. In three territories of the Northwestern Federal District of Russia the population-based cancer registries function according to their programs. The first edition of the monograph was published in 2005; the dynamics of operating rate of cancer care facilities of the Northwestern Federal District of Russia from 1995 to 2003 was described in it.

The Scientific and Methodical Council took the decision to publish the second edition of the monograph with the inclusion of new data from the database registers. The materials concerning cancer patient survival are presented as for St. Petersburg, Pskov region and the Republic of Karelia.

Comparative data on the incidence, the contingents of cancer patients and some analytic rates are presented in dynamics from 1995 to 2012 in all territories of the Northwestern Federal District compared to average rates in Russia. For each administrative territory the historical aspects of oncology service establishment are discussed, the problems and perspectives for further development are revealed.

The materials of the monograph are prepared by the staff of the Petrov Research Institute of Oncology, the Herzen Research Institute of Oncology (Moscow), by the staff of cancer care facilities of the administrative territories of the Northwestern Federal District of Russia, by the Heads of Oncology Departments of St. Petersburg universities.

Cartograms have been prepared by M.D. Krasilnikov I.A., General Director of Ltd.”Strateg”, with the use of licensed software products and cartographic basis.

English translation was performed by Prof. E.V.Demin, V.V. Panova.

The monograph is recommended for health professionals, oncologists, PhD students, residents and students.

Responsible for the edition: prof. V.M. Merabishvili

Address: 197758 Saint Petersburg, Pesochny, Leningradskaya str. 68

Tel. (812) 439-95-47

e-mail: MVM@niiioncologii.ru, Stognym@mail.ru, bogdanova.k@mail.ru

СОДЕРЖАНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ	6	PREFACE
РАЗДЕЛ I. ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В СЕВЕРО-ЗАПАДНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ РОССИИ	9	SECTION I. THE DEMOGRAPHIC SITUATION IN THE NORTH-WEST FEDERAL DISTRICT OF RUSSIA
<i>В.М. Мерабишвили, А.М. Беляев, В.В. Старинский, Г.В. Петрова, О.П. Грецова, Е.В. Демин</i>		<i>V.M. Merabishvili, A.M. Belyaev, V.V. Starinsky, G.V. Petrova, O.P. Gretsova, E.V. Demin</i>
РАЗДЕЛ II. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ СЕВЕРО-ЗАПАДНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА РОССИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ	21	SECTION II. CANCER INCIDENCE IN THE NORTH-WEST FEDERAL DISTRICT OF RUSSIA
<i>В.М. Мерабишвили, А.М. Беляев, В.В. Старинский, Г.В. Петрова, О.П. Грецова, Ю.И. Простов, М.Ю. Простов, И.А. Красильников</i>		<i>V.M. Merabishvili, A.M. Belyaev, V.V. Starinsky, G.V. Petrova, O.P. Gretsova, Yu.I. Prostop, M.Yu. Prostop, I.A. Krasilnikov</i>
РАЗДЕЛ III. АНАЛИТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ	99	SECTION III. ANALYTICAL RATES
<i>В.М. Мерабишвили, В.В. Старинский, Г.В. Петрова, Е.В. Демин</i>		<i>V.M. Merabishvili, V.V. Starinsky, G.V. Petrova, E.V. Demin</i>
РАЗДЕЛ IV. ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ	115	SECTION IV. MALIGNANT NEOPLASMS AMONG CHILDREN
Глава 1. Динамика и структура заболеваемости и смертности детей в Северо-Западном Федеральном округе России	115	Chapter 1. Dynamics and structure of morbidity and mortality of children in the North-West Federal District of Russia
<i>В.М. Мерабишвили, Е.В. Демин, М.В. Стогний, Е.А. Богданова, В.О. Лашин</i>		<i>V.M. Merabishvili, E.V. Demin, M.V. Stogny, E.A. Bogdanova, V.O. Lashin</i>
Глава 2. Кумулятивная наблюдаемая и относительная выживаемость детей (0-14) больных ЗНО в Санкт-Петербурге	130	Chapter 2. Cumulative observed and relative survival of children (0-14) patients with malignant tumors in St. Petersburg
<i>В.М. Мерабишвили, Е.В. Демин, О.Ф. Чепик, М.В. Стогний, Е.А. Богданова, В.О. Лашин</i>		<i>V.M. Merabishvili, E.V. Demin, O.F. Chepik, M.V. Stogny, E.A. Bogdanova, V.O. Lashin</i>
РАЗДЕЛ V. ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ	137	SECTION V. ONCOLOGY SERVICE OF ARKHANGELSK REGION
<i>А.В. Красильников, Е.Ф. Потехина</i>		<i>A.V. Krasilnikov, E.F. Potekhina</i>
РАЗДЕЛ VI. ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ	171	SECTION VI. ONCOLOGY SERVICE OF VOLOGDA REGION
<i>А.Б. Ежов, Н.В. Крюкова, Н.А. Шубин</i>		<i>A.B. Yezhov, N.V. Kryukova, N.A. Shubin</i>
РАЗДЕЛ VII. ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА КАЛИНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ	191	SECTION VII. ONCOLOGY SERVICE OF KALININGRAD REGION
<i>К.И. Поляков, С.В. Корнев, А.Б. Кутлумуратов, И.З. Вайсбейн, М.С. Попов, Е.Ф. Шагмуратова</i>		<i>K.I. Polyakov, S.V. Korenev, A.B. Kutlumuratov, I.Z. Vaysbeyn, M.S. Popov, E.F. Shagimuratova</i>
РАЗДЕЛ VIII. ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА РЕСПУБЛИКИ КАРЕЛИЯ	239	SECTION VIII. ONCOLOGY SERVICE OF THE REPUBLIC OF KARELIA
<i>Е.А. Хидишян, Л.П. Гусенкова</i>		<i>E.A. Khidishyan, L.P. Gusenkova</i>
РАЗДЕЛ IX. ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА РЕСПУБЛИКИ КОМИ	271	SECTION IX. ONCOLOGY SERVICE OF THE KOMI REPUBLIC
<i>Е.Б. Мельников, А.В. Якимов</i>		<i>E.B. Melnikov, A.V. Yakimov</i>
РАЗДЕЛ X. ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ	317	SECTION X. ONCOLOGY SERVICE OF LENINGRAD REGION
<i>Л.Д. Роман, А.И. Крупенчук</i>		<i>L.D. Roman, A.I. Krupenchuk</i>
РАЗДЕЛ XI. ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА МУРМАНСКОЙ ОБЛАСТИ	351	SECTION XI. ONCOLOGY SERVICE OF MURMANSK REGION
<i>Д. А. Коваленко, А. В. Давыденков, Р. С. Пономарев, Г. Н. Богдановская, Н. Е. Потапова, А. В. Штыкова</i>		<i>D.A. Kovalenko, A.V. Davydenko, R.S. Ponomarev, G.N. Bogdanov, N.E. Potapov, A.V. Shtykova</i>

РАЗДЕЛ XII. ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА НОВГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ <i>А.Б. Петров, Т.В. Чистякова</i>	385	SECTION XII. ONCOLOGY SERVICE OF NOVGOROD REGION <i>A.B. Petrov, T.V. Chistyakova</i>
РАЗДЕЛ XIII. ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА ПСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Т.М. Боровцова, В.Н. Шипаев</i>	405	SECTION XIII. ONCOLOGY SERVICE OF PSKOV REGION <i>T.M. Borovtsova, V.N. Shipaev</i>
РАЗДЕЛ XIV. ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА САНКТ-ПЕТЕРБУРГА	439	SECTION XIV. ONCOLOGY SERVICE OF ST. PETERSBURG
Глава 1. ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России <i>А.М. Беляев, А.М. Щербakov, А.П. Карицкий, Е.В. Демин, В.М. Мерабшвили, М.В. Рогачев, А.А. Барчук</i>	441	Chapter 1. Results of Activities and Perspectives for Development of the Petrov Research Institute of Oncology <i>A.M. Belyaev, A.M. Scherbakov, E.V. Demin, A.P. Karitsky, V.M. Merabishvili, M.V. Rogachev, N.N. Taranda, A.A. Barchuk</i>
Глава 2. ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер» <i>Г.М. Манихас, М.К. Сереброва, Н.А. Ярош</i>	461	Chapter 2. Results and perspectives of SPB GBUZ «Municipal Clinical Oncology Dispensary» <i>G.M. Manikhas, M.K. Serebrova, N.A. Yarosh</i>
Глава 3. ГБУЗ «Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический)» <i>В.М. Моисеенко, Д.Е. Мацко, В.О. Иванов, А.Е. Чернобровкина</i>	476	Chapter 3. Results and perspectives of GBUZ «St. Petersburg Clinical Research Center of specialized types of medical assistance (Oncology)» <i>V.M. Moiseyenko, D.E. Matsko, V.O. Ivanov, A.E. Chernobrovkina</i>
Глава 4. Онкологический диспансер Московского района Санкт-Петербурга <i>М.В. Харитонов, А.В. Атрощенко, С.Ю. Кожевников</i>	497	Chapter 4. Results and perspectives of the Moscow district Oncology dispensary of St. Petersburg <i>M.V. Kharitonov, A.V. Atroshchenko, S.Y. Kozhevnikov</i>
Глава 5. Кафедра онкологии Первого Санкт- Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П.Павлова <i>В.В. Семиглазов</i>	503	Chapter 5. Results and perspectives of development of the Department of Oncology, 1st I.P. Pavlov State Medical University of St. Petersburg <i>V.V. Semiglazov</i>
Глава 6. Кафедра онкологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова <i>А.М. Беляев</i>	512	Chapter 6. Кафедра онкологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова <i>A.M. Belyaev</i>
Глава 7. Кафедра онкологии Санкт- Петербургского государственного университета Правительства Российской Федерации (медицинский факультет) <i>Р.В. Орлова</i>	522	Chapter 7. Results and prospects for further development of the Department of Oncology at St. Petersburg State University of the Government of the Russian Federation (Faculty of Medicine) <i>R.V. Orlova</i>
Глава 8. История создания, деятельности и развития Популяционного ракового регистра Санкт-Петербурга (IACR № 211) <i>В.М. Мерабшвили</i>	527	Chapter 8. Aterials for history of creation, activities and development of the population-based cancer registry of Saint Petersburg (IARC №221) <i>V.M. Merabishvili</i>
Глава 9. Общество онкологов Санкт-Петербурга и области. 60 лет существования <i>Е.В. Цырлина, Ю.И. Комаров</i>	544	Chapter 9. 60th anniversary of Scientific Oncology Society of St. Petersburg and Leningrad region <i>E.V. Tsyrlina, Yu.I. Komarov</i>
Глава 10. Общественные противораковые организации в Санкт-Петербурге <i>В.М. Мерабшвили, Е.В. Демин, И.П. Жильцова, И.А. Фоминцев</i>	551	Chapter 10. Social anti-cancer organizations in St. Petersburg <i>V.M. Merabishvili, E.V. Demin, I.P. Zhiltsova, I.A. Fomintsev</i>

ПРЕДИСЛОВИЕ

PREFACE

Постановлением Совета Народных комиссаров СССР от 30 апреля 1945 года за №935 «О мероприятиях по улучшению онкологической помощи населению» и изданием в развитие этого постановления Приказа МЗ СССР №323 от 24 мая 1945 года и №584 от 28 июля 1945 года были определены на длительный период основные направления развития системы онкологической помощи населению и деятельности онкологических учреждений. С 1953 года вводится повсеместная и обязательная регистрация онкологических больных на всей территории страны среди городских и сельских жителей.

Предлагаемый вам второй выпуск монографии «Злокачественные новообразования в Северо-Западном Федеральном округе России» обобщает огромный опыт работы онкологических учреждений Северо-Западного региона России.

Издание монографии осуществлено по решению «Ассоциации онкологов Северо-Западного Федерального округа России» и Совета по развитию информационных систем онкологической службы Северо-Западного федерального округа, созданного по инициативе и при участии сотрудников НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова. Это вторая книга, в которой представлены обширные данные онкологической заболеваемости и смертности по всем административным территориям Северо-Запада. На протяжении многих лет именно в нашем регионе регистрируются наивысшие в стране показатели онкологической заболеваемости и смертности. Именно в нашем регионе впервые в стране внедрены новые информационные технологии, позволяющие исчислять показатели выживаемости онкологических больных по международным стандартам.

По каждой административной территории изложены особенности формирования

On April 30, 1945 according to the Resolution of the Council of People's Commissars of the USSR № 935 «On measures on improvement of cancer care to the population» and the issue of this Resolution of Order №323 of the Ministry of Healthcare of the USSR, May 24, 1945 and №584, July 28, 1945 the principal directions of the development of cancer care system and activity of oncological institutions were defined for a long period.

In 1953, it was introduced a country-wide, compulsory registration of cancer cases among urban and rural residents.

This second edition of the monograph «Malignant tumors in the North-West Federal District of Russia» summarizes the extensive experience of cancer care facilities in the North-West Federal District of Russia.

The monograph is published by the decision of “The Association of Oncologists of the North-West Federal District of Russia” and the Council for the Development of Oncology Information Systems of the North-West Federal District, created on the initiative and with the participation of the staff of the N.N.Petrov Research Institute of Oncology. This is the second edition includes extensive data on cancer incidence and mortality in all administrative territories of the North-West Federal District. For many years the highest rates of cancer incidence and mortality in the country has been registered exactly in this region. In particular in our region for the first time in the country new information technologies are implemented to estimate survival rates of cancer patients according to international standards.

For each administrative territory there are described features of the formation of the provision of cancer care to the popula-

системы оказания онкологической помощи населению, освещена специфика обслуживания и диспансерного наблюдения за онкологическими больными. За период, прошедший с момента первого издания монографии, в онкологических диспансерах расширен конечный фонд, существенно обновлено диагностическое и лечебное оборудование, в Санкт-Петербурге введен в строй новый онкологический клинический центр на 531 койку, в Пскове завершено строительство нового областного онкологического диспансера. На всех административных территориях региона организованы Популяционные и Госпитальные раковые регистры.

В целях совершенствования системы популяционных раковых регистров в России нами проведен опрос руководства онкодиспансеров о состоянии кадрового обеспечения и возможности доступа онкологов к базе данных умерших. Из 80 административных территорий ответы пришли из 76. Было установлено, что практически на 30% нет непосредственно ответственного за деятельность популяционного ракового регистра, почти на 90% регистров нет патологоанатома, в 22 областях у онкологов нет доступа к базе данных умерших (в том числе и на 2-х территориях в СЗФО РФ), что безусловно приводит к искажению государственной отчетности. Вместе с тем, ряд территорий вполне могли бы принять активное участие в международных программах, в том числе и в изданиях МАИР «Рак на пяти континентах».

Настоящая монография представляет существенный вклад в практику онкологической службы, историю онкологии в стране, может быть полезна организаторам здравоохранения, молодым онкологам, экологам и представителям других профессий.

*Председатель научно-методического
Совета по развитию информационных
технологий онкологической службы
СЗФО России
д.м.н., профессор В.М. Мерабишвили*

tion, covered the specifics of care and patient monitoring of cancer patients.

During the period since the first edition of the monograph, in oncology dispensaries there were expanded bed capacity, significantly updated diagnostic and treatment equipment, and in St. Petersburg it was commissioned a new oncological clinical center at the 531 beds, in Pskov it was completed construction of a new regional oncological dispensary. In all administrative areas of the region there have been organized the Population-based and Hospital Cancer Registries.

In order to improve the system of population-based cancer registries in Russia we conducted a survey of the heads of the oncological dispensaries on the state of staffing and oncologists' access to database of died patients. Of the 80 administrative territories the answers came from 76. It was found that practically at 30% there were no directly responsible for a population cancer registry's activities, almost 90% of registers did not have a pathologist, in 22 regions oncologists do not have access to database of died patients (also including 2 territories in North-West Federal District of Russia), which certainly led to a distortion of state reporting. However some territories could take an active part in international programs, including in publications of IARC «Cancer in 5 continents.»

This monograph presents a significant contribution to the practice of oncology service, history of oncology in the country, can be useful to healthcare professionals, young oncologists, ecologists and representatives of other professions.

*Chairman of the Scientific
and Methodological
Council for the Development
of Information
Technologies of Oncology Service of
the North-West Federal District of Russia
Professor V.M. Merabishvili*

РАЗДЕЛ I

ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В СЕВЕРО-ЗАПАДНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ РОССИИ

*В.М. Мерабишвили, А.М. Беляев, В.В. Старинский, Г.В. Петрова,
О.П. Грецова, Е.В. Демин*

SECTION I

THE DEMOGRAPHIC SITUATION IN THE NORTH-WEST FEDERAL DISTRICT OF RUSSIA

V.M.Merabishvili, A.M. Belyaev, V.V.Starinsky, G.V.Petrova, O.P.Gretsova, E.V.Demin

Изучение деятельности онкологической службы невозможно без учета демографической ситуации. Численность населения руководителям онкологической службы нужна в первую очередь для правильного расчета необходимых денежных, кадровых ресурсов, планирования коечного фонда и необходимых объемов профилактических и лечебных мероприятий.

Численность населения Северо-Западного Федерального округа России составляет около 14 млн. человек (табл. 1).

Анализ динамики численности населения в Северо-Западном Федеральном округе показал, что за последние 18 лет численность населения уменьшилась более чем на 1 млн. человек или на 8,7%. В целом по России численность населения за этот период снизилась на 4,6%. Уменьшение численности мужчин проходило более высокими темпами (-10,6%), чем женщин (-6,9%).

В Санкт-Петербурге, Ленинградской и Калининградской областях отмечен прирост численности населения. Максимальная убыль мужского и женского населения выявлена в Республике Коми, Мурманской и Архангельской областях (табл. 2).

The study of the activities of oncology service is impossible without taking into account the demographic situation. For managers of oncology service the population is needed primarily for the correct calculation of the necessary financial, human resources, planning of the number of beds and required preventive and therapeutic measures.

The population of the North-West Federal District of Russia is about 14 million (Table. 1).

Analysis of population dynamics in the North-West Federal District showed that over the past 18 years the population decreased by more than 1 million or 8.7%. In general during this period the Russian population decreased by 4.6%. Reducing the number of men was at a higher rate (-10.6%) than women (-6.9%).

In St. Petersburg, Leningrad and Kaliningrad regions there was marked population growth. The maximum decline in male and female populations was revealed in the Komi Republic, Murmansk and Arkhangelsk regions (Table. 2).

Прежде всего, сравним структуры возраст-но-половых пирамид по России и Северо-Западному Федеральному округу за 2003 и 2012 годы. Наглядно заметно улучшение структуры и наметившийся рост численности детского населения (рис. 1-4). В серии рисунков (рис. 5-15) по всем территориям Северо-Западного Федерального округа представлены возраст-но-половые пирамиды. Для сравнения показан и возраст-но-половой состав населения России. Все данные представляют среднегодовое население на 2012 год. Выявляется общая закономерность – существенное снижение доли лиц младших возрастных групп и нарастание удельного веса лиц нетрудоспособного возраста. Вместе с тем, отмечается некоторое нарастание удельного веса детского населения первой и второй возрастной группы, т.е. заметный выход из демографической ямы 90-х годов, возникшей в связи с распадом СССР и резким ухудшением экономического состояния страны.

Представленное на рисунках возраст-но-половое распределение соответствует международному стандарту ВОЗ и МАИР при публикации данных о заболеваемости и смертности населения. Для оценки показателей смертности от злокачественных новообразований необходимо иметь данные Госкомстата о смертности населения от всех причин смерти. Во-первых, для суждения о роли злокачественных опухолей (их удельном весе) как причины смерти в общей смертности населения и ее отдельных возраст-но-половых группах; во-вторых, для расчета показателей относительной выживаемости (life table system).

Необходимо отметить, что расчеты показателей заболеваемости и смертности (incidence rate) осуществляют на среднегодовое население. Расчеты показателей распространенности (численности контингентов – prevalence rate) на численность населения по состоянию на 1 января следующего за отчетным годом (на 100 000 населения соответствующего пола и возраста).

Несмотря на определенные положительные тенденции с рождаемостью, неблагополучие в демографической ситуации в ближайшие годы сохранится и будет определяться экономическим состоянием страны.

First of all, there were compared structures of age-sex pyramids for Russia and the North-West Federal District for 2003 and 2012. It is clearly noticeable an improvement of the structure and the emerging growth of the child population (Fig. 1-4). There are presented age-sex pyramids in a series of drawings (Fig. 5-15) in all areas of the North-West Federal District. For comparison it is showed also age-sex composition of the Russian population. All data present the average annual population for 2012. It is revealed a general pattern - a significant reduction in the proportion of persons of younger age groups and increase in the proportion of unemployable groups. However there is a slight increase in the proportion of children population of the first and the second age groups, i.e. appreciable yield from "demographic hole" of 90s arisen in connection with the collapse of the USSR and the sharp deterioration of the ecological state of the country.

An age-sex distribution, presented in the figures, is in full accordance with the international standard of WHO and IARC in the publication of data on morbidity and mortality. To estimate the mortality from cancer it is necessary to have data of the State Statistics Committee on mortality from all causes of death: firstly for judgment on the role of malignant tumors (their proportion) as the cause of death in the general population mortality and its separate age-sex groups and secondly for estimation of relative survival rates (life table system).

It should be noted that the estimation of morbidity and mortality (incidence rate) is carried out at an average annual population. Estimations of prevalence rates on the population as of January 1 of the year following the report year (per 100 000 of corresponding age and sex).

Despite some positive trends with birth-rate the trouble in the demographic situation in the coming years will remain and will be determined by the economic condition of the country.

Таблица 1.

**Динамика численности населения
Северо-Западного Федерального округа России (в тыс.)**

	1994	2000	2010	2012	% прироста или убыли
Оба пола	14986,1	14427,4	13436,9	13688,9	-8,7
Мужчины	7044,7	6752,3	6155,4	6294,7	-10,6
Женщины	7941,4	7675,1	7281,5	7394,2	-6,9

Таблица 2.

**Динамика численности населения по административным территориям
Северо-Западного Федерального округа России (в тыс.)**

Административная территория	1994	2000	2010	2012	% прироста или убыли
Мужчины					
Российская Федерация	69479,5	67990,3	65639,3	66264,9	-4,6
Архангельская область	749,9	702,2	584,4	564,6	-24,7
Вологодская область	637,9	619,7	556,0	551,4	-13,6
Калининградская область	444,3	455,9	441,8	446,3	0,5
Республика Карелия	376,7	361,2	312,8	290,8	-22,8
Республика Коми	610,5	563,6	450,1	418,1	-31,5
Ленинградская область	770,8	771,2	748,2	814,2	5,6
Мурманская область	542,8	486,9	404,4	374,8	-31,0
Новгородская область	342,5	332,3	285,2	281,9	-17,7
Псковская область	384,9	366,6	311,5	305,2	-20,7
Санкт-Петербург	2184,4	2092,7	2061,0	2247,4	2,9
СЗФО	7044,7	6752,3	6155,4	6294,7	-10,6
Женщины					
Российская Федерация	78488,2	77198,8	76275,0	76936,8	-2,0
Архангельская область	790,7	748,7	670,1	643,3	-18,6
Вологодская область	714,8	695,5	657,7	646,0	-9,6
Калининградская область	475,2	491,7	496,1	504,5	6,2
Республика Карелия	413,8	401,6	371,4	347,5	-16,0
Республика Коми	604,1	567,7	501,0	467,1	-22,7
Ленинградская область	893,3	891,6	881,3	928,3	3,9
Мурманская область	554,2	507,8	432,3	409,3	-26,1
Новгородская область	402,3	390,8	355,4	345,8	-14,0
Псковская область	449,9	428,2	377,0	359,2	-20,2
Санкт-Петербург	2643,1	2551,5	2539,3	2743,2	3,8
СЗФО	7941,4	7675,1	7281,5	7394,2	-6,9

Среднегодовое население 2012 г. Россия

	М		Ж
0-4	4377528	0-4	4155683
5-9	3762805	5-9	3588032
10-14	3396364	10-14	3231760
15-19	3776022	15-19	3615839
20-24	5708195	20-24	5515546
25-29	6262376	25-29	6179628
30-34	5583513	30-34	5647636
35-39	5087564	35-39	5331817
40-44	4589503	40-44	4861983
45-49	4632279	45-49	5151813
50-54	5279361	50-54	6219077
55-59	4480858	55-59	5817559
60-64	3523994	60-64	5010868
65-69	1602836	65-69	2571672
70-74	1989729	70-74	3975347
75-79	1179475	75-79	2709381
80-84	722150	80-84	2073805
85+	308393	85+	1272040
Всего	66264905		76936816

СЗФО 2012

	М		Ж
0-4	373306	0-4	353022
5-9	322800,5	5-9	307387
10-14	286398,5	10-14	270979
15-19	326431	15-19	301701
20-24	564596	20-24	497872
25-29	620073	25-29	591549,5
30-34	557897	30-34	547520,5
35-39	504841,5	35-39	513801
40-44	447328	40-44	468585,5
45-49	449394	45-49	503511,5
50-54	505943,5	50-54	620914
55-59	436164	55-59	600826,5
60-64	345298,5	60-64	523554
65-69	163927	65-69	274286,5
70-74	181283	70-74	382554,5
75-79	110796	75-79	280390
80-84	68444	80-84	215814
85+	29554,5	85+	139053,5
Всего	6294719,5		7394216,5

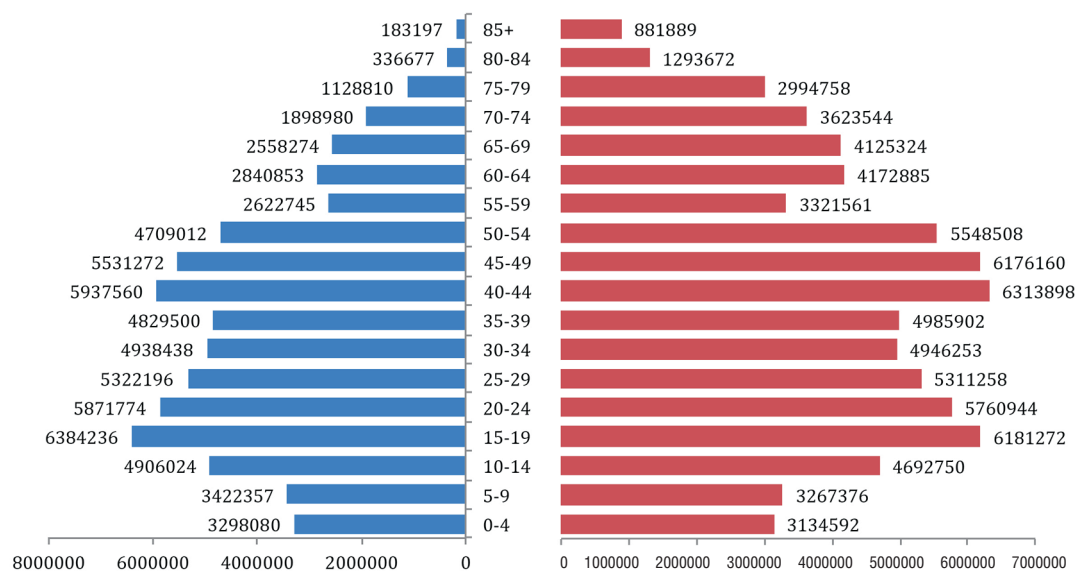


Рис.1. Численность населения России в 2003 г.

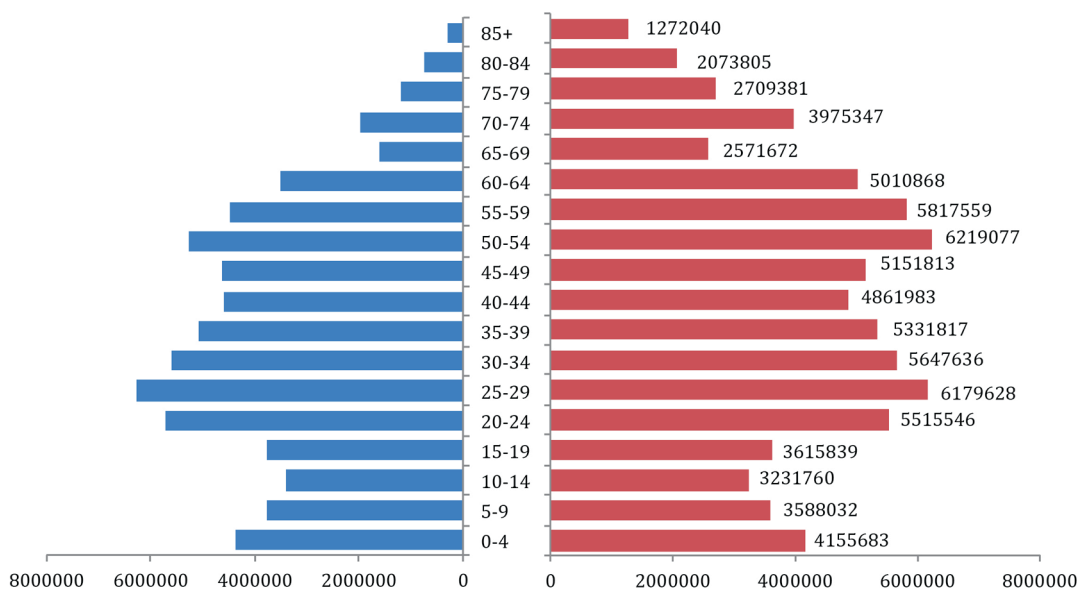


Рис. 2. Численность населения России в 2012 г.

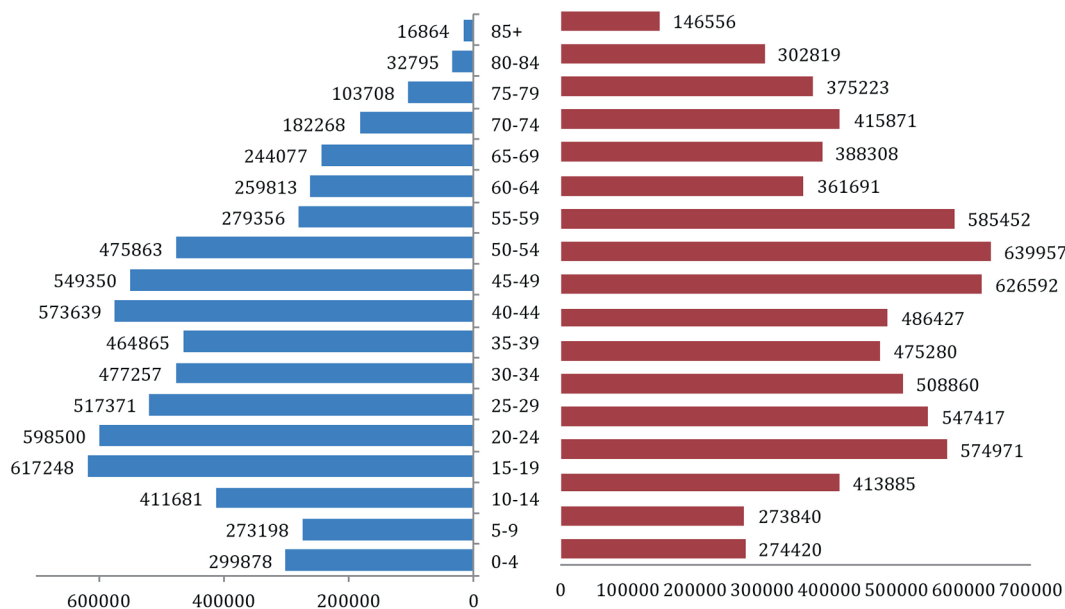


Рис. 3. Численность населения СЗФО в 2003 г.

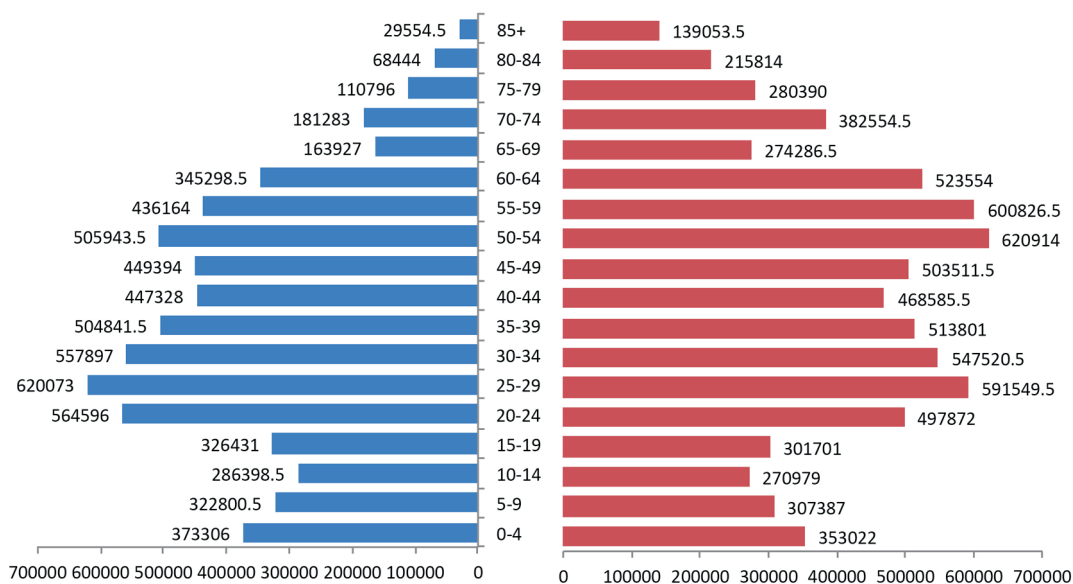


Рис. 4. Численность населения СЗФО в 2012 г.

Архангельская область (2012)

	М		Ж
0-4	37886.5	0-4	36015
5-9	33805	5-9	32052.5
10-14	29503.5	10-14	28034.5
15-19	30494	15-19	28008
20-24	45336.5	20-24	39602
25-29	53186.5	25-29	48706
30-34	49490	30-34	47627.5
35-39	45410.5	35-39	45588.5
40-44	37794.5	40-44	39049.5
45-49	40015.5	45-49	42922.5
50-54	46044.5	50-54	53458
55-59	41605.5	55-59	54602
60-64	30589.5	60-64	44803
65-69	12812	65-69	21545
70-74	15085	70-74	32270
75-79	8440.5	75-79	22263
80-84	5235.5	80-84	16912
85+	1888	85+	9804.5
<i>Всего</i>	<i>564626500</i>		<i>643287500</i>

Вологодская область (2012)

	М		Ж
0-4	37610	0-4	35874
5-9	32423	5-9	31140
10-14	28128.5	10-14	26633.5
15-19	30250.5	15-19	27854
20-24	43276	20-24	42031.5
25-29	52090	25-29	51239
30-34	47305.5	30-34	47208
35-39	41128	35-39	43005.5
40-44	35523.5	40-44	37636.5
45-49	39701.5	45-49	44199
50-54	46581.5	50-54	54737.5
55-59	41119	55-59	53071.5
60-64	30699	60-64	42655
65-69	11609	65-69	18924
70-74	15994.5	70-74	33021
75-79	9553	75-79	23640
80-84	6185.5	80-84	20812.5
85+	2221.5	85+	12251
<i>Всего</i>	<i>551410000</i>		<i>645961000</i>

Калининградская область (2012)

	М		Ж
0-4	27561.5	0-4	25701.5
5-9	23929.5	5-9	23060.5
10-14	21513.5	10-14	20511
15-19	26611	15-19	22812
20-24	45908	20-24	34714.5
25-29	41573.5	25-29	39683
30-34	36671	30-34	36972
35-39	34613	35-39	35987
40-44	31916.5	40-44	33092
45-49	31705	45-49	33792.5
50-54	34301.5	50-54	40709.5
55-59	30195.5	55-59	40014
60-64	24376	60-64	35951.5
65-69	10653.5	65-69	17334.5
70-74	11880.5	70-74	25482
75-79	6977	75-79	17862.5
80-84	4042	80-84	13120
85+	1876.5	85+	7642.5
<i>Всего</i>	<i>446307000</i>		<i>504477500</i>

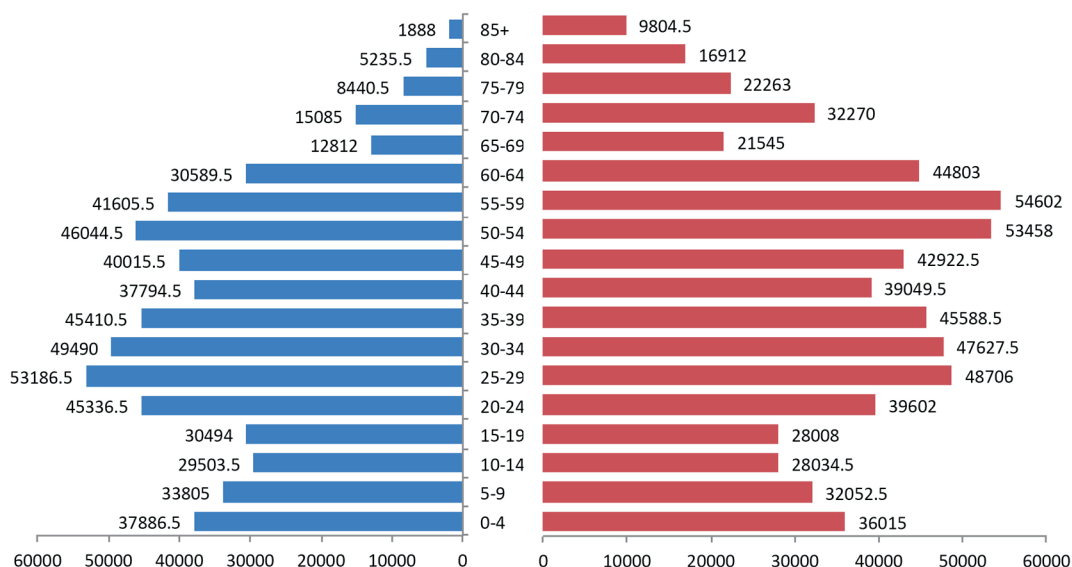


Рис. 5. Численность населения Архангельской области в 2012 году

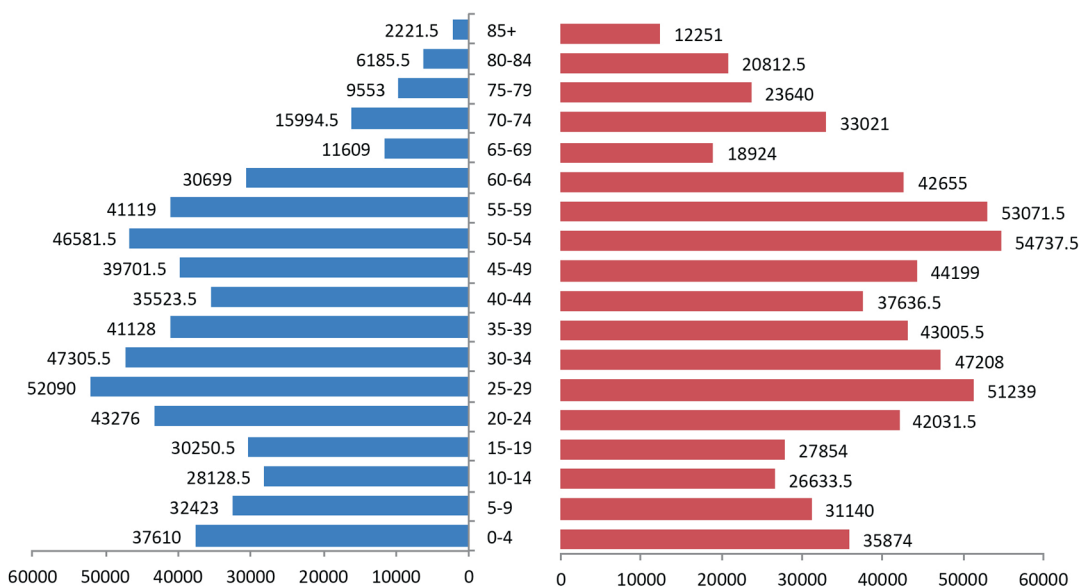


Рис. 6. Численность населения Вологодской области в 2012 году

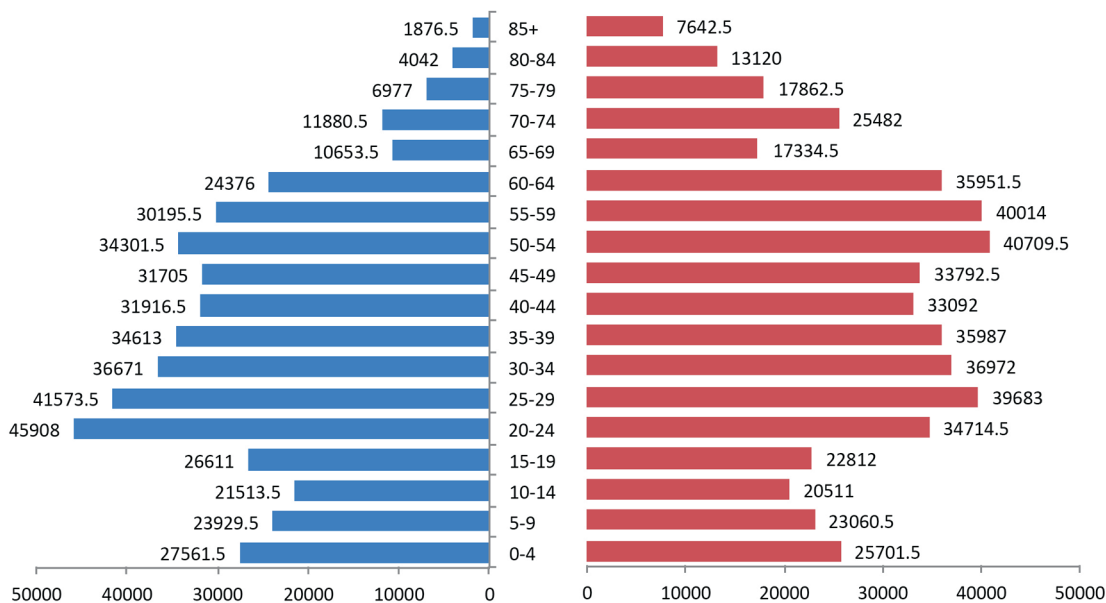


Рис. 7. Численность населения Калининградской области в 2012 году

Республика Карелия (2012)

	М		Ж
0-4	19169.5	0-4	18150
5-9	16970.5	5-9	16158
10-14	15056.5	10-14	14313
15-19	15532.5	15-19	14849
20-24	21316	20-24	21384.5
25-29	26984	25-29	25695.5
30-34	24847.5	30-34	24599
35-39	24090	35-39	24423
40-44	20564	40-44	21936
45-49	21055	45-49	23651.5
50-54	24347.5	50-54	29728.5
55-59	21543.5	55-59	29436.5
60-64	16452	60-64	25258
65-69	6736.5	65-69	11535
70-74	7479	70-74	17453
75-79	4854	75-79	13913.5
80-84	2752	80-84	9718
85+	1085	85+	5257
<i>Всего</i>	290837.5		347469

Республика Коми (2012)

	М		Ж
0-4	29066	0-4	27728
5-9	25955.5	5-9	25050
10-14	23236	10-14	22178.5
15-19	23468.5	15-19	22630
20-24	31263	20-24	27845.5
25-29	41620	25-29	37912
30-34	38451.5	30-34	36499.5
35-39	34958.5	35-39	35402
40-44	30354	40-44	31409
45-49	31864	45-49	34572
50-54	36790	50-54	42910.5
55-59	28552	55-59	37152
60-64	19637	60-64	29309
65-69	6977	65-69	12686.5
70-74	8305	70-74	18451.5
75-79	4653.5	75-79	12465.5
80-84	2174	80-84	8287.5
85+	789	85+	4624.5
<i>Всего</i>	418115		467123

Ленинградская область (2012)

	М		Ж
0-4	41537	0-4	39695
5-9	39390	5-9	37605
10-14	35400,5	10-14	33766,5
15-19	39788	15-19	35370
20-24	73065	20-24	57275
25-29	82968,5	25-29	74480
30-34	73428	30-34	68290,5
35-39	65608,5	35-39	63062,5
40-44	56503	40-44	56220,5
45-49	56626,5	45-49	62269,5
50-54	67483	50-54	80544,5
55-59	59665	55-59	79515
60-64	48137	60-64	69337,5
65-69	21793	65-69	34137,5
70-74	24782,5	70-74	52306,5
75-79	15186,5	75-79	38086,5
80-84	9315,5	80-84	29009,5
85+	3555	85+	17226
<i>Всего</i>	814246		928275

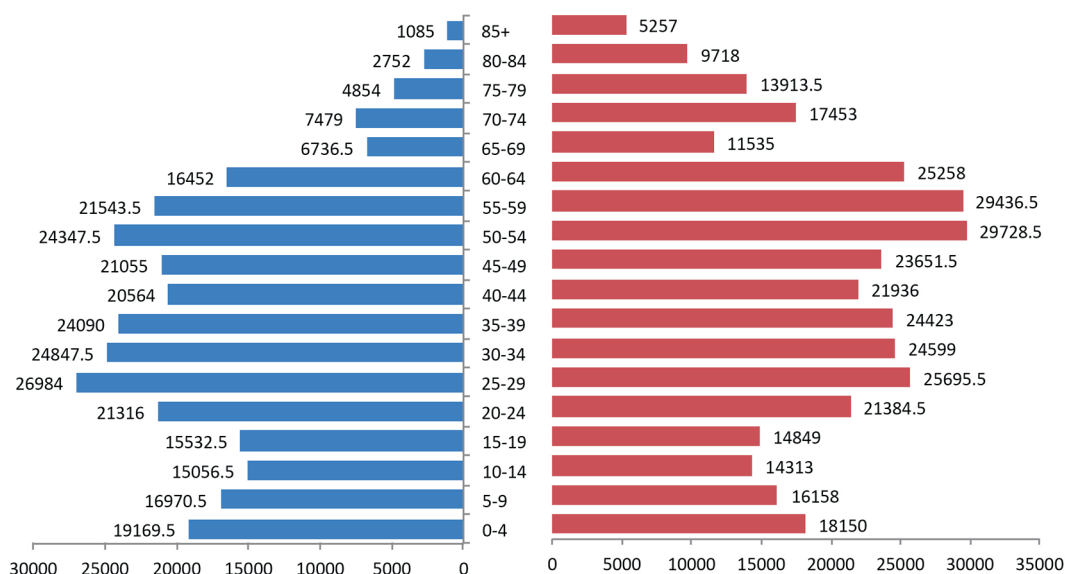


Рис. 8. Численность населения республики Карелия в 2012 году

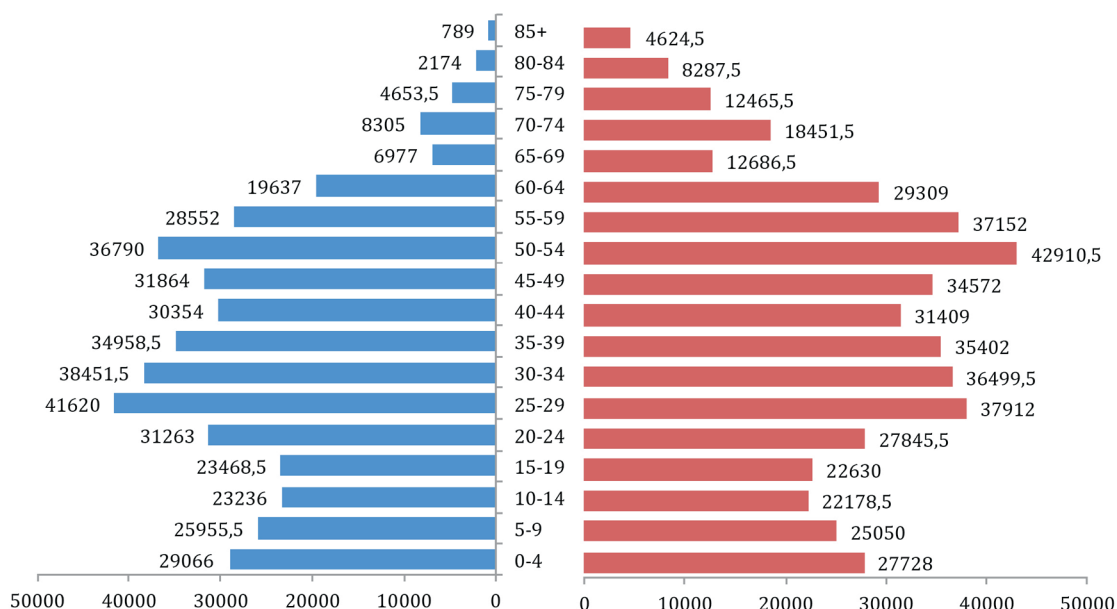


Рис. 9. Численность населения республики Коми в 2012 году

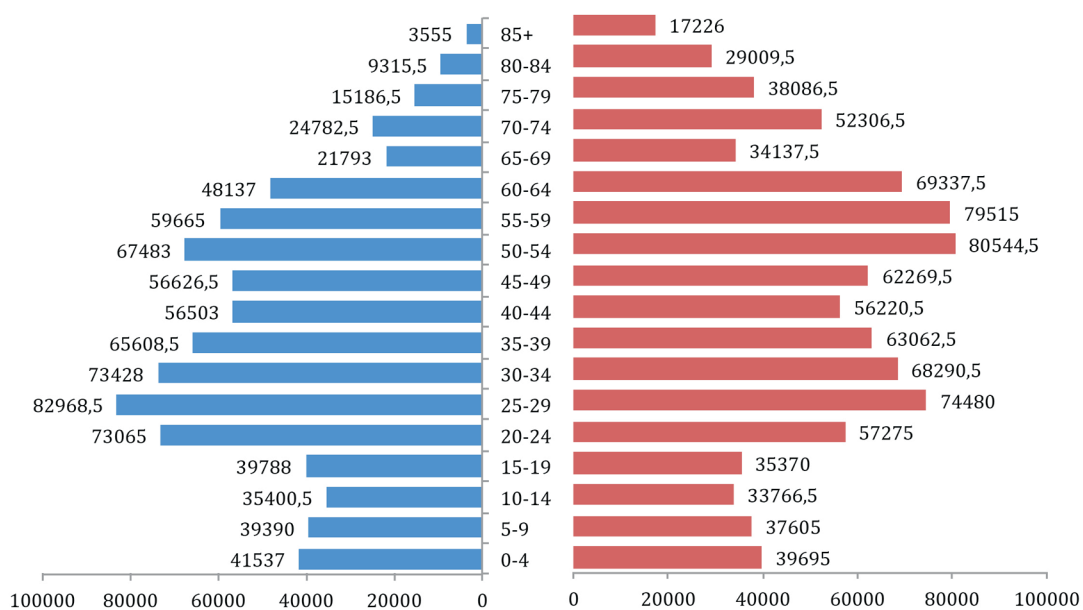


Рис. 10. Численность населения Ленинградской области в 2012 году

Мурманская область (2012)

	М		Ж
0-4	23589	0-4	22128
5-9	21226,5	5-9	20164
10-14	18958	10-14	18011
15-19	20386,5	15-19	16933,5
20-24	37043,5	20-24	24602,5
25-29	38052,5	25-29	33071
30-34	34427	30-34	32614
35-39	32888,5	35-39	32592
40-44	29081	40-44	28315,5
45-49	28176,5	45-49	29724,5
50-54	30247,5	50-54	36290,5
55-59	24686	55-59	33916
60-64	17143	60-64	28027,5
65-69	6829	65-69	13146
70-74	6696	70-74	17865
75-79	3282,5	75-79	11202,5
80-84	1639	80-84	7153
85+	493,5	85+	3563,5
Всего	374847,5		409327

Новгородская область (2012)

	М		Ж
0-4	17980	0-4	16682,5
5-9	15854	5-9	14740
10-14	13741	10-14	12852
15-19	14469,5	15-19	14047
20-24	22124	20-24	21839,5
25-29	26108	25-29	24543,5
30-34	22919	30-34	22846
35-39	21092,5	35-39	21710,5
40-44	18437	40-44	20299,5
45-49	19424,5	45-49	23117,5
50-54	23875,5	50-54	29266,5
55-59	21427,5	55-59	29320,5
60-64	17014	60-64	25476
65-69	7447,5	65-69	12580,5
70-74	9380,5	70-74	20705,5
75-79	5716	75-79	15747,5
80-84	3629	80-84	12749,5
85+	1284	85+	7323,5
Всего	281926,5		345875

Псковская область (2012)

	М		Ж
0-4	17622,5	0-4	16652
5-9	15879	5-9	14834,5
10-14	14005	10-14	13254
15-19	17132	15-19	14524
20-24	28248,5	20-24	21266
25-29	27017,5	25-29	24350,5
30-34	23878	30-34	22435,5
35-39	22163	35-39	22748,5
40-44	20142	40-44	359190
45-49	21527	45-49	359190
50-54	25428	50-54	359190
55-59	22824	55-59	359190
60-64	18893	60-64	359190
65-69	8200	65-69	359190
70-74	10105,5	70-74	359190
75-79	6341,5	75-79	359190
80-84	4036	80-84	359190
85+	1576,5	85+	359190
Всего	305025,5		359190

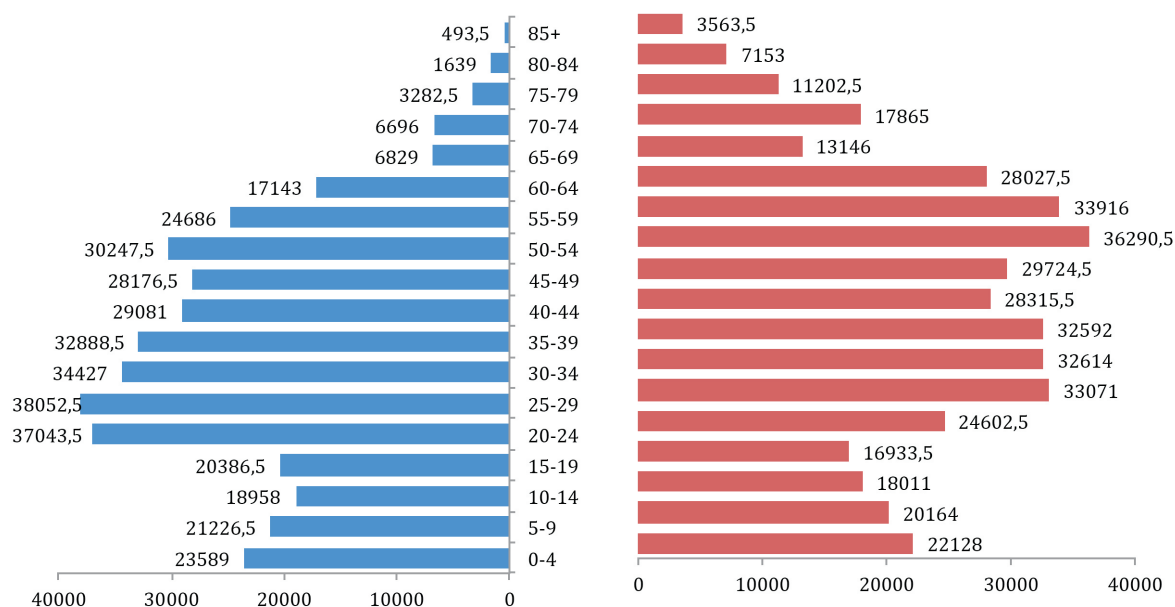


Рис. 11. Численность населения Мурманской области в 2012 году

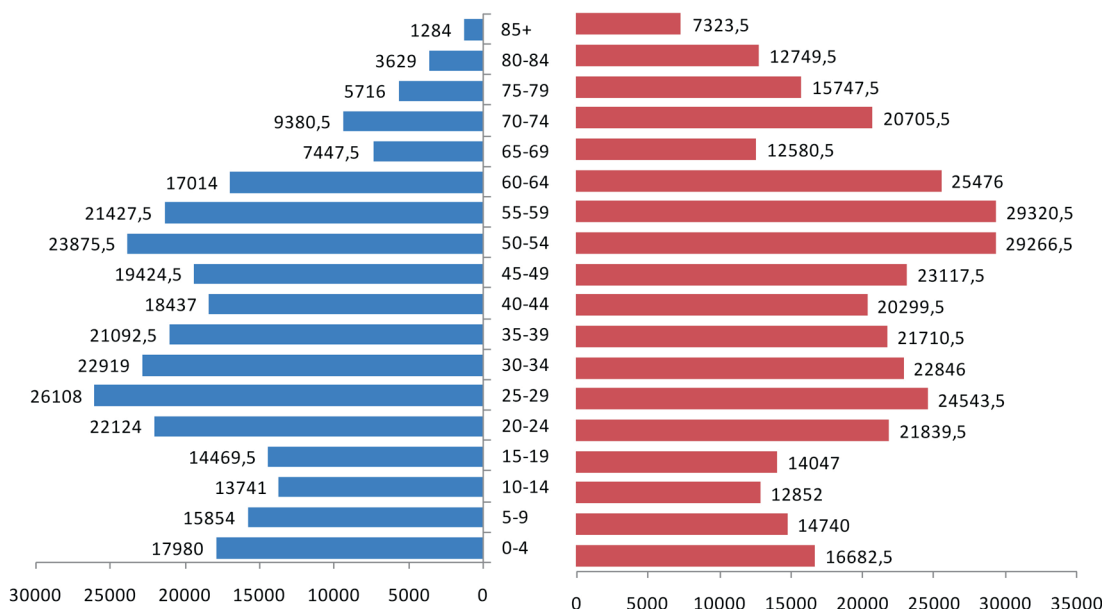


Рис. 12. Численность населения Новгородской области в 2012 году

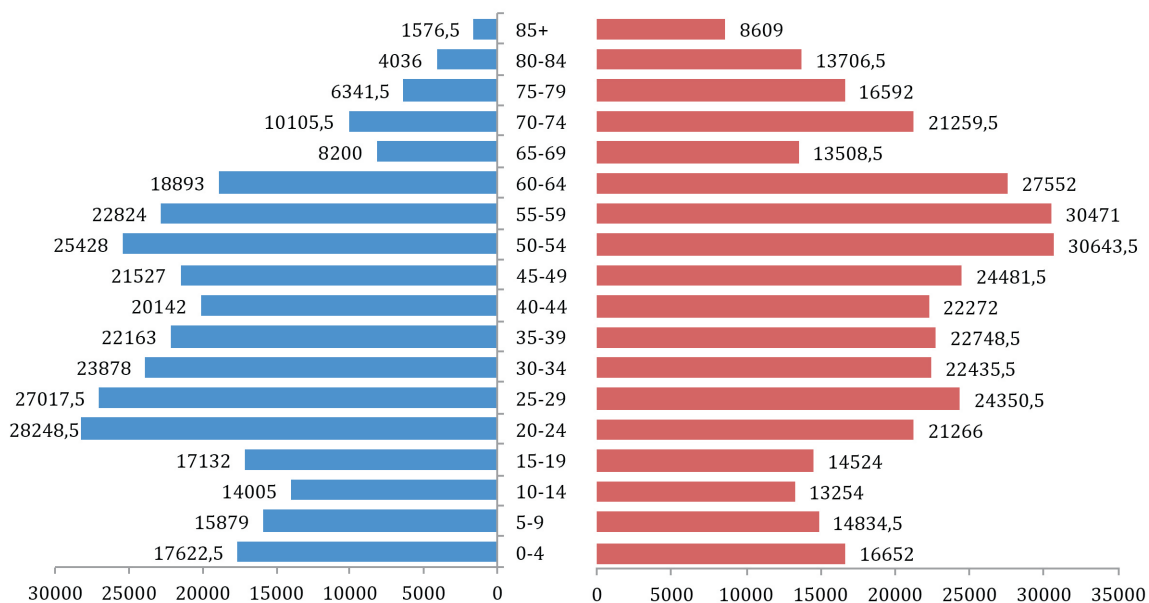


Рис. 13. Численность населения Псковской области в 2012 году

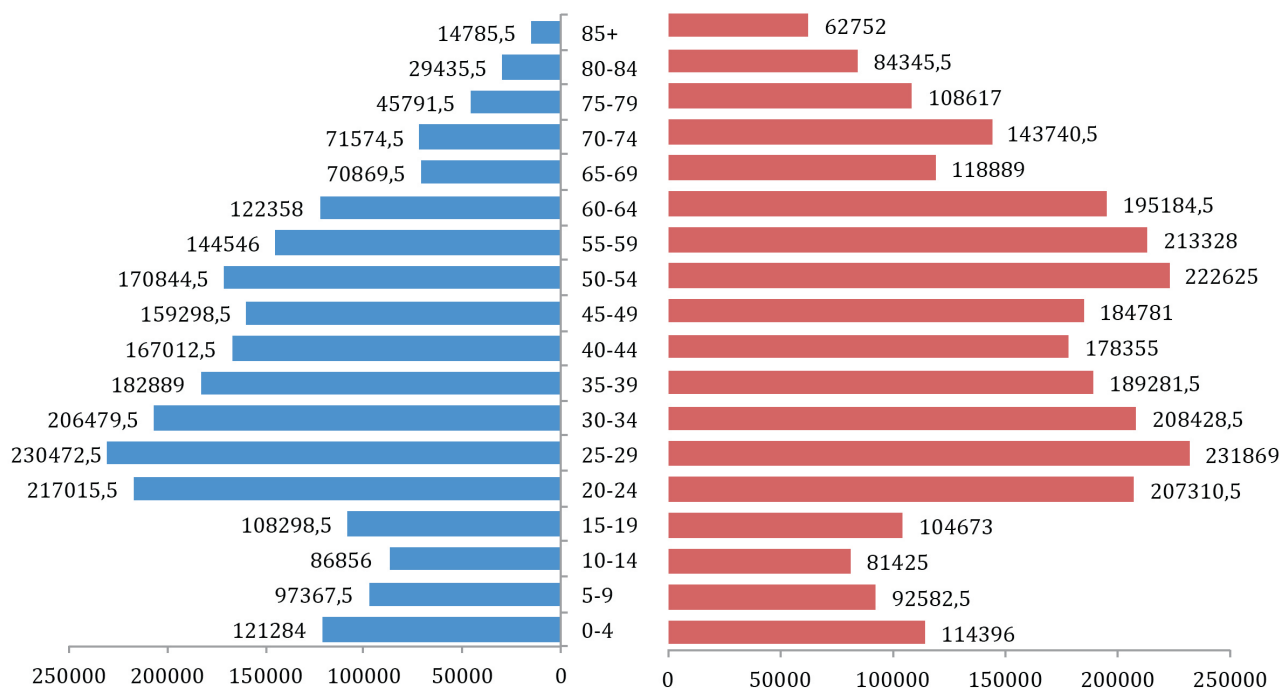


Рис. 14. Численность населения в Санкт-Петербурге в 2012 году

Санкт-Петербург (2012)

	М		Ж
0-4	83834	0-4	78671
5-9	80798	5-9	76082
10-14	123464	10-14	116473
15-19	196961	15-19	180556
20-24	201294	20-24	188562
25-29	165662	25-29	169873
30-34	161229	30-34	167409
35-39	150568	35-39	167785
40-44	179667	40-44	213451
45-49	167093	45-49	214666
50-54	150584	50-54	201653
55-59	112216	55-59	151400
60-64	89818	60-64	133084
65-69	89774	65-69	152995
70-74	66046	70-74	131753
75-79	40473	75-79	110149
80-84	15320	80-84	61445
85+	9680	85+	39804
Всего	2084481		2555811

РАЗДЕЛ II

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ СЕВЕРО-ЗАПАДНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА РОССИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ

В.М. Мерабишвили, А.М. Беляев, В.В. Старинский, Г.В. Петрова, О.П. Грецова, Ю.И. Простов, М.Ю. Простов, И.А. Красильников

SECTION II

CANCER INCIDENCE IN THE NORTH-WEST FEDERAL DISTRICT OF RUSSIA

V.M.Merabishvili, A.M. Belyaev, V.V.Starinsky, G.V.Petrova, O.P.Gretsova, Yu.I.Prostov, M.Yu.Prostov, I.A.Krasilnikov

Заболеваемость

В Северо-Западном Федеральном округе (СЗФО) России регистрируется один из самых высоких в стране уровней онкологической заболеваемости, что в первую очередь связано с высоким удельным весом лиц в пожилых и старческих возрастах. При среднероссийском показателе онкологической заболеваемости населения, равном $373,4^{0}/_{0000}$ (2013), в СЗФО его величина составляет в Новгородской области $455,34^{0}/_{0000}$, Архангельской области $425,44^{0}/_{0000}$, в Псковской области $423,84^{0}/_{0000}$.

В России ежегодно учитывается более 535 тысяч новых случаев злокачественных опухолей, из которых более 50 тысяч (10,0%) регистрируется в СЗФО.

С 1995 по 2013 гг. прирост новых случаев злокачественных опухолей по СЗФО составил 9873 или 22,7% (среднегодовой прирост равен 1,26). В Санкт-Петербурге за тот же период прирост первичных случаев злокачественных опухолей составил 21,6%.

Morbidity

In the North-West Federal District (NWFD) of Russia there is registered one of the highest in the country level of cancer incidence, which is primarily due to the high proportion of persons in the elderly. While the average cancer incidence rate of the population is equal to $373.4^{0}/_{0000}$ (2013), in NWFD its value is in the Novgorod region $455.34^{0}/_{0000}$, the Arkhangelsk region $425.440 / 0000$, in the Pskov region $423.84^{0}/_{0000}$.

In Russia, annually it is estimated more than 535,000 new cases of malignant tumors, of which more than 50,000 (10.0%) are registered in NWFD.

From 1995 to 2013 an increase of new cases of malignant tumors in NWFD was 9873 or 22.7% (average annual increase is equal to 1.26). In St. Petersburg for the same period an increase of new cases of malignant tumors was 21.6%.

It is important to note that of 53,300 malignant tumors, annually registered in

Важно отметить, что из 53,3 тысяч ежегодно регистрируемых в СЗФО злокачественных опухолей, около 50% приходится на Санкт-Петербург и Ленинградскую область.

Уровень «грубых» показателей онкологической заболеваемости у мужчин и у женщин практически не отличается в связи со значительным удельным весом женщин пожилых и старческих возрастов в структуре населения СЗФО, тогда как уровень стандартизованных показателей онкологической заболеваемости у женщин значительно ниже.

Структура онкологической заболеваемости населения Северо-Запада практически не отличается от среднероссийской: на первом месте у мужчин находится рак легкого, на втором — рак предстательной железы, на третьем — рак желудка, у женщин на первом месте рак молочной железы, на втором — злокачественные новообразования кожи, на третьем — рак ободочной кишки. Некоторое различие только по третьему месту, где у мужчин близкие удельные веса рака желудка и ЗНО кожи, а у женщин — рак тела матки и ободочной кишки.

За прошедший период, после публикации в 2005 году первого выпуска монографии «Злокачественные новообразования в Северо-Западном Федеральном округе России», в Санкт-Петербурге вступила в строй новая специализированная клиника на 531 койку — Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический), решен ряд вопросов по улучшению коечного фонда и материального обеспечения специализированных клиник и на других территориях Северо-Западного региона. Вместе с тем, практически повсеместно существует проблема укомплектования кадрами онкологов районных отделений. Сохраняется дефицит в лекарственных препаратах, так как по большинству территорий их

NWFD; about 50% are in St. Petersburg and the Leningrad region.

The level of “crude” of cancer incidence rates in men and women is virtually identical due to the significant proportion of elderly females in the NWFD population, while the level of standardized cancer incidence rates in women is much lower.

The structure of cancer incidence in the NWFD population is virtually identical to the national average: in men the first place belongs to lung cancer, the second place — prostate cancer, the third place — gastric cancer, in women the first place belongs to breast cancer, the second place — malignant malignancies of skin, the third place — colon cancer. There is some difference only in third place where in men close proportions are in gastric cancer and malignant malignancies of skin, and in women — uterine cancer and colon cancer.

Over the past period after the publication in 2005 of the first issue of the monograph “Cancer in the North-West Federal District of Russia”, the St. Petersburg Clinical Scientific-Practical Center of Specialized Types of Medical Care (Oncology) for 531 bed went into operation, there was resolved a number of issues to improve a quantity of beds and material provision of specialized clinics and also in other areas of the North-West region. However, almost everywhere there is a problem of oncologists staffing of district units. There remains a deficit in pharmaceuticals as in most areas their funding is 30% and significantly lags behind required.

Malignant tumors remain the second cause of death in the NWFD population. Database of the Population-based Cancer Registry in St. Petersburg testify the possibility of cure more than 95% of

финансирование составляет 30% и существенно отстает от необходимого.

Злокачественные новообразования остаются второй причиной смерти населения в Северо-Западном Федеральном округе. Материалы ракового регистра Санкт-Петербурга свидетельствуют о возможности излечить более чем 95% онкологических больных, выявленных в I стадии заболевания, тогда как показатель наблюдаемой 5-летней выживаемости онкологических больных, выявленных в IV стадии заболевания, для различных локализаций составляет около 2–15%.

cancer patients registered in I stage of disease, while a 5-year observed survival rate of cancer patients identified in IV stage of disease for different locations is about 2-15%.

Макет картограммы с распределением административных территорий СЗФО

Layout of cartograms with the distribution of administrative districts of Northwestern Federal Region



1	Архангельская область Arkhangelsk region
2	Вологодская область Vologda region
3	Калининградская область Kaliningrad region
4	Республика Карелия Republic of Karelia
5	Республика Коми Komi Republic
6	Ленинградская область Leningrad region
7	Мурманская область Murmansk region
8	Новгородская область Novgorod region
9	Псковская область Pskov region
10	Санкт-Петербург St. Petersburg

Таблица 1.

**Заболееваемость населения (оба пола) Северо-Западного
Федерального округа России. МКБ-10: С00-96 (абсолютные числа)**

Cancer incidence. Abs. no. M+F

Административная территория	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	% прироста	Среднегодовой прирост
Российская Федерация	415545	448602	469195	516874	522410	525931	535887	28,96	1,61
Архангельская область	3929	4008	4099	4758	4911	5010	5092	29,60	1,64
Вологодская область	3853	4018	4218	4296	4230	4232	4323	12,20	0,68
Калининградская область	2604	2717	3325	3384	3442	3371	3232	24,12	1,34
Республика Карелия	1934	2021	2126	2704	2756	2548	2779	43,69	2,43
Республика Коми	2339	2610	2672	2964	3004	3105	3206	37,07	2,06
Ленинградская область	4844	4904	5205	5365	5640	5615	5637	16,37	0,91
Мурманская область	2100	2322	2560	2893	2901	2949	3085	46,90	2,61
Новгородская область	2510	2667	2769	2735	2719	2721	2840	13,15	0,73
Псковская область	2628	2936	2593	2703	2861	2945	2793	6,28	0,35
Санкт-Петербург	16781	17811	18122	18946	19115	19657	20408	21,61	1,20
СЗФО	43522	46014	47689	50746	51579	52153	53395	22,69	1,26

Таблица 2.

**Динамика “грубых” показателей заболеваемости населения (оба пола)
Северо-Западного Федерального округа России. МКБ-10: С00-96**

Cancer incidence. Cr.R. M+F

Административная территория	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	% прироста	Среднегодовой прирост
Российская Федерация	279,2	309,0	330,5	364,22	365,42	367,29	373,42	33,75	1,87
Архангельская область	257,3	276,2	315,8	379,13	402,80	414,77	425,38	65,32	3,63
Вологодская область	285,9	305,5	340,0	353,97	352,54	353,45	361,82	26,55	1,48
Калининградская область	280,2	286,7	352,8	360,80	364,50	354,56	337,04	20,29	1,13
Республика Карелия	246,1	264,9	303,6	395,20	429,87	399,19	437,18	77,64	4,31
Республика Коми	196,0	230,7	269,7	311,62	335,82	350,76	365,84	86,65	4,81
Ленинградская область	290,5	294,9	315,8	329,22	326,72	322,25	320,73	10,41	0,58
Мурманская область	195,3	233,4	294,7	345,77	366,75	376,07	397,69	103,63	5,76
Новгородская область	338,0	368,8	413,5	426,93	430,72	433,44	455,02	34,62	1,92
Псковская область	315,6	369,4	354,9	392,56	427,59	443,40	423,80	34,28	1,90
Санкт-Петербург	350,6	383,5	394,8	411,84	388,02	393,95	401,73	14,58	0,81
СЗФО	292,3	318,92	348,61	377,66	378,06	381,02	388,07	32,76	1,82

Таблица 3.

**Динамика “грубых” показателей заболеваемости населения (мужчины)
Северо-Западного Федерального округа России. МКБ-10: С00-96**

Cancer incidence. Cr.R. Males

Административная территория	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	% прироста	Среднегодовой прирост
Российская Федерация	297,5	317,6	332,8	362,56	363,18	363,61	368,97	24,02	1,33
Архангельская область	273,8	282,1	328,5	382,29	407,62	415,50	430,43	57,21	3,18
Вологодская область	316,1	325,0	352,6	350,37	335,01	341,49	349,51	10,57	0,59
Калининградская область	306,2	290,4	325,5	340,43	346,99	327,80	315,60	3,07	0,17
Республика Карелия	262,6	282,1	314,1	387,45	424,07	390,26	441,84	68,26	3,79
Республика Коми	195,4	236,3	266,8	307,24	334,94	332,44	367,62	88,14	4,90
Ленинградская область	315,4	302,4	307,8	328,50	308,05	310,48	309,69	-1,81	-0,10
Мурманская область	196,6	316,0	263,4	307,64	346,61	351,88	376,31	91,41	5,08
Новгородская область	374,7	380,9	435,6	446,65	421,29	426,00	458,54	22,38	1,24
Псковская область	354,8	396,6	349,4	379,08	413,17	430,46	419,95	18,36	1,02
Санкт-Петербург	341,8	362,6	373,8	383,94	357,49	356,80	368,52	7,82	0,43
СЗФО	301,6	316,4	339,3	363,11	359,52	358,98	371,11	23,05	1,28

Таблица 4.

**Динамика “грубых” показателей заболеваемости населения (женщины)
Северо-Западного Федерального округа России. МКБ-10: С00-96**

Cancer incidence. Cr.R. Females

Административная территория	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	% прироста	Среднегодовой прирост
Российская Федерация	262,9	301,4	328,5	365,64	367,35	370,46	377,26	43,50	2,42
Архангельская область	241,6	270,3	304,6	376,38	398,58	414,14	420,95	74,23	4,12
Вологодская область	259,1	288,1	329,3	357,02	367,48	363,66	372,34	43,71	2,43
Калининградская область	256,0	283,3	377,4	378,94	379,98	378,24	356,01	39,07	2,17
Республика Карелия	231,1	249,5	294,7	401,73	434,71	406,67	433,27	87,48	4,86
Республика Коми	196,7	225,1	272,3	315,56	336,61	367,15	364,24	85,18	4,73
Ленинградская область	269,0	288,5	322,5	329,84	342,97	332,58	330,50	22,86	1,27
Мурманская область	194,0	250,1	324,2	381,45	385,14	398,22	417,31	115,11	6,39
Новгородская область	306,8	358,5	395,5	411,11	438,40	439,50	452,16	47,38	2,63
Псковская область	282,1	346,0	359,5	403,70	439,81	454,39	427,08	51,39	2,86
Санкт-Петербург	357,7	400,6	411,8	434,49	412,91	424,38	429,17	19,98	1,11
СЗФО	284,1	321,17	356,53	389,96	393,80	399,78	402,56	41,70	2,32

Таблица 5.

Динамика стандартизованных (мировой стандарт) показателей заболеваемости населения (мужчины) Северо-Западного Федерального округа России. МКБ-10: С00-96
Cancer incidence. ASR (W). Males

Административная территория	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	% прироста	Среднегодовой прирост
Российская Федерация	273,6	264,7	265,6	279,62	273,53	270,72	271,26	-0,86	-0,05
Архангельская область	290,4	264,2	292,6	320,7	325,35	321	329,29	13,39	0,74
Вологодская область	287,4	269,2	281,1	270,34	249,61	252,76	258,70	-9,99	-0,55
Калининградская область	303,6	256,6	277,6	271,14	273,80	256,62	240,79	-20,69	-1,15
Республика Карелия	269,5	259,0	272,1	321,07	322,37	295,7	330,90	22,78	1,27
Республика Коми	256,2	269,8	300,7	308,02	323,43	304,12	329,68	28,68	1,59
Ленинградская область	277,4	243,0	231,0	239,85	220,77	220,45	214,84	-22,55	-1,25
Мурманская область	277,5	241,8	318,9	338,63	343,75	336,07	355,24	28,01	1,56
Новгородская область	313,8	298,2	310,3	322,63	289,31	292,84	304,84	-2,86	-0,16
Псковская область	278,7	299,8	254,0	261,72	278,21	290,73	280,65	0,70	0,04
Санкт-Петербург	290,6	243,0	263,7	256,04	244,50	243,48	251,55	-13,44	-0,75
СЗФО	281,45	268,92	270,08	274,13	266,38	263,13	269,52	-4,24	-0,24

Таблица 6.

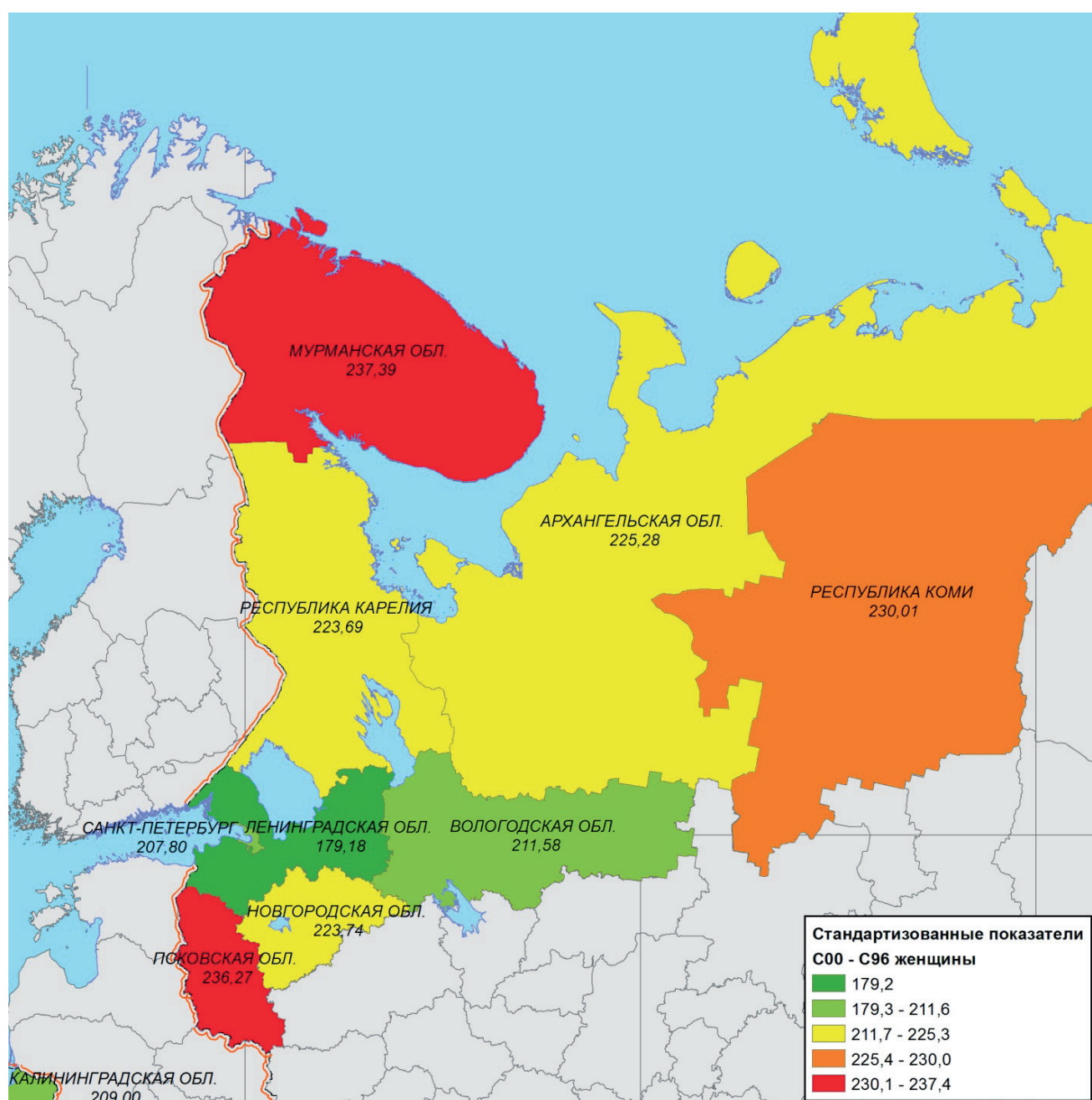
Динамика стандартизованных (мировой стандарт) показателей заболеваемости населения (женщины) Северо-Западного Федерального округа России.
МКБ-10: С00-96
Cancer incidence. ASR (W). Females

Административная территория	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	% прироста	Среднегодовой прирост
Российская Федерация	170,3	183,8	192,8	209,0	207,9	208,5	210,66	23,7	1,3
Архангельская область	168,8	175,4	182,9	218,7	218,5	225,3	224,41	32,9	1,8
Вологодская область	155,5	168,0	192,0	203,2	212,5	211,6	214,54	38,0	2,1
Калининградская область	173,6	171,4	230,9	215,1	216,0	209,0	197,02	13,5	0,7
Республика Карелия	162,8	163,2	180,0	239,3	244,2	223,7	234,98	44,3	2,5
Республика Коми	166,5	167,7	197,4	205,8	216,7	230,0	225,10	35,2	2,0
Ленинградская область	165,1	164,2	177,8	172,5	181,2	179,2	168,36	2,0	0,1
Мурманская область	162,8	179,3	223,7	240,2	233,7	237,4	244,55	50,2	2,8
Новгородская область	175,0	194,2	207,6	219,8	224,3	223,7	225,89	29,1	1,6
Псковская область	163,0	192,3	197,9	215,8	234,6	236,3	215,91	32,5	1,8
Санкт-Петербург	201,9	208,3	208,9	212,7	204,8	207,8	209,70	3,9	0,2
СЗФО	176,00	186,5	200,7	208,2	210,7	211,4	209,88	19,3	1,1



Картограмма 1. Заболееваемость мужского населения Северо-Западного Федерального округа России злокачественными новообразованиями МКБ-10:C00-96

Cancer incidence. Males. ASR (W)



Картограмма 2. Заболеваемость женского населения Северо-Западного Федерального округа России злокачественными новообразованиями МКБ-10:С00-96

Cancer incidence. Females. ASR (W)

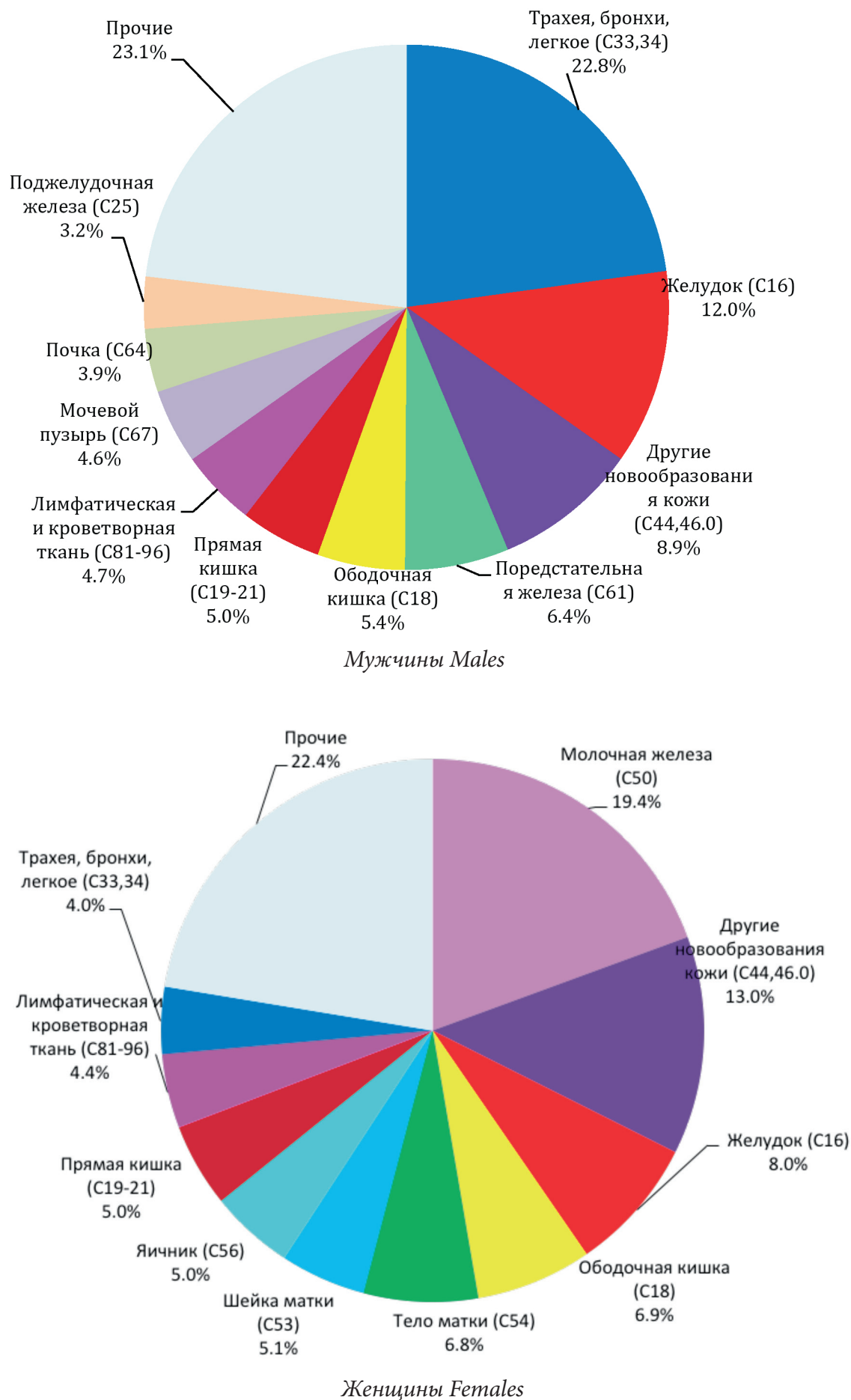


Рис. 1 Структура онкологической заболеваемости населения России в 2003 году

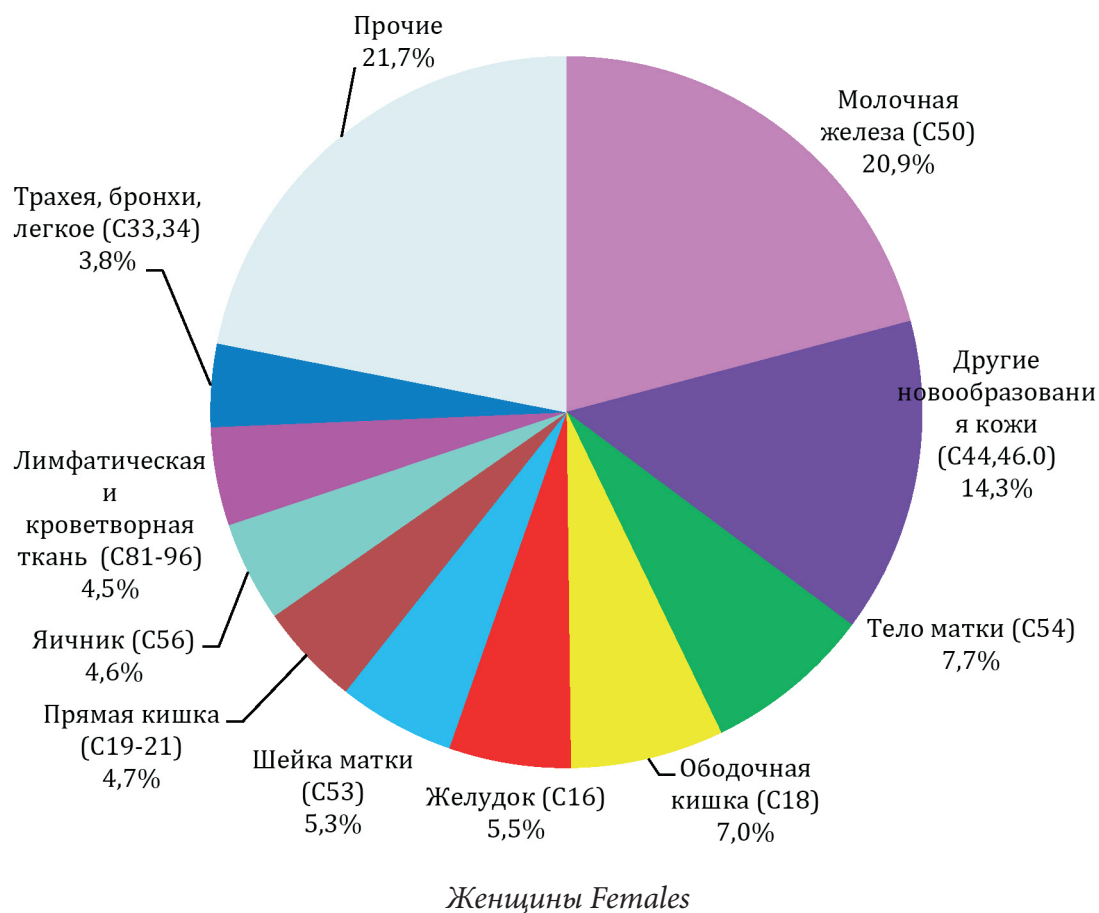
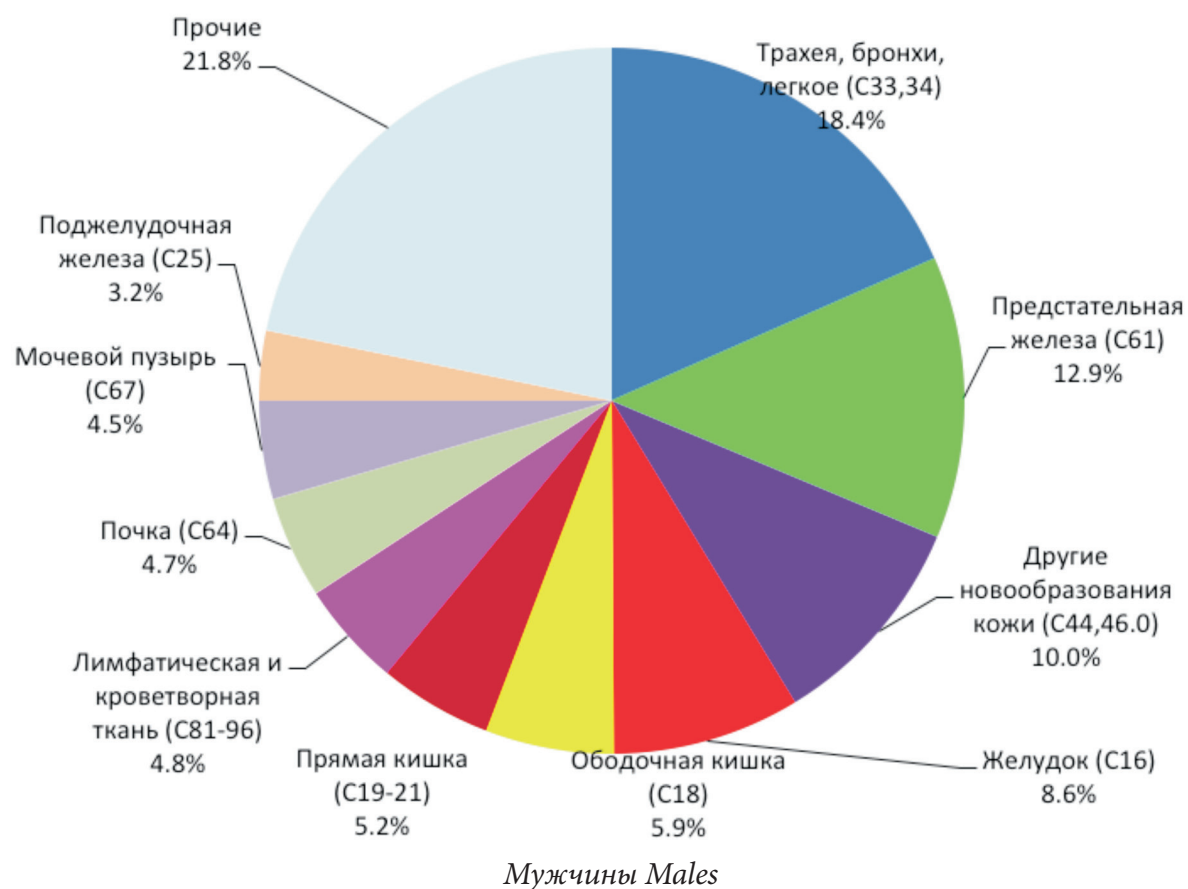


Рис.2. Структура онкологической заболеваемости населения России в 2013 году

Таблица 7.

Структура онкологической заболеваемости населения России в 2013 году
Cancer incidence

№	Мужчины Males					Женщины Females					
	Локализация МКБ-10	Абс. число	"Грубый" показатель	Стандартизованный показатель (мировой стандарт)	%	№	Локализация МКБ-10	Абс. число	"Грубый" показатель	Стандартизованный показатель (мировой стандарт)	%
1.	Трахея, бронхи, легкое (С33,34)	45076	67,83	49,15	18,4	1.	Молочная железа (С50)	60717	78,80	47,05	20,9
2.	Предстательная железа (С61)	31569	47,51	34,62	12,9	2.	Другие новообразования кожи (С44,46.0)	41636	54,03	24,81	14,3
3.	Другие новообразования кожи (С44,46.0)	24502	36,87	26,47	10,0	3.	Тело матки (С54)	22242	28,86	16,75	7,7
4.	Желудок (С16)	21179	31,87	23,04	8,6	4.	Ободочная кишка (С18)	20242	26,27	12,72	7,0
5.	Ободочная кишка (С18)	14550	21,90	15,86	5,9	5.	Желудок (С16)	16114	20,91	10,00	5,5
6.	Прямая кишка (С19-21)	12812	19,28	13,92	5,2	6.	Шейка матки (С53)	15427	20,02	14,17	5,3
7.	Лимфатическая и кроветворная ткань (С81-96)	11858	17,84	14,75	4,8	7.	Прямая кишка (С19-21)	13538	17,57	8,90	4,7
8.	Почка (С64)	11442	17,22	12,75	4,7	8.	Яичник (С56)	13262	17,21	10,87	4,6
9.	Мочевой пузырь (С67)	11113	16,72	12,13	4,5	9.	Лимфатическая и кроветворная ткань (С81-96)	12971	16,83	11,42	4,5
10.	Поджелудочная железа С25)	7724	11,62	8,40	3,2	10.	Трахея, бронхи, легкое (С33,34)	10975	14,24	7,17	3,8
	Прочие	53355			21,8		Прочие	63583			21,7
	ВСЕГО	245180	368,97	271,26	100,0		ВСЕГО	290707	377,26	210,66	100,0

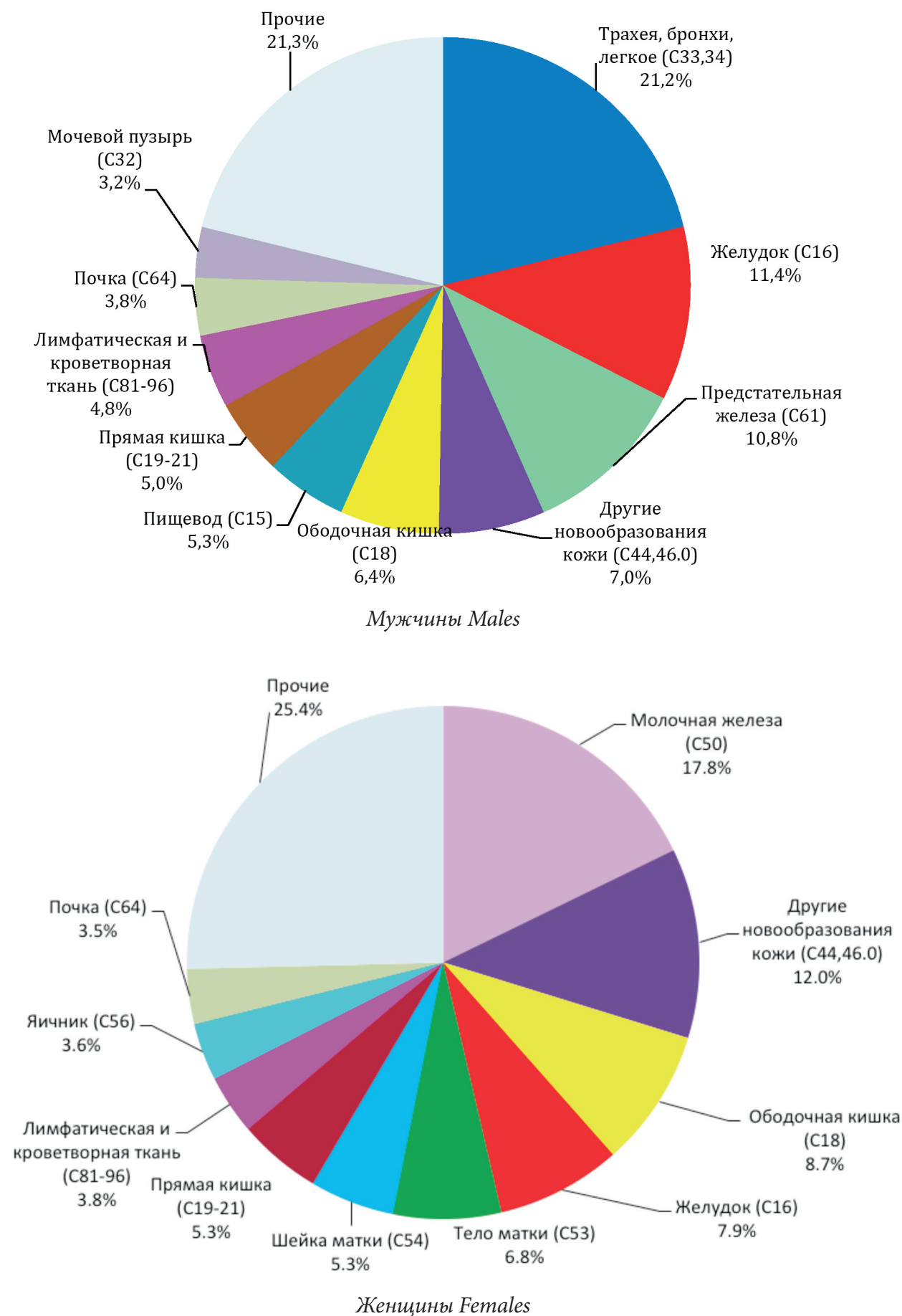


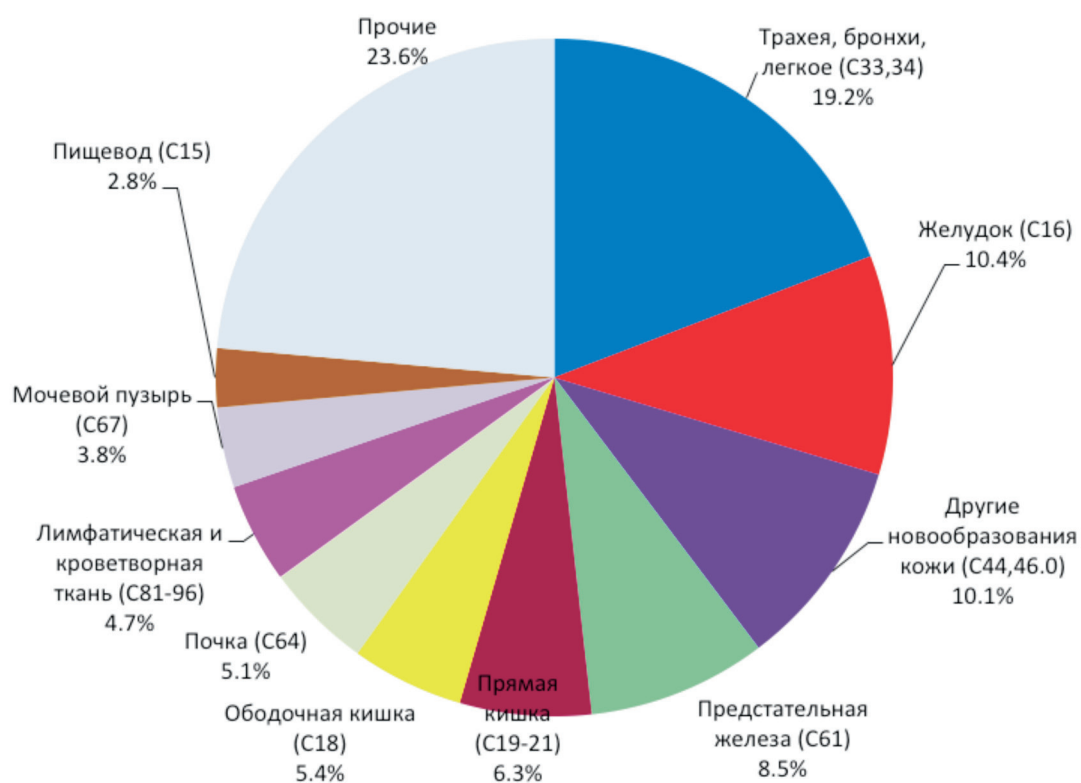
Рис. 3. Структура онкологической заболеваемости населения Архангельской области в 2013 году

Таблица 8.

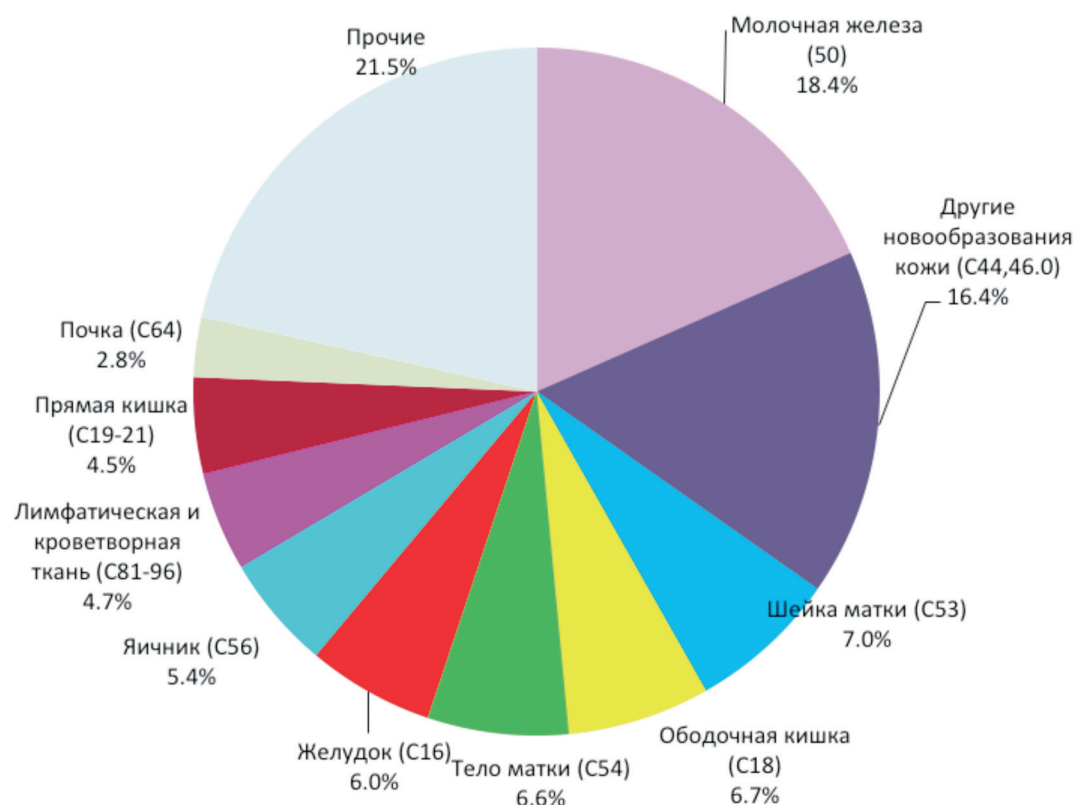
Структура онкологической заболеваемости населения Архангельской области в 2013 году

Cancer incidence

№	Мужчины Males		Женщины Females		№	%	Стандартизованный показатель (мировой стандарт)	Абс. число	"Грубый" показатель	Стандартизованный показатель (мировой стандарт)	Абс. число	"Грубый" показатель	Стандартизованный показатель (мировой стандарт)	%
	Локализация МКБ-10	Абс. число	Локализация МКБ-10	Абс. число										
1	Трахея, бронхи, легкое (С33,С34)	511	91,3	66,9	1	21,2	66,9	477	74,9	44,5	477	74,9	44,5	17,8
2	Желудок (С16)	273	48,8	35,7	2	11,4	35,7	322	50,5	24,3	322	50,5	24,3	12,0
3	Предстательная железа (С61)	261	46,6	37,8	3	10,8	37,8	232	36,4	16,5	232	36,4	16,5	8,7
4	Другие новообразования кожи (С44,46.0)	167	29,8	22,3	4	7,0	22,3	212	33,3	14,9	212	33,3	14,9	7,9
5	Ободочная кишка (С18)	156	27,9	21,5	5	6,4	21,5	183	28,7	15,6	183	28,7	15,6	6,8
6	Пищевод (С15)	128	22,9	17,7	6	5,3	17,7	141	22,1	16,2	141	22,1	16,2	5,3
7	Прямая кишка (С19-21)	119	21,3	16,0	7	5,0	16,0	141	22,1	10,3	141	22,1	10,3	5,3
8	Лимфатическая и кровеносная ткань (С81-96)	115	20,5	17,3	8	4,8	17,3	102	16,0	9,5	102	16,0	9,5	3,8
9	Почка (С64)	91	16,3	12,9	9	3,8	12,9	96	15,1	9,6	96	15,1	9,6	3,6
10	Мочевой пузырь (С67)	79	14,1	10,7	10	3,2	10,7	94	14,8	8,1	94	14,8	8,1	3,5
	Прочие	510				21,3		682			682			25,4
	ВСЕГО (С00-96)	2410	430,4	329,3		100,0	329,3	2682	421,0	224,1	2682	421,0	224,1	100,0
	ВСЕГО (С00-96)	2410	430,4	329,3		100,0	329,3	2682	421,0	224,1	2682	421,0	224,1	100,0



Мужчины Males



Женщины Females

Рис. 4. Структура онкологической заболеваемости населения Вологодской области в 2013 году

Таблица 9.

Структура онкологической заболеваемости населения Вологодской области в 2013 году

Cancer incidence

№	Мужчины Males		Женщины Females		Abs. число	"Грубый" показатель	Стандартизованный показатель (мировой стандарт)	%	№	Локализация МКБ-10	Abs. число	"Грубый" показатель	Стандартизованный показатель (мировой стандарт)	%
	Abs. число	Локализация МКБ-10	Abs. число	Локализация МКБ-10										
1	369	Трахея, бронхи, легкое (С33,34)	67,0	49,1	441	68,5	43,6	19,2	1	Молочная железа (С50)	441	68,5	43,6	18,4
2	201	Желудок (С16)	36,5	26,1	393	61,0	29,2	10,4	2	Другие новообразования кожи (С44,46.0)	393	61,0	29,2	16,4
3	194	Другие новообразования кожи (С44,46.0)	35,2	25,5	169	26,2	21,8	10,1	3	Шейка матки (С53)	169	26,2	21,8	7,0
4	164	Предстательная железа (С61)	29,8	21,7	161	25,0	12,3	8,5	4	Ободочная кишка (С18)	161	25,0	12,3	6,7
5	121	Прямая кишка (С19-21)	22,0	15,6	159	24,7	13,6	6,3	5	Тело матки (С54)	159	24,7	13,6	6,6
6	103	Ободочная кишка (С18)	18,7	14,1	143	22,2	9,8	5,4	6	Желудок (С16)	143	22,2	9,8	6,0
7	99	Почка (С64)	18,0	13,4	129	20,0	13,0	5,1	7	Яичник (С56)	129	20,0	13,0	5,4
8	91	Лимфатическая и кровеносная ткань (С81-96)	16,5	14,3	112	17,4	11,4	4,7	8	Лимфатическая и кровеносная ткань (С81-96)	112	17,4	11,4	4,7
9	74	Мочевой пузырь (С67)	13,4	10,1	109	16,9	8,6	3,8	9	Прямая кишка (С19-21)	109	16,9	8,6	4,5
10	54	Пищевод (С15)	9,8	7,3	68	10,6	6,1	2,8	10	Почка (С64)	68	10,6	6,1	2,8
	454	Прочие			515			23,6		Прочие	515			21,5
	1924	ВСЕГО (С00-96)	349,5	258,7	2399	373,3	214,5	100,0		ВСЕГО (С00-96)	2399	373,3	214,5	100,0

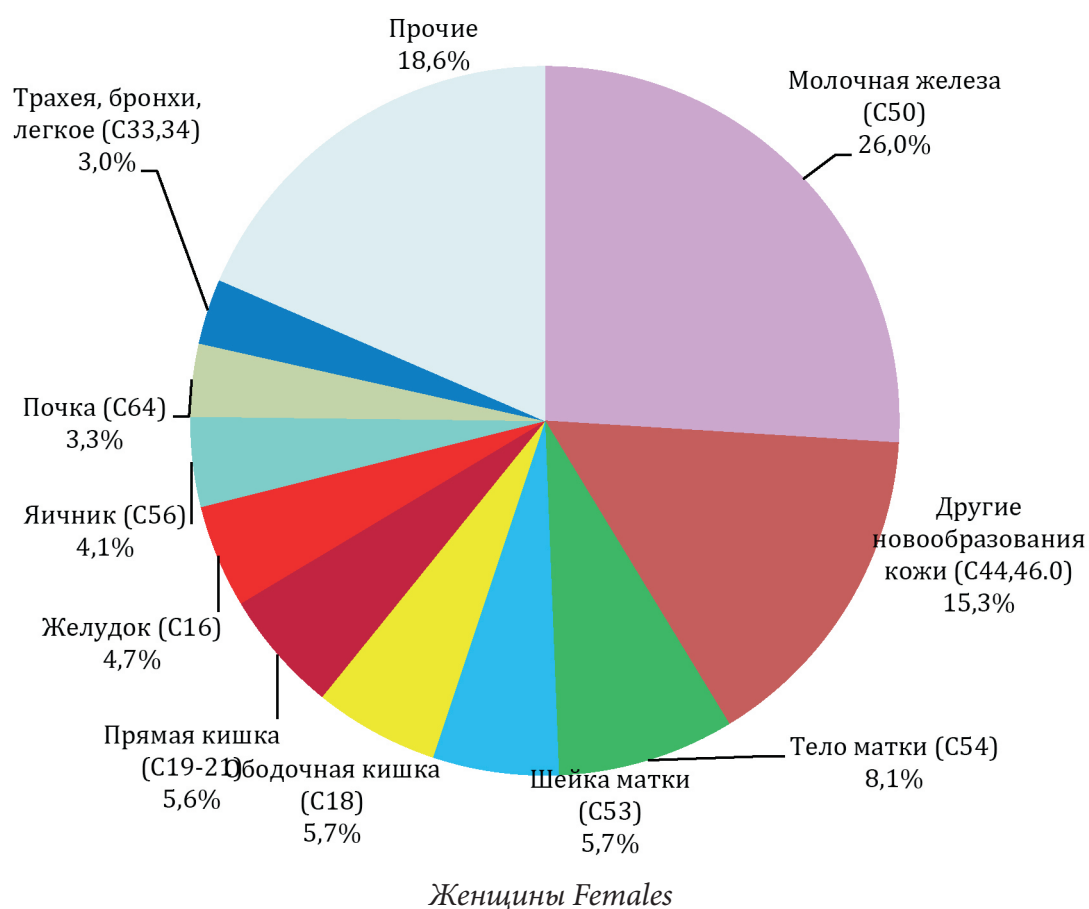
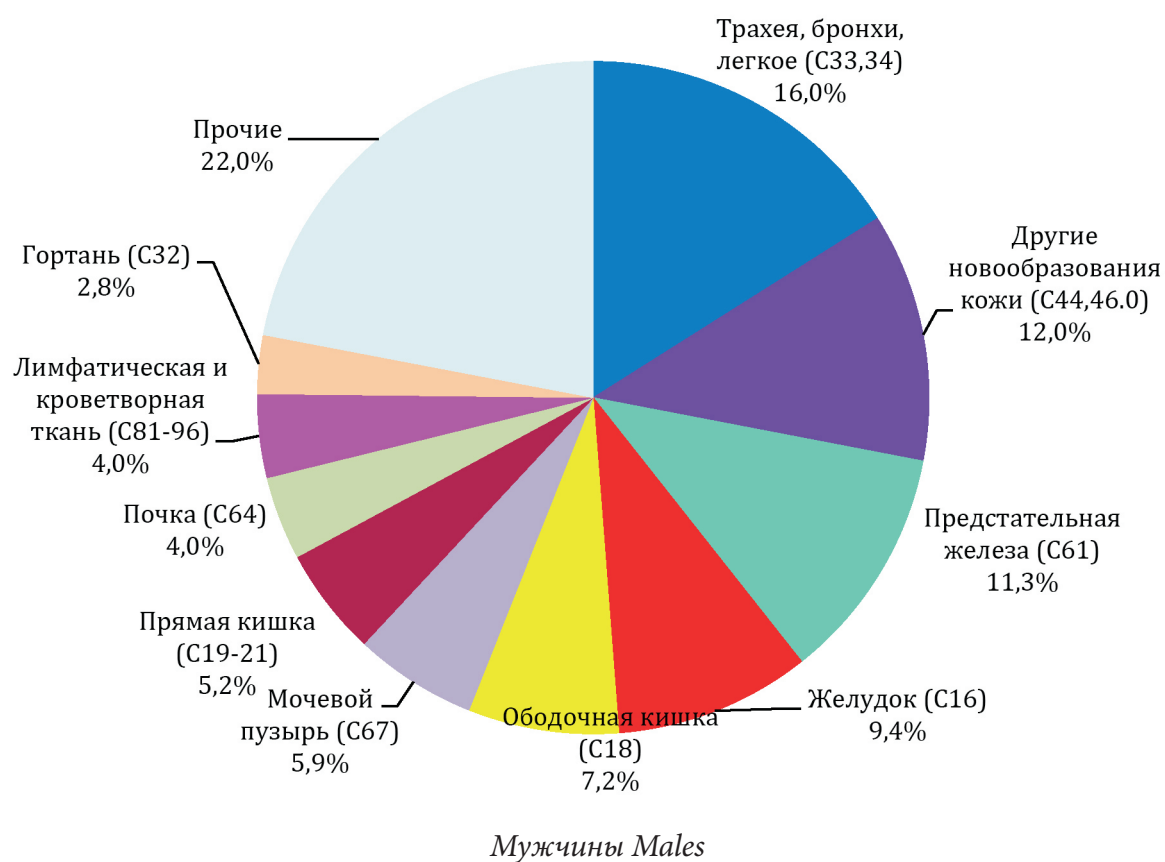


Рис. 5. Структура онкологической заболеваемости населения Калининградской области 2013 году

Таблица 10.

Структура онкологической заболеваемости населения Калининградской области в 2013 году

Cancer incidence

№	Мужчины Males	Абс. число	"Грубый" показатель	Стандартизованный показатель (мировой стандарт)	%	№	Женщины Females	Абс. число	"Грубый" показатель	Стандартизованный показатель (мировой стандарт)	%
	Локализация МКБ-10						Локализация МКБ-10				
1	Трахея, бронхи, легкое (С33,34)	228	50,6	37,6	16,0	1	Молочная железа (С50)	470	92,4	54,2	26,0
2	Другие новообразования кожи (С44,46.0)	170	37,8	27,9	12,0	2	Другие новообразования кожи (С44,46.0)	277	54,5	25,0	15,3
3	Предстательная железа (С61)	161	35,8	28,0	11,3	3	Тело матки (С54)	146	28,7	16,1	8,1
4	Желудок (С16)	134	29,8	22,8	9,4	4	Шейка матки (С53)	104	20,4	13,4	5,7
5	Ободочная кишка (С18)	103	22,9	18,2	7,2	5	Ободочная кишка (С18)	103	20,3	10,0	5,7
6	Мочевой пузырь (С67)	84	18,7	13,9	5,9	6	Прямая кишка (С19-21)	101	19,9	10,9	5,6
7	Прямая кишка (С19-21)	74	16,4	12,0	5,2	7	Желудок (С16)	85	16,7	8,1	4,7
8	Почка (С64)	57	12,7	9,5	4,0	8	Яичник (С56)	74	14,6	8,5	4,1
9	Лимфатическая и кровеносная ткань (С81-96)	57	12,7	10,1	4,0	9	Почка (С64)	60	11,8	6,2	3,3
10	Гортань (С32)	40	8,9	6,9	2,8	10	Трахея, бронхи, легкое (С33,34)	54	10,6	5,5	3,0
	Прочие	313			22,0		Прочие	337			18,6
	ВСЕГО (С00-96)	1421	315,6	240,8	100,0		ВСЕГО (С00-96)	1811	356,0	197,0	100,0

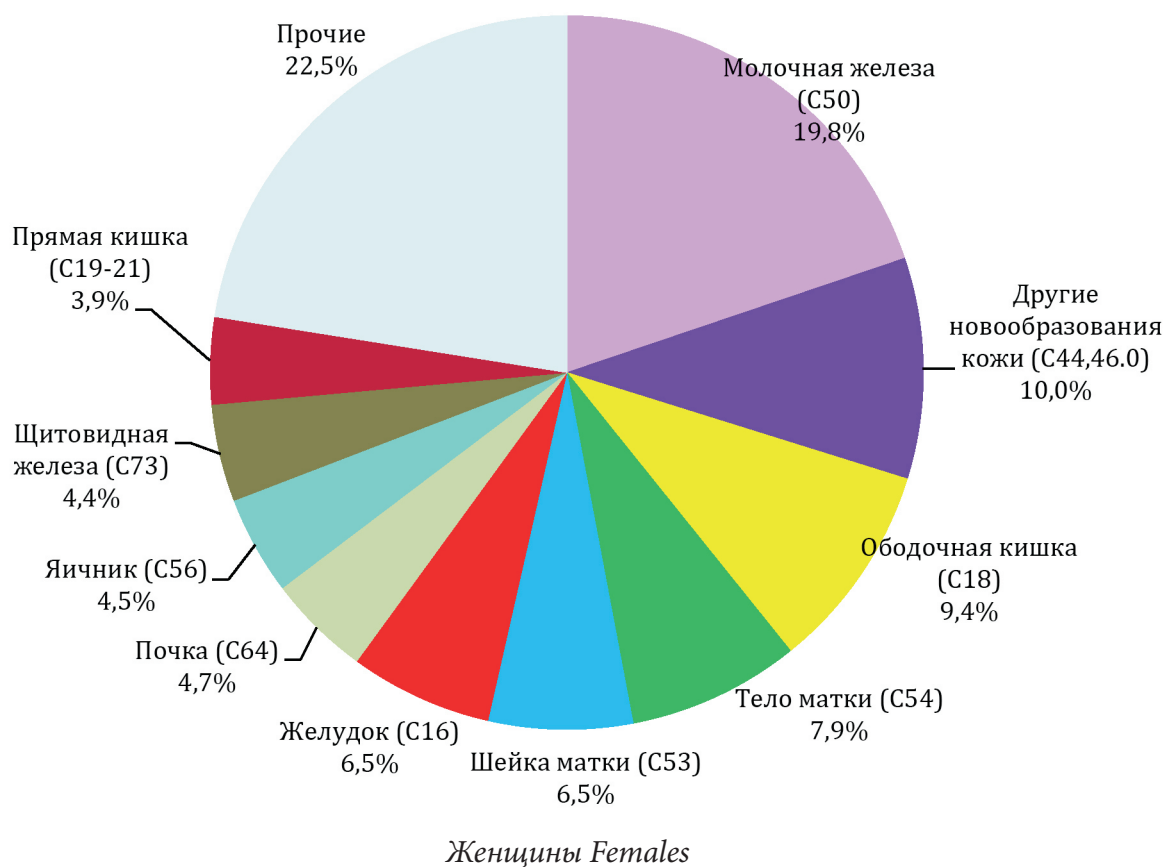
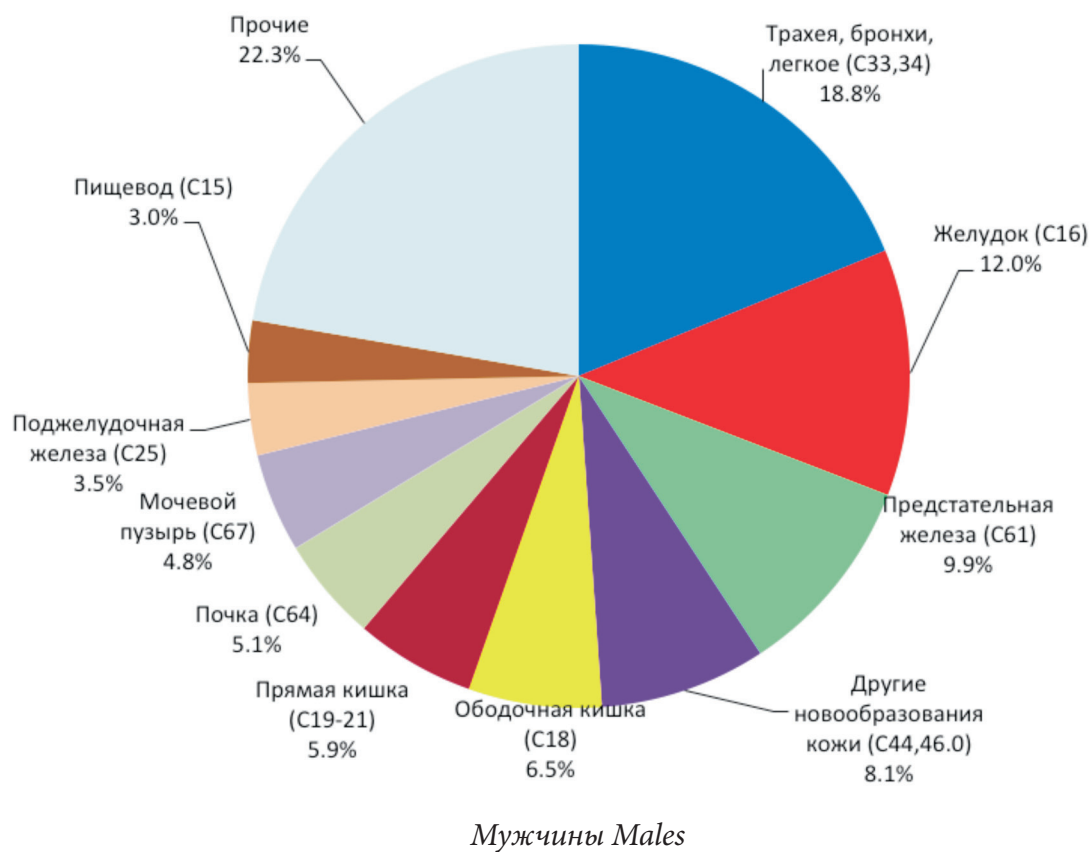


Рис. 6. Структура онкологической заболеваемости населения республики Карелия в 2013 году

Таблица 11.

Структура онкологической заболеваемости населения республики Карелия в 2013 году

Cancer incidence

№	Мужчины Males			Женщины Females			Abs. число	"Грубый" показатель	Стандартизованный показатель (мировой стандарт)	%	№	Локализация МКБ-10	Abs. число	"Грубый" показатель	Стандартизованный показатель (мировой стандарт)	%
	Локализация МКБ-10	Abs. число	"Грубый" показатель	Стандартизованный показатель (мировой стандарт)	%	№										
1	Трахея, бронхи, легкое (С33,34)	241	83,2	62,2	18,8	1	Молочная железа (С50)	297	85,9	49,3	19,8					
2	Желудок (С16)	154	53,2	39,6	12,0	2	Другие новообразования кожи (С44,46.0)	150	43,4	19,9	10,0					
3	Предстательная железа (С61)	127	43,8	33,1	9,9	3	Ободочная кишка (С18)	141	40,8	18,7	9,4					
4	Другие новообразования кожи (С44,46.0)	104	35,9	26,1	8,1	4	Тело матки (С54)	117	33,8	19,1	7,9					
5	Ободочная кишка (С18)	83	28,7	22,0	6,5	5	Шейка матки (С53)	98	28,3	22,7	6,5					
6	Прямая кишка (С19-21)	75	25,9	18,1	5,9	6	Желудок (С16)	97	28,0	12,8	6,5					
7	Почка (С64)	65	22,4	16,9	5,1	7	Почка (С64)	70	20,2	10,5	4,7					
8	Мочевой пузырь (С67)	62	21,4	16,5	4,8	8	Яичник (С56)	67	19,4	11,1	4,5					
9	Поджелудочная железа (С25)	45	15,5	11,6	3,5	9	Щитовидная железа (С73)	66	19,1	12,5	4,4					
10	Пищевод (С15)	39	13,5	9,1	3,0	10	Прямая кишка (С19-21)	59	17,1	7,3	3,9					
	Прочие	285					Прочие	337			22,5					
	ВСЕГО (С00-96)	1280	441,8	330,9	22,3		ВСЕГО (С00-96)	1499	433,3	235,0	100,0					

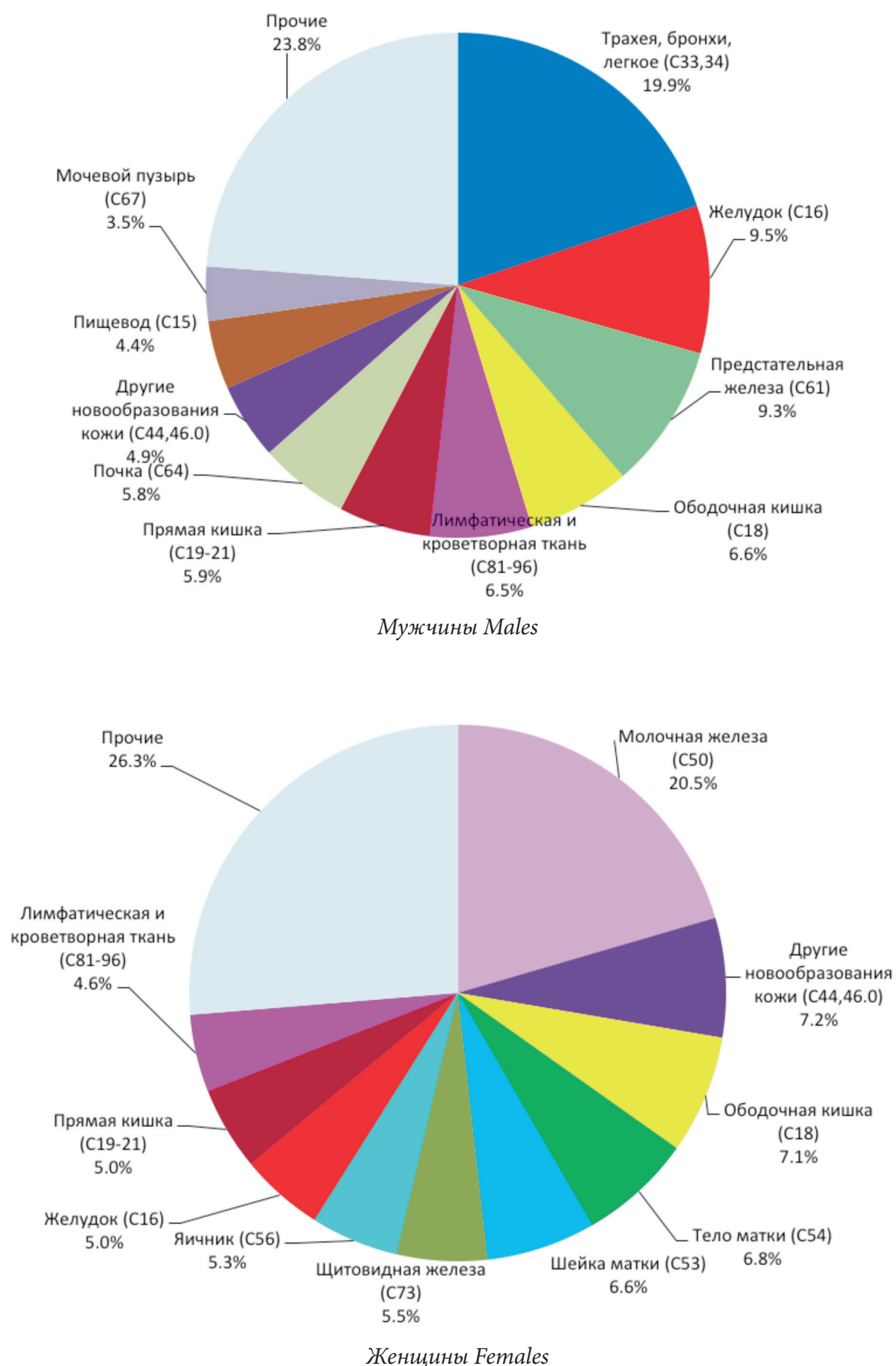


Рис. 7. Структура онкологической заболеваемости населения республики Коми 2013 году

Таблица 12.

Структура онкологической заболеваемости населения республики Коми в 2013 году

Cancer incidence

№	Мужчины Males		Женщины Females		Abs. число	"Грубый" показатель	Стандартизованный показатель (мировой стандарт)	%	№	Локализация МКБ-10	Abs. число	"Грубый" показатель	Стандартизованный показатель (мировой стандарт)	%
	Локализация МКБ-10	Локализация МКБ-10												
1	Трахея, бронхи, легкое (С33,34)	303	73,2	62,0	19,9	1	Молочная железа (С50)	345	74,6	46,1	20,5			
2	Желудок (С16)	144	34,8	31,8	9,5	2	Другие новообразования кожи (С44,46.0)	121	26,2	14,2	7,2			
3	Предстательная железа (С61)	141	34,1	33,9	9,3	3	Ободочная кишка (С18)	120	26,0	14,8	7,1			
4	Ободочная кишка (С18)	101	24,4	22,8	6,6	4	Тело матки (С54)	115	24,9	15,1	6,8			
5	Лимфатическая и кровеносная ткань (С81-96)	100	24,2	23,0	6,5	5	Шейка матки (С53)	111	24,0	17,4	6,6			
6	Прямая кишка (С19-21)	90	21,7	21,0	5,9	6	Щитовидная железа (С73)	92	19,9	14,3	5,5			
7	Почка (С64)	88	21,3	16,7	5,8	7	Яичник (С56)	89	19,3	13,7	5,3			
8	Другие новообразования кожи (С44,46.0)	74	17,9	16,5	4,9	8	Желудок (С16)	85	18,4	10,1	5,0			
9	Пищевод (С15)	67	16,2	13,9	4,4	9	Прямая кишка (С19-21)	85	18,4	10,5	5,0			
10	Мочевой пузырь (С67)	53	12,8	11,6	3,5	10	Лимфатическая и кровеносная ткань (С81-96)	77	16,6	11,0	4,6			
	Прочие	361			23,8		Прочие	444			26,3			
	ВСЕГО (С00-96)	1522	367,6	329,7	100,0		ВСЕГО (С00-96)	1684	364,2	225,1	100,0			

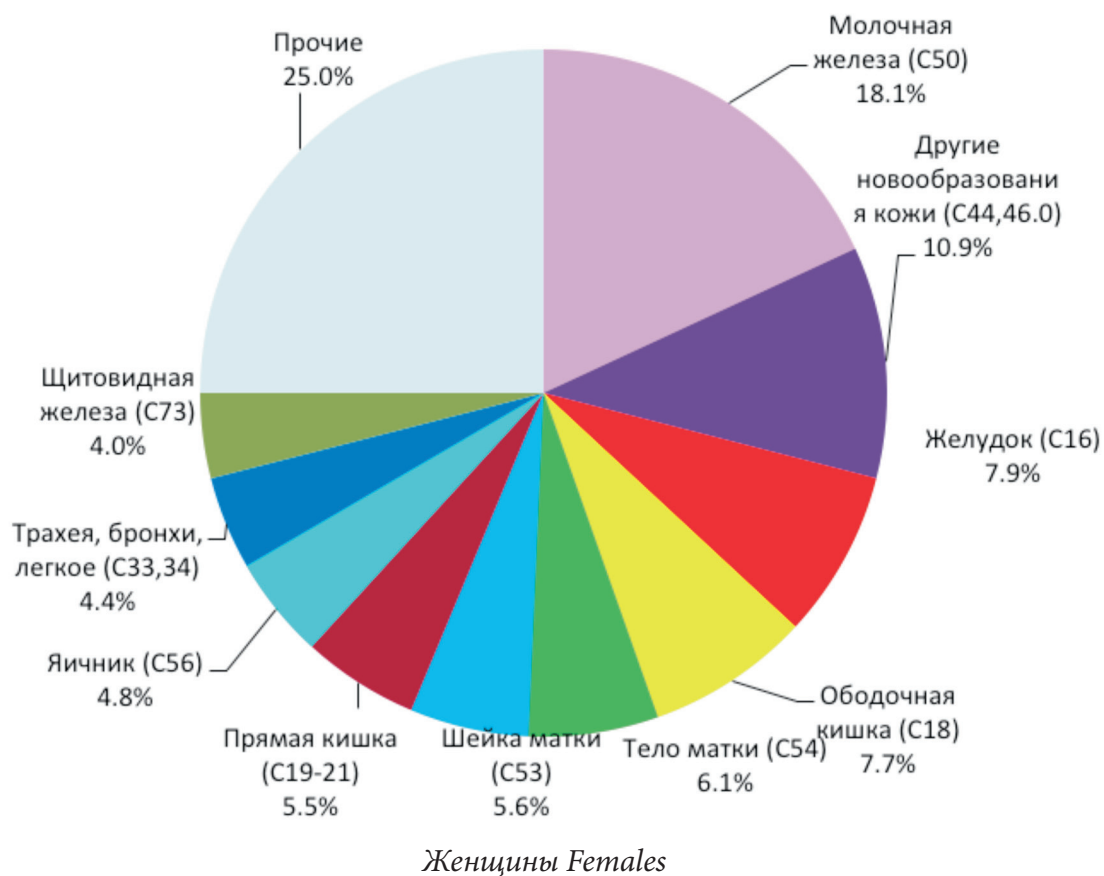
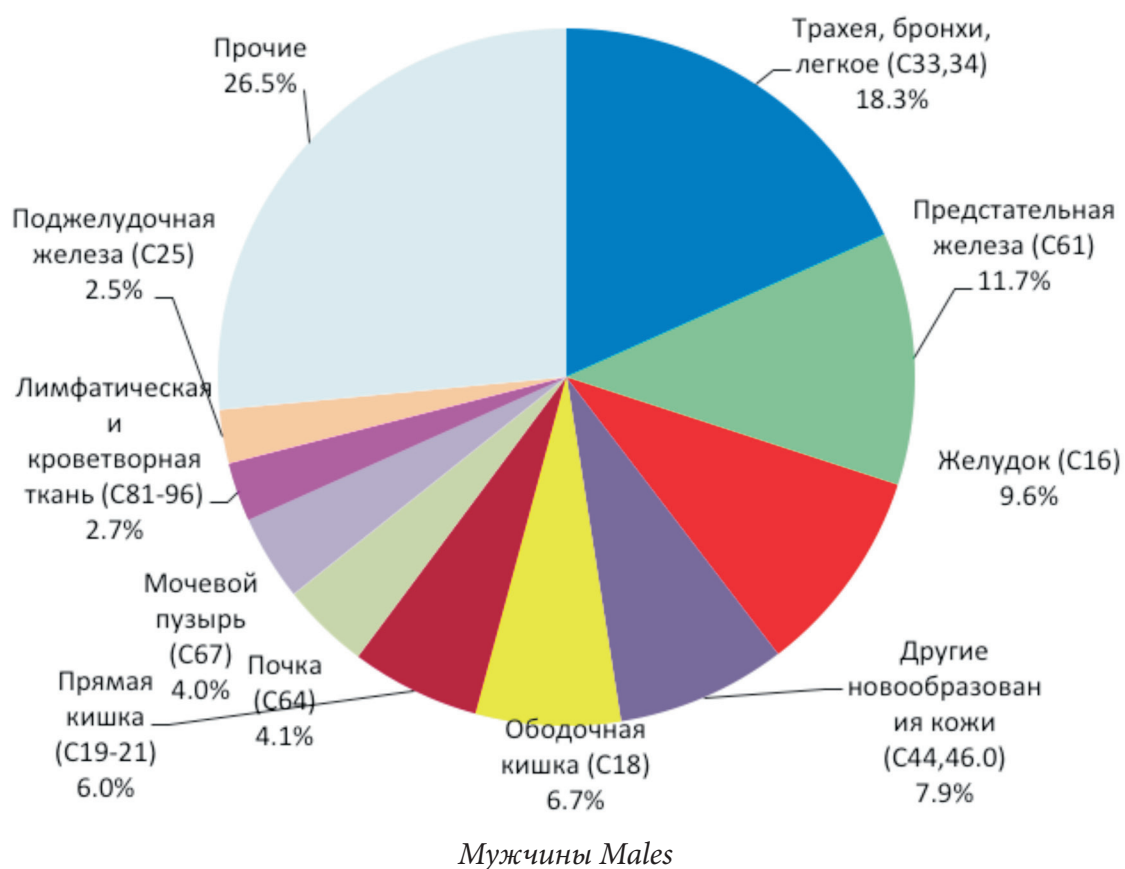


Рис. 8. Структура онкологической заболеваемости населения Ленинградской области 2013 году

Таблица 13.

Структура онкологической заболеваемости населения Ленинградской области в 2013 году

Cancer incidence

№	Мужчины Males				Женщины Females				Abs. число	"Грубый" показатель	Стандартизованный показатель (мировой стандарт)	%	№	Abs. число	"Грубый" показатель	Стандартизованный показатель (мировой стандарт)	%
	Локализация МКБ-10	Abs. число	"Грубый" показатель	Стандартизованный показатель (мировой стандарт)	Локализация МКБ-10	Abs. число	"Грубый" показатель	Стандартизованный показатель (мировой стандарт)									
1	Трахея, бронхи, легкое (С33,34)	468	56,8	37,9	18,3	1	Молочная железа (С50)	559	59,9	33,1	18,1						
2	Предстательная железа (С61)	299	36,3	25,1	11,7	2	Другие новообразования кожи (С44,46.0)	335	35,9	15,0	10,9						
3	Желудок (С16)	244	25,6	20,1	9,6	3	Желудок (С16)	243	26,1	10,4	7,9						
4	Другие новообразования кожи (С44,46.0)	201	24,4	16,6	7,9	4	Ободочная кишка (С18)	236	25,3	10,8	7,7						
5	Ободочная кишка (С18)	171	20,7	14,5	6,7	5	Тело матки (С54)	188	20,2	10,9	6,1						
6	Прямая кишка (С19-21)	153	18,6	12,8	6,0	6	Шейка матки (С53)	174	18,7	13,0	5,6						
7	Почка (С64)	105	12,7	9,4	4,1	7	Прямая кишка (С19-21)	170	18,2	7,9	5,5						
8	Мочевой пузырь (С67)	103	12,5	8,6	4,0	8	Яичник (С56)	149	16,0	9,3	4,8						
9	Лимфатическая и кровеносная ткань (С81-96)	69	8,4	7,1	2,7	9	Трахея, бронхи, легкое (С33,34)	135	14,5	6,8	4,4						
10	Поджелудочная железа (С25)	63	7,6	5,3	2,5	10	Щитовидная железа (С73)	123	13,2	9,0	4,0						
	Прочие	678			26,5		Прочие	771			25,0						
	ВСЕГО (С00-96)	2554	309,7	214,8	100,0		ВСЕГО (С00-96)	3083	330,5	168,4	100,0						

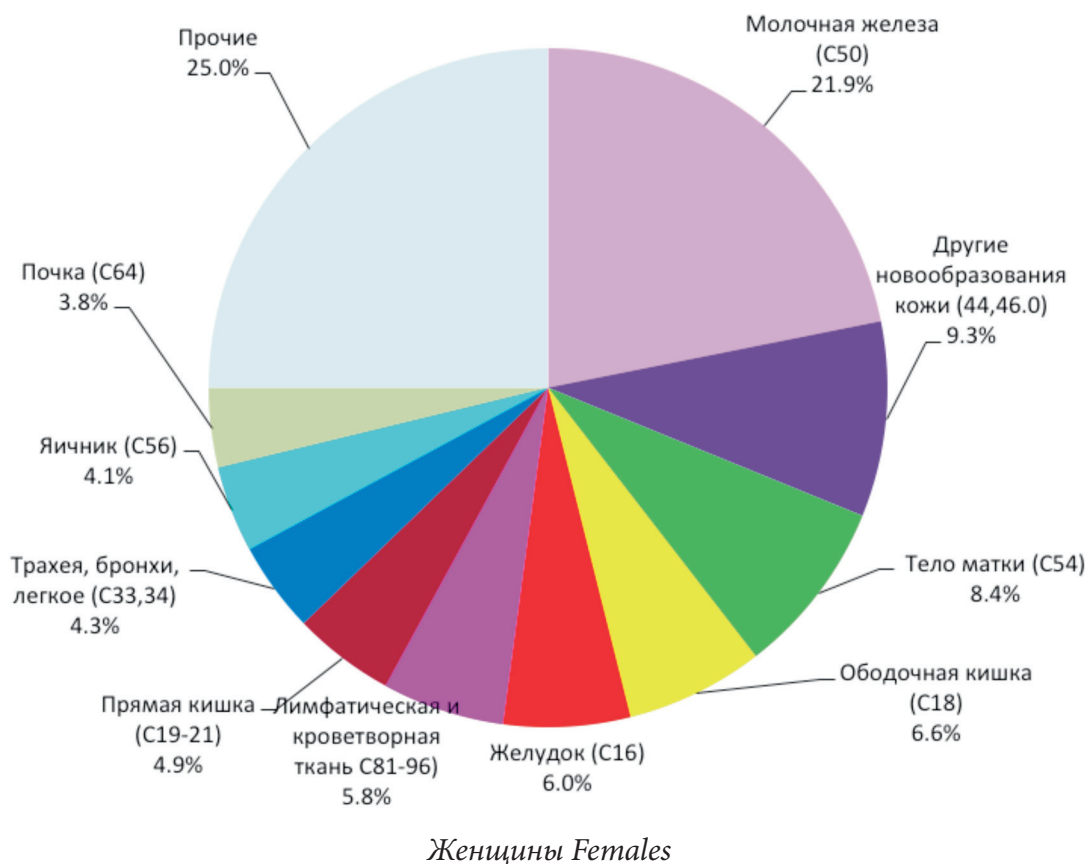


Рис. 9. Структура онкологической заболеваемости населения Мурманской области в 2013 году

Таблица 14.

Структура онкологической заболеваемости населения Мурманской области в 2013 году

Cancer incidence

№	Мужчины Males		Женщины Females		№	%	Стандартизованный показатель (мировой стандарт)	Абс. число	"Грубый" показатель	Стандартизованный показатель	Абс. число	"Грубый" показатель	Стандартизованный показатель (мировой стандарт)	%
	Локализация МКБ-10	Абс. число	Локализация МКБ-10	Абс. число										
1	Трахея, бронхи, легкое (С33,34)	266	71,7	67,6	1	19,0	67,6	369	91,2	54,4	369	91,2	54,4	21,9
2	Предстательная железа (С61)	183	49,3	50,8	2	13,1	50,8	157	38,8	20,0	157	38,8	20,0	9,3
3	Желудок (С16)	128	34,5	32,9	3	9,2	32,9	141	34,9	21,2	141	34,9	21,2	8,4
4	Ободочная кишка (С18)	101	27,2	27,0	4	7,2	27,0	111	27,4	14,1	111	27,4	14,1	6,6
5	Почка (С64)	92	24,8	21,2	5	6,5	21,2	102	25,2	14,0	102	25,2	14,0	6,0
6	Другие новообразования кожи (С44,46.0)	89	24,0	23,6	6	6,4	23,6	98	24,2	14,9	98	24,2	14,9	5,8
7	Лимфатическая и кровеносная ткань (С81-96)	82	22,1	19,8	7	5,9	19,8	82	20,3	10,9	82	20,3	10,9	4,9
8	Прямая кишка (С19-21)	70	18,9	18,2	8	5,0	18,2	73	18,1	10,0	73	18,1	10,0	4,3
9	Мочевой пузырь (С67)	62	16,7	14,7	9	4,4	14,7	69	17,1	11,2	69	17,1	11,2	4,1
10	Пищевод (С15)	41	11,0	9,7	10	2,9	9,7	64	15,8	8,9	64	15,8	8,9	3,8
	Прочие	213				20,3		422			422			25,0
	ВСЕГО (С00-96)	1397	376,3	355,2		100,0	355,2	1688	417,3	244,6	1688	417,3	244,6	100,0

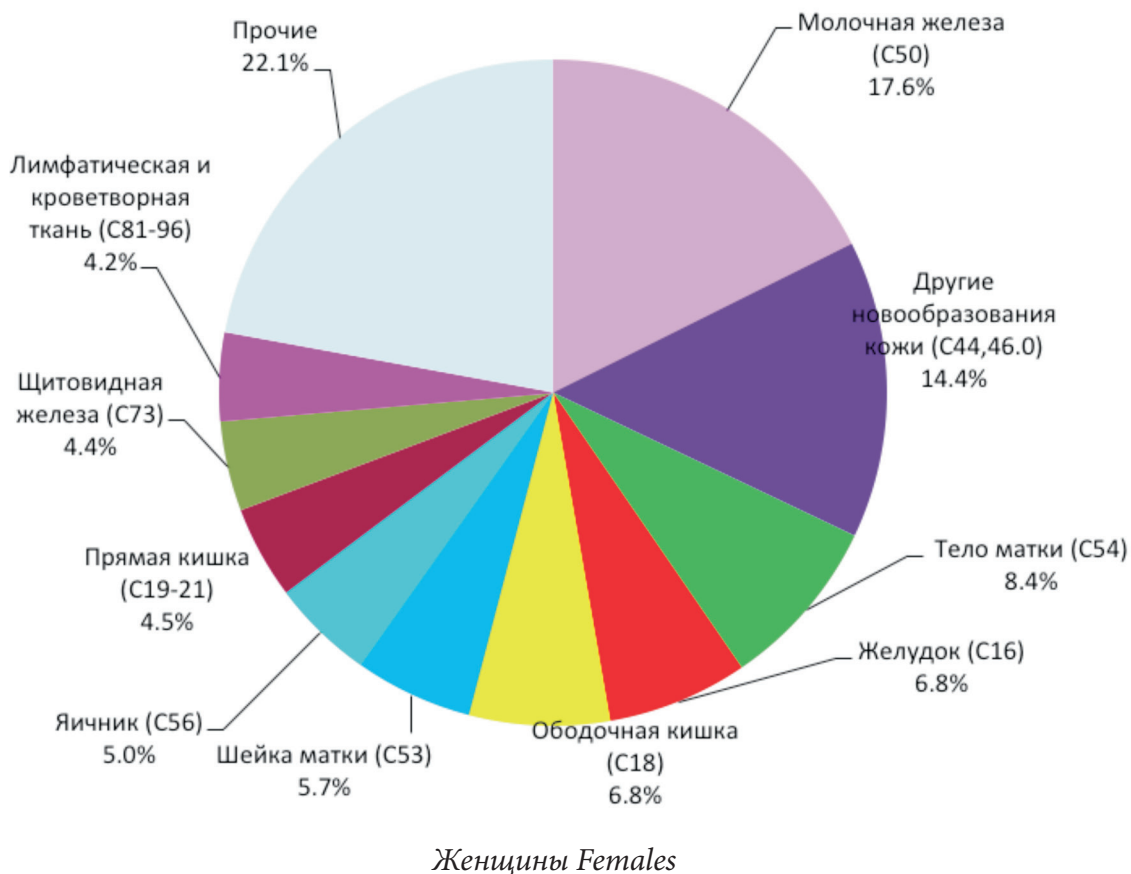
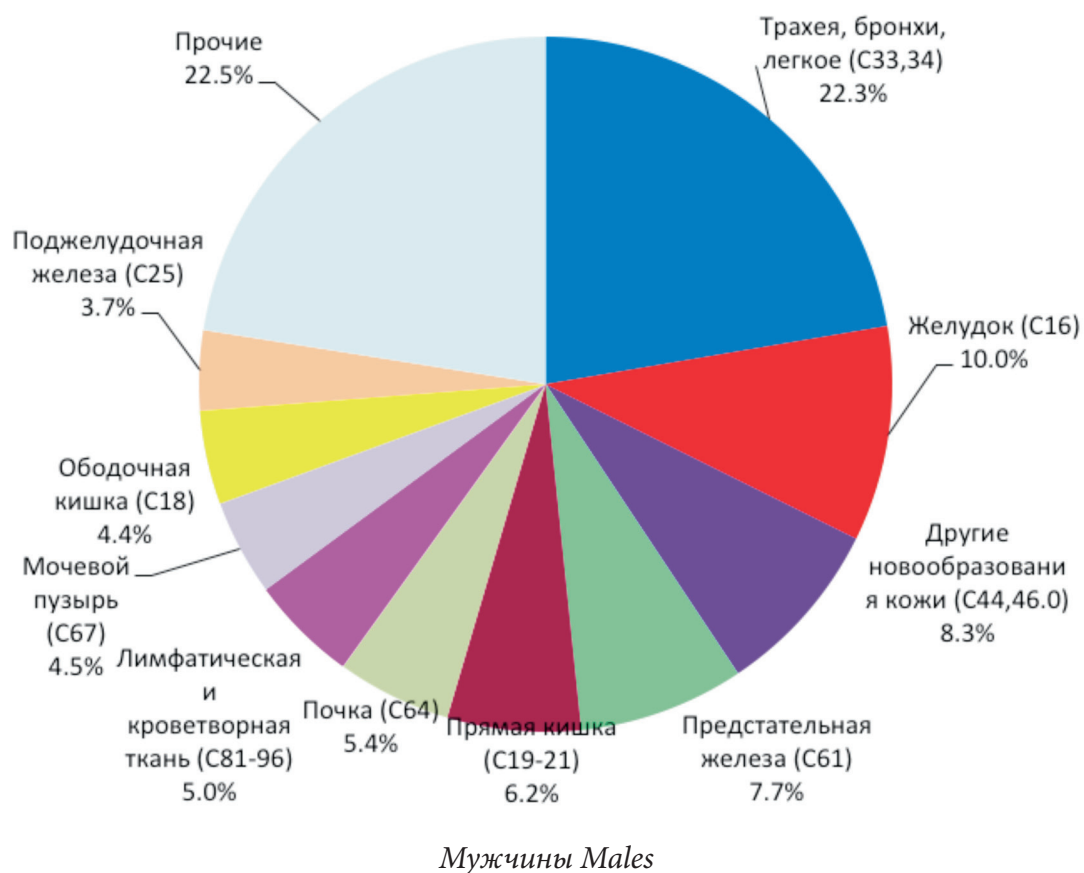


Рис. 10. Структура онкологической заболеваемости населения Новгородской области 2013 году

Таблица 15.

Структура онкологической заболеваемости населения Новгородской области в 2013 году

Cancer incidence

№	Мужчины Males		Женщины Females		Abs. число	"Грубый" показатель	Стандартизованный показатель (мировой стандарт)	%	№	Локализация МКБ-10	Abs. число	"Грубый" показатель	Стандартизованный показатель (мировой стандарт)	%
	Abs. число	"Грубый" показатель	Abs. число	Локализация МКБ-10										
1	287	102,3	67,1	22,3	274	79,7	43,9	17,6	1	Молочная железа (C50)	274	79,7	43,9	17,6
2	129	46,0	29,0	10,0	224	65,2	24,3	14,4	2	Другие новообразования кожи (C44,46.0)	224	65,2	24,3	14,4
3	107	38,2	25,0	8,3	130	37,8	19,1	8,4	3	Тело матки (C54)	130	37,8	19,1	8,4
4	99	35,3	22,6	7,7	106	30,8	11,5	6,8	4	Желудок (C16)	106	30,8	11,5	6,8
5	80	28,5	19,3	6,2	106	30,8	13,0	6,8	5	Ободочная кишка (C18)	106	30,8	13,0	6,8
6	69	24,6	16,3	5,4	89	25,9	19,7	5,7	6	Шейка матки (C53)	89	25,9	19,7	5,7
7	64	22,8	17,0	5,0	77	22,4	12,9	5,0	7	Яичник (C56)	77	22,4	12,9	5,0
8	58	20,7	13,6	4,5	70	20,4	8,8	4,5	8	Прямая кишка (C19-21)	70	20,4	8,8	4,5
9	56	20,0	12,5	4,4	68	19,8	13,8	4,4	9	Щитовидная железа (C73)	68	19,8	13,8	4,4
10	48	17,1	11,0	3,7	66	19,2	11,3	4,2	10	Лимфатическая и кровеносная ткань (C81-96)	66	19,2	11,3	4,2
	289			22,5	344			22,1		Прочие	344			22,1
	1286	458,5	304,8	100,0	1554	452,2	225,9	100,0		ВСЕГО (C00-96)	1554	452,2	225,9	100,0

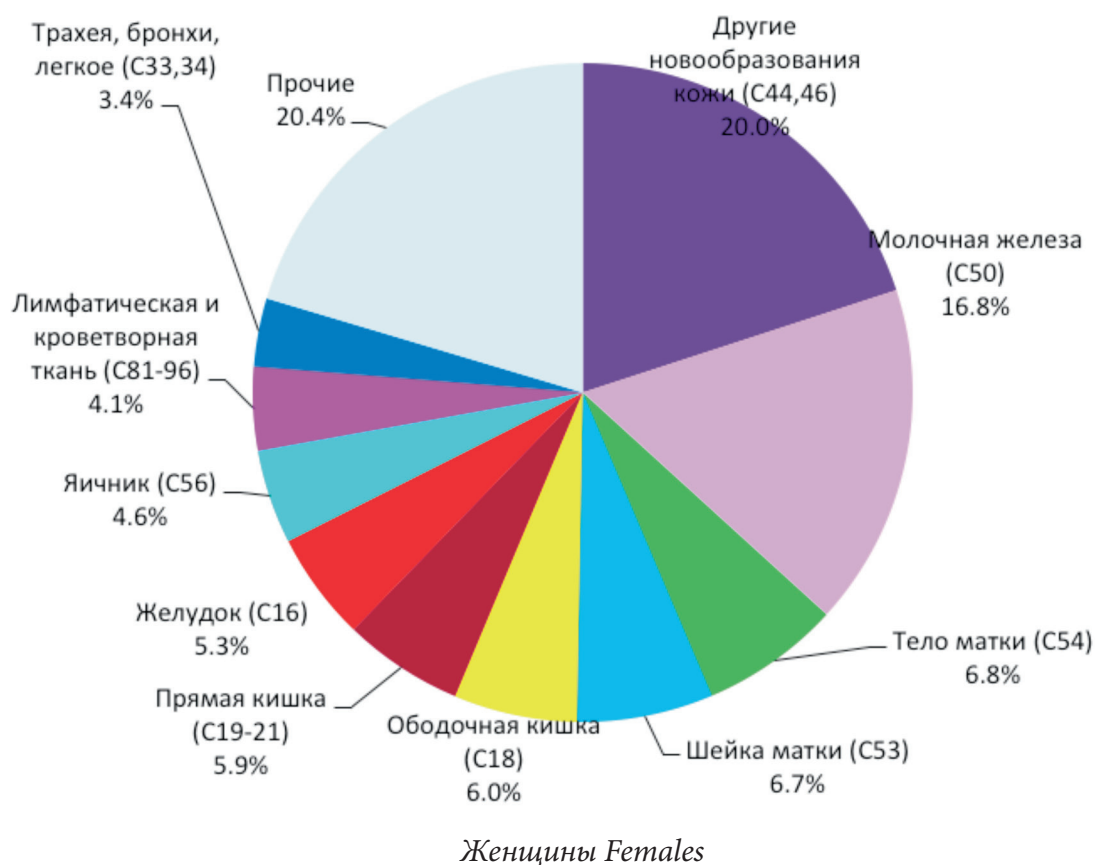
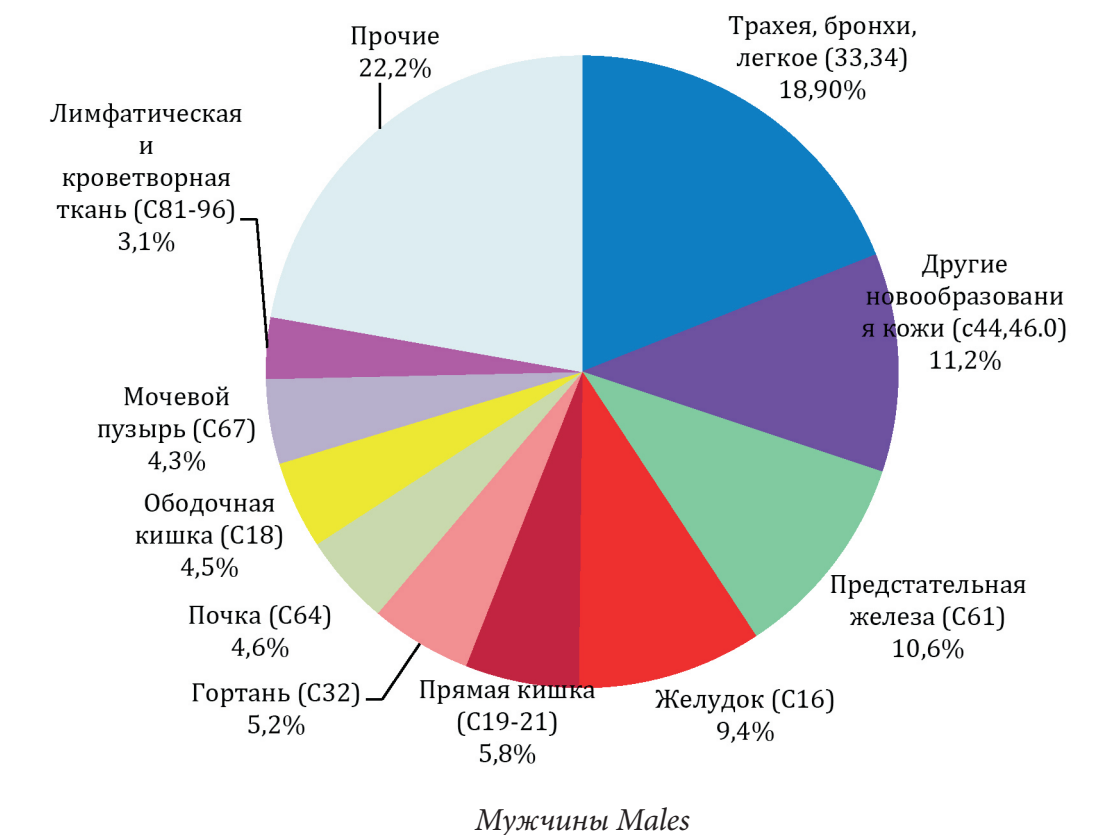


Рис. 11. Структура онкологической заболеваемости населения Псковской области 2013 году

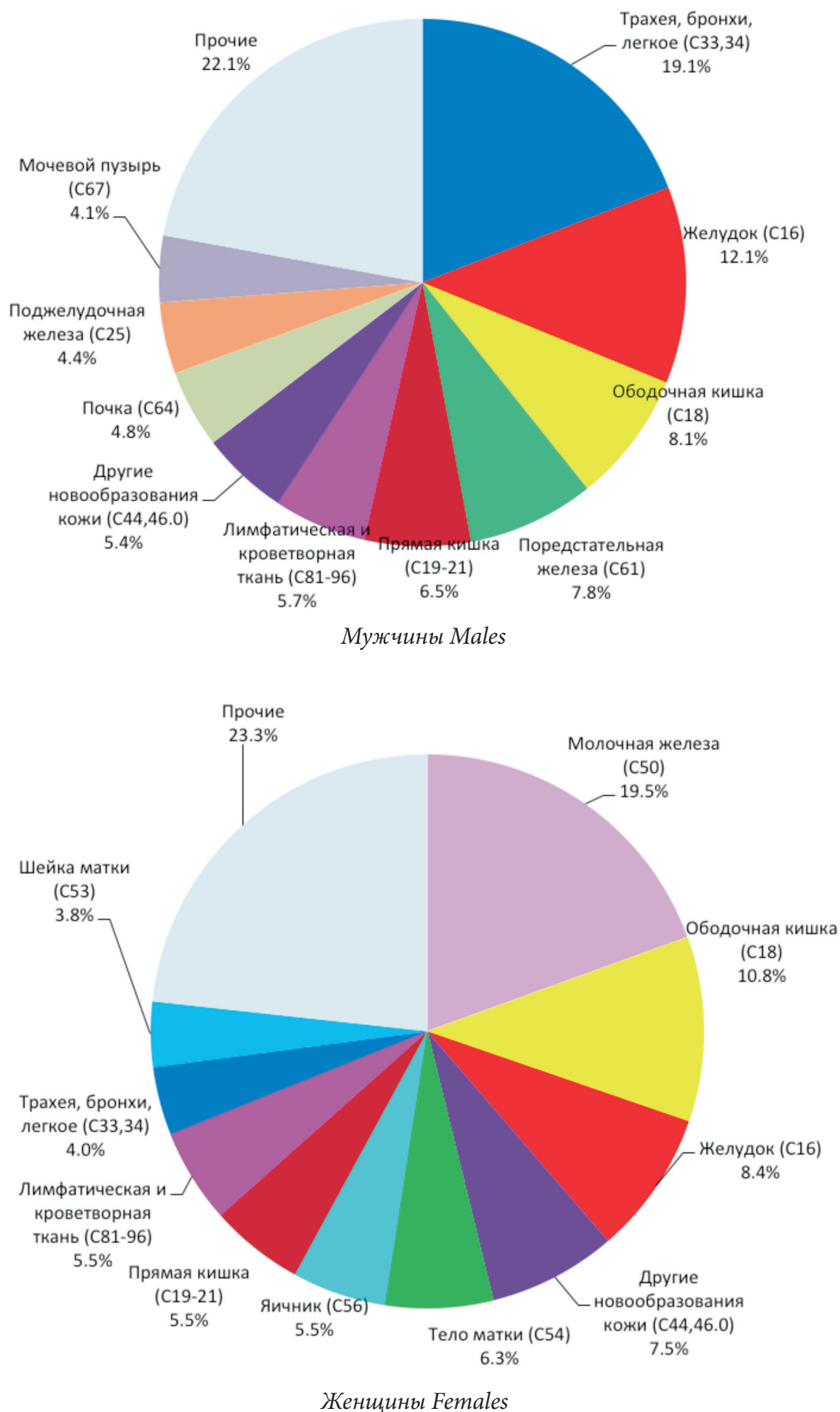


Рис. 12. Структура онкологической заболеваемости населения Санкт-Петербурга 2003 году

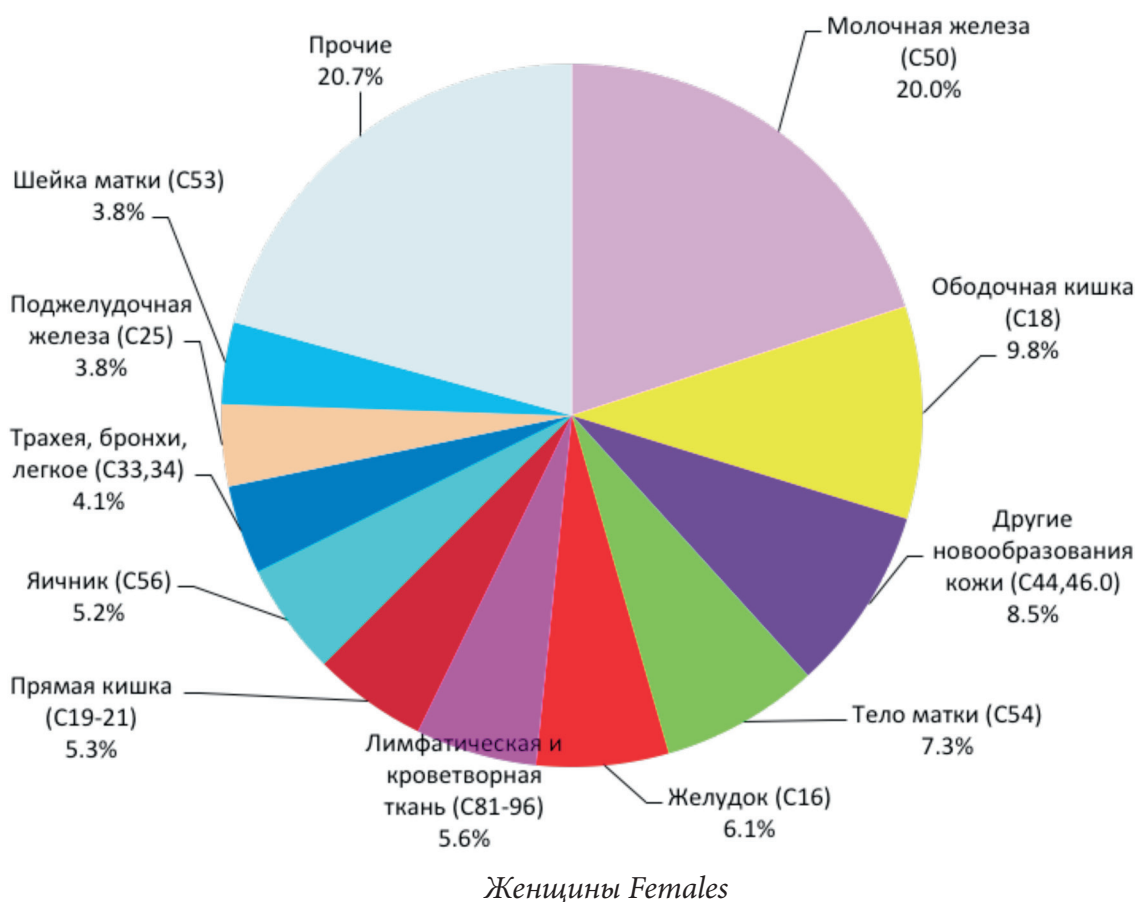
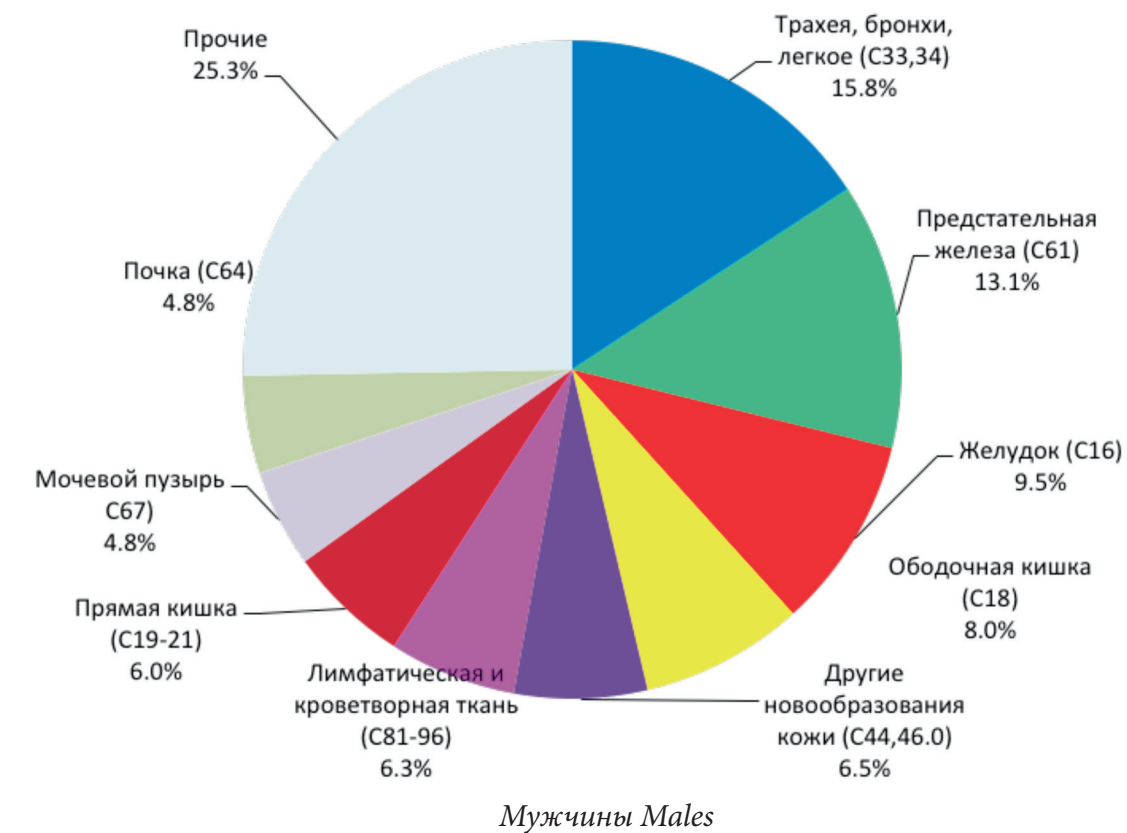


Рис. 13. Структура онкологической заболеваемости населения Санкт-Петербурга 2013 году

*Динамика заболеваемости населения Северо-Западного Федерального округа России
Пищевод. МКБ-10: C15 Cancer incidence*

МУЖЧИНЫ Males

“Грубые” показатели С.Р.								
Административная территория	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	% прироста
Россия	8,7	8,4	8,2	8,6	8,8	8,6	8,8	1,1
Архангельская обл.	11,6	11,3	14,5	14,9	17,9	15,2	22,9	97,4
Вологодская обл.	12,1	11,5	8,9	10,4	9,2	12,0	9,8	-19,0
Калининградская обл.	7,3	6,1	6,9	7,5	7,7	8,3	7,1	-2,7
Республика Карелия	11,8	8,9	13,4	13,1	18,8	14,1	13,5	14,4
Республика Коми	7,9	13,0	8,1	11,8	11,4	12,2	16,2	105,1
Ленинградская обл.	8,8	10,0	9,9	14,8	10,1	9,3	9,6	9,1
Мурманская обл.	7,9	8,4	8,8	6,9	11,1	10,7	11,0	39,2
Новгородская обл.	12,0	10,8	14,0	15,8	15,9	13,8	16,8	40,0
Псковская обл.	8,6	12,0	9,3	10,9	15,0	12,8	10,2	18,6
Санкт-Петербург	12,4	10,8	12,1	10,3	9,8	8,9	8,1	-34,7

ЖЕНЩИНЫ Females

“Грубые” показатели С.Р.								
Административная территория	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	% прироста
Россия	2,8	2,4	2,2	2,2	2,1	2,1	2,0	-28,6
Архангельская обл.	6,3	6,1	3,5	7,8	7,1	5,0	6,3	0,0
Вологодская обл.	5,5	3,7	5,1	2,9	4,3	3,4	3,3	-40,0
Калининградская обл.	1,3	1,4	2,4	2,8	1,2	2,0	1,0	-23,1
Республика Карелия	6,8	5,0	5,0	3,8	6,9	4,9	4,3	-36,8
Республика Коми	3,7	2,5	1,9	4,0	3,6	5,6	2,2	-40,5
Ленинградская обл.	2,8	3,9	2,6	2,6	2,8	3,0	1,9	-32,1
Мурманская обл.	1,8	1,4	2,9	2,8	2,7	3,7	3,7	105,6
Новгородская обл.	4,5	5,1	4,3	4,8	4,6	4,6	4,1	-8,9
Псковская обл.	1,8	0,5	1,5	1,6	2,2	2,8	2,3	27,8
Санкт-Петербург	4,5	3,3	3,4	2,7	3,2	3,1	2,8	-37,8

Таблица 18.

злокачественными новообразованиями (на 100 000)

Стандартизованные показатели (мировой стандарт) ASR (w)

Административная территория	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	% прироста
Россия	8,0	7,0	6,5	6,6	6,6	6,4	6,4	-20,0
Архангельская обл.	12,4	10,5	12,6	12,3	14,6	11,4	17,7	42,7
Вологодская обл.	11,2	9,4	7,2	7,4	6,2	8,6	7,3	-34,8
Калининградская обл.	7,4	5,9	5,7	5,5	5,8	6,1	5,4	-27,0
Республика Карелия	11,2	8,4	10,6	11,2	13,6	10,6	9,1	-18,8
Республика Коми	10,0	14,4	7,9	11,2	10,4	10,7	13,9	39,0
Ленинградская обл.	7,7	8,0	7,2	10,6	7,4	6,4	6,5	-15,6
Мурманская обл.	13,7	8,9	10,7	7,6	9,2	10,3	9,7	-29,2
Новгородская обл.	9,9	8,3	9,4	10,8	10,3	9,2	11,4	15,2
Псковская обл.	6,6	8,8	6,1	6,8	9,3	8,6	6,7	1,5
Санкт-Петербург	10,3	8,2	8,3	6,9	6,6	6,2	5,5	-46,6

Стандартизованные показатели (мировой стандарт) ASR (w)

Административная территория	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	% прироста
Россия	1,5	1,1	1,0	1,0	0,9	0,9	0,9	-40,0
Архангельская обл.	3,9	3,0	1,7	3,7	2,9	2,1	2,8	-28,2
Вологодская обл.	2,4	1,6	1,8	1,2	2,2	1,4	1,3	-45,8
Калининградская обл.	0,8	0,9	0,8	1,7	0,6	0,9	0,4	-50,0
Республика Карелия	4,2	2,9	2,5	1,2	2,7	2,1	2,1	-50,0
Республика Коми	3,1	1,6	1,4	2,3	1,9	2,9	1,2	-61,3
Ленинградская обл.	1,4	2,0	1,2	1,3	1,2	1,2	0,7	-50,0
Мурманская обл.	1,7	1,0	2,1	1,7	1,4	1,8	1,7	0,0
Новгородская обл.	2,0	2,1	1,9	2,1	2,1	2,0	2,0	0,0
Псковская обл.	0,8	0,3	0,4	0,7	1,0	1,4	0,9	12,5
Санкт-Петербург	1,9	1,4	1,2	0,9	1,3	1,3	1,0	-47,4

**Динамика заболеваемости населения Северо-Западного Федерального округа России
Желудок. МКБ-10: C16 Cancer incidence**

МУЖЧИНЫ Males

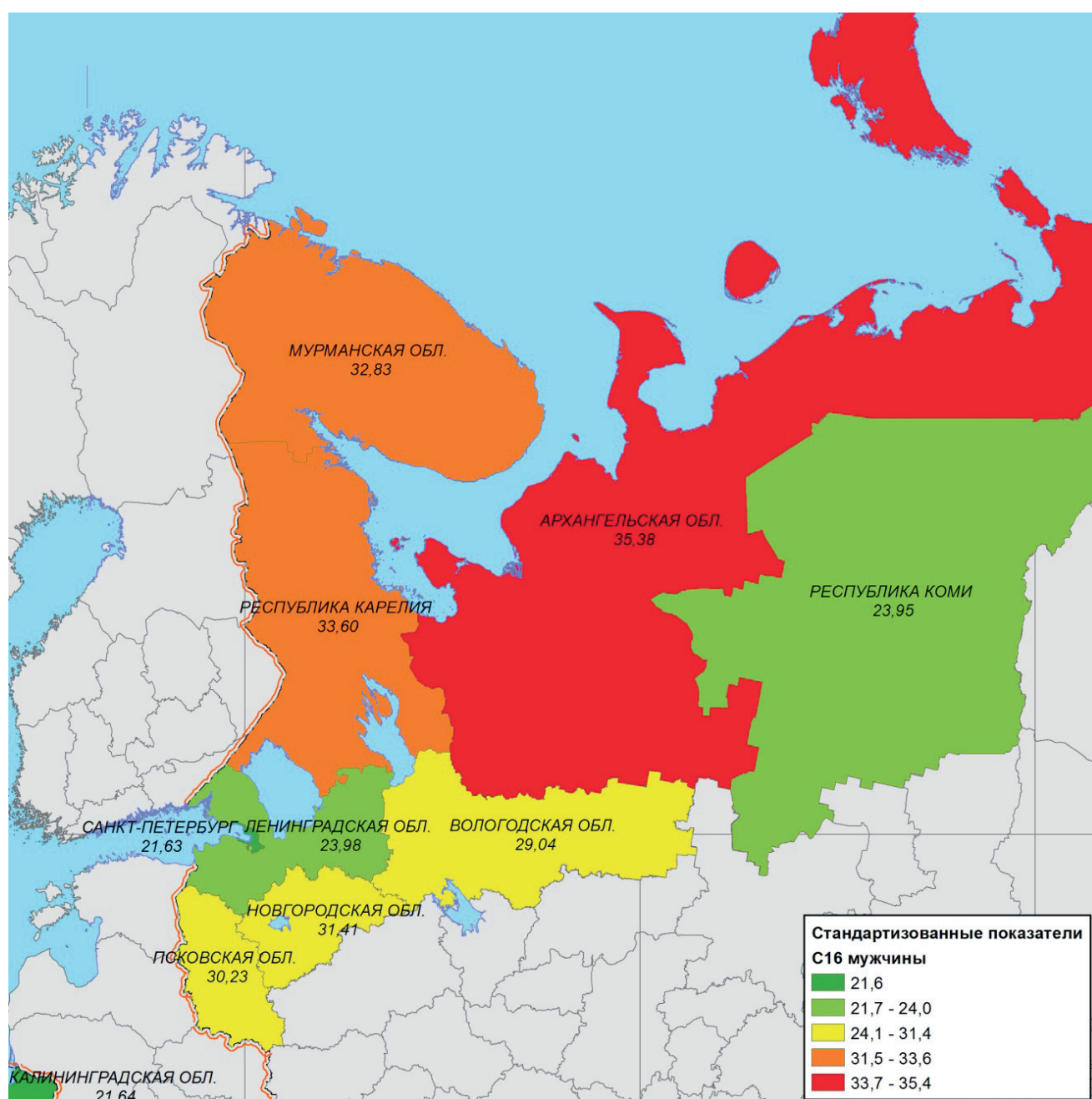
“Грубые” показатели С.Р.								
Административная территория	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	% прироста
Россия	43,6	40,4	37,5	34,2	33,0	32,0	31,9	-26,8
Архангельская обл.	45,3	44,9	45,4	41,8	16,2	46,8	48,8	7,7
Вологодская обл.	59,3	48,7	48,9	39,2	42,9	39,2	36,5	-38,4
Калининградская обл.	38,5	29,2	29,3	33,3	32,5	27,3	29,8	-22,6
Республика Карелия	39,6	49,0	37,9	50,2	52,7	45,7	53,2	34,3
Республика Коми	28,9	27,5	29,7	32,4	34,6	26,6	34,8	20,4
Ленинградская обл.	51,5	47,6	35,1	33,5	33,7	34,5	29,6	-42,5
Мурманская обл.	27,7	25,3	28,0	30,9	31,0	31,5	34,5	24,5
Новгородская обл.	65,5	60,2	56,8	53,3	42,3	47,2	46,0	-29,8
Псковская обл.	57,7	57,6	43,3	47,5	45,3	44,3	39,6	-31,4
Санкт-Петербург	51,6	44,7	41,7	38,4	33,2	32,7	34,9	-32,4

ЖЕНЩИНЫ Females

“Грубые” показатели С.Р.								
Административная территория	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	% прироста
Россия	28,4	26,9	24,5	22,7	21,4	21,0	20,9	-26,4
Архангельская обл.	33,9	31,4	32,3	31,5	30,6	35,9	33,3	-1,8
Вологодская обл.	45,8	40,0	35,6	26,2	27,5	24,2	22,2	-51,5
Калининградская обл.	28,6	24,6	25,4	24,8	19,6	23,0	16,7	-41,6
Республика Карелия	31,1	28,1	25,9	30,4	30,7	27,3	28,0	-10,0
Республика Коми	21,3	31,1	18,9	22,0	20,1	22,7	18,4	-13,6
Ленинградская обл.	35,1	33,9	27,2	25,0	22,8	23,5	26,1	-25,6
Мурманская обл.	21,7	22,6	27,9	20,6	24,7	25,4	25,2	16,1
Новгородская обл.	49,9	45,0	37,3	29,6	35,7	30,6	30,8	-38,3
Псковская обл.	37,7	32,7	32,6	28,1	27,9	25,6	22,7	-39,8
Санкт-Петербург	39,9	36,7	29,7	29,6	26,5	26,6	26,1	-34,6

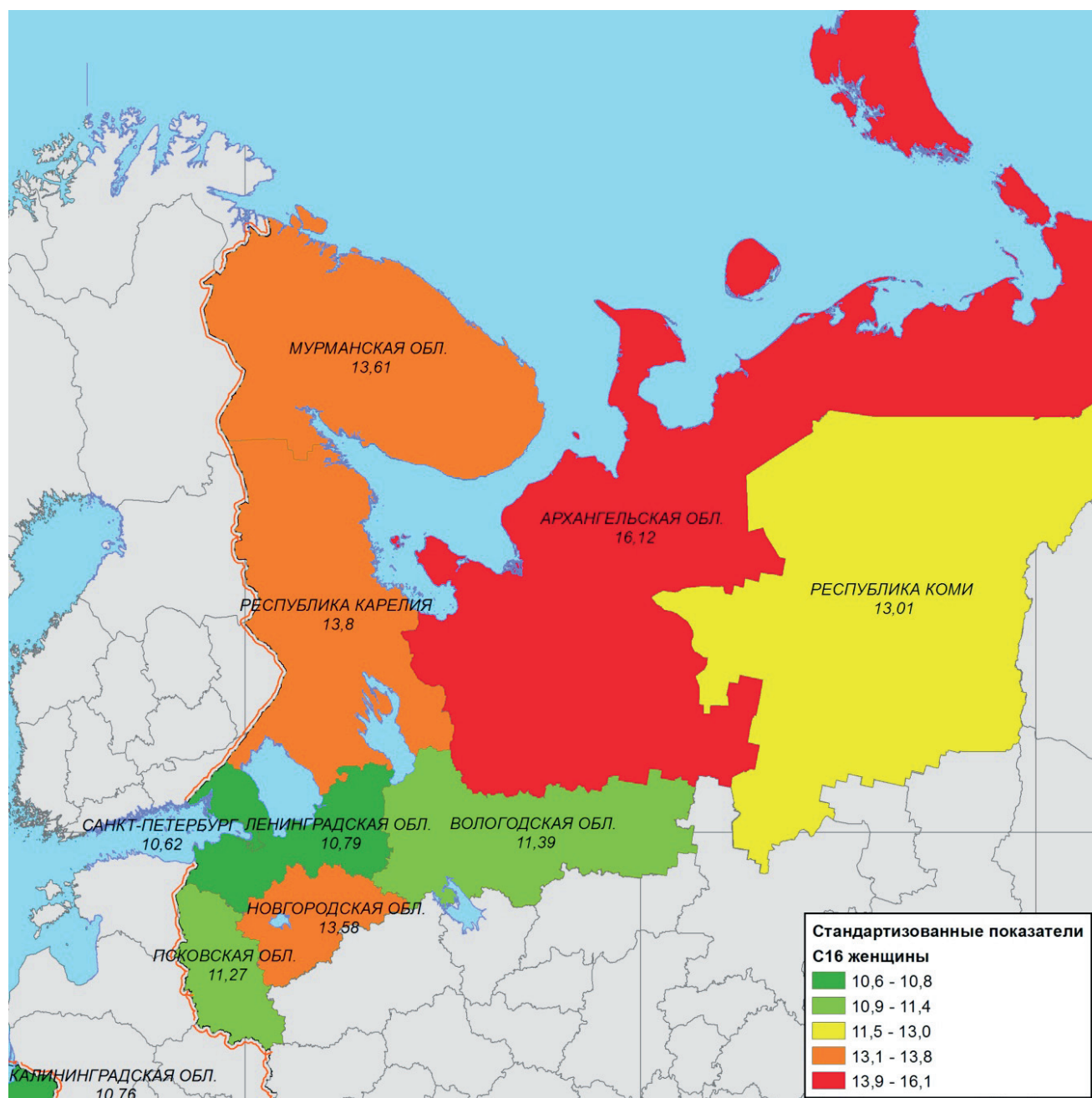
Таблица 19.

<i>злокачественными новообразованиями (на 100 000)</i>									
<i>Стандартизованные показатели (мировой стандарт) ASR (w)</i>									
<i>Административная территория</i>	<i>1995</i>	<i>2000</i>	<i>2005</i>	<i>2010</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>	<i>%</i>	<i>прироста</i>
Россия	39,9	33,3	29,5	25,9	24,4	23,4	23,0	-42,4	
Архангельская обл.	49,4	42,7	39,5	34,3	36,6	35,4	35,7	-27,7	
Вологодская обл.	53,6	40,7	39,6	30,1	31,2	29,0	26,1	-51,3	
Калининградская обл.	38,2	25,4	24,2	26,6	25,1	21,6	22,8	-40,3	
Республика Карелия	40,0	45,8	31,4	40,4	38,2	33,6	39,6	-1,0	
Республика Коми	37,0	31,5	33,0	32,3	31,6	24,0	31,8	-14,1	
Ленинградская обл.	44,9	38,3	25,7	24,1	23,9	24,0	20,1	-55,2	
Мурманская обл.	37,9	27,2	32,4	31,5	32,3	32,8	32,9	-13,2	
Новгородская обл.	54,0	46,6	38,9	38,1	29,4	31,4	29,0	-46,3	
Псковская обл.	44,6	42,5	29,1	32,2	29,9	30,2	25,8	-42,2	
Санкт-Петербург	43,7	33,5	28,8	24,8	21,9	21,6	23,1	-47,1	
<i>Стандартизованные показатели (мировой стандарт) ASR (w)</i>									
<i>Административная территория</i>	<i>1995</i>	<i>2000</i>	<i>2005</i>	<i>2010</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>	<i>%</i>	<i>прироста</i>
Россия	16,6	14,4	12,6	11,2	10,5	10,2	10,0	-39,8	
Архангельская обл.	21,1	18,8	16,6	15,6	14,0	16,1	14,9	-29,4	
Вологодская обл.	24,2	19,2	17,0	12,2	13,2	11,4	9,8	-59,5	
Калининградская обл.	17,9	12,5	13,3	12,0	9,6	10,8	8,3	-53,6	
Республика Карелия	19,3	15,6	13,0	14,3	14,1	13,8	12,8	-33,7	
Республика Коми	13,7	15,4	12,8	14,0	12,6	13,0	10,1	-26,3	
Ленинградская обл.	19,0	16,8	12,8	10,6	9,8	10,8	10,4	-45,3	
Мурманская обл.	18,5	16,4	17,6	11,8	13,8	13,6	14,0	-24,3	
Новгородская обл.	23,8	20,3	15,4	12,3	14,4	13,6	11,5	-51,7	
Псковская обл.	18,2	14,3	16,1	11,8	11,6	11,3	8,0	-56,0	
Санкт-Петербург	19,7	16,4	12,0	11,5	10,2	10,6	9,8	-50,3	



Картограмма 3. Заболеваемость мужского населения Северо-Западного Федерального округа России злокачественными новообразованиями желудка МКБ-10:С16

Cancer incidence. Males . ASR (W)



Картограмма 4. Заболееваемость женского населения Северо-Западного Федерального округа России злокачественными новообразованиями желудка МКБ-10:C16

Cancer incidence. Females . ASR (W)

**Динамика заболеваемости населения Северо-Западного Федерального округа России
Ободочная кишка. МКБ-10: C18 Cancer incidence**

МУЖЧИНЫ Males									
<i>“Грубые” показатели С.Р.</i>									
<i>Административная территория</i>	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	<i>% прироста</i>	
Россия	13,2	15,7	18,4	20,8	21,2	21,4	21,9	65,9	
Архангельская обл.	12,0	13,2	17,5	22,6	23,0	27,6	27,9	132,5	
Вологодская обл.	12,3	15,8	20,0	17,6	20,3	18,1	18,7	52,0	
Калининградская обл.	12,9	15,8	15,9	15,8	19,0	18,6	22,9	77,5	
Республика Карелия	12,8	18,3	16,5	21,7	27,0	24,4	28,7	124,2	
Республика Коми	7,9	13,1	15,1	16,2	21,3	21,1	24,4	208,9	
Ленинградская обл.	15,4	17,5	16,2	21,8	19,2	20,6	20,7	34,4	
Мурманская обл.	9,4	14,2	17,1	23,3	23,0	25,6	27,2	189,4	
Новгородская обл.	20,2	12,6	21,1	29,1	22,9	17,0	20,0	-1,0	
Псковская обл.	15,1	18,8	11,1	18,0	20,9	25,2	18,8	24,5	
Санкт-Петербург	25,2	30,8	29,8	31,8	31,2	30,4	29,6	17,5	
ЖЕНЩИНЫ Females									
<i>“Грубые” показатели С.Р.</i>									
<i>Административная территория</i>	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	<i>% прироста</i>	
Россия	16,9	19,9	23,0	25,4	25,7	26,1	26,3	55,6	
Архангельская обл.	19,8	21,9	25,6	29,4	35,1	37,6	36,4	83,8	
Вологодская обл.	19,5	19,3	25,1	24,3	29,7	24,8	25,0	28,2	
Калининградская обл.	15,4	20,3	22,2	23,8	23,2	24,8	20,3	31,8	
Республика Карелия	15,3	18,4	25,1	29,6	29,5	33,1	40,8	166,7	
Республика Коми	12,3	17,6	20,6	24,4	26,3	33,0	26,0	111,4	
Ленинградская обл.	16,8	22,0	23,7	29,6	24,4	25,9	25,3	50,6	
Мурманская обл.	16,3	17,7	23,5	34,2	30,2	28,1	27,4	68,1	
Новгородская обл.	22,7	22,0	27,0	33,8	28,8	31,2	30,8	35,7	
Псковская обл.	16,7	24,3	18,1	19,9	19,1	20,3	25,8	54,5	
Санкт-Петербург	36,3	39,7	39,7	40,3	39,2	43,3	42,0	15,7	

Таблица 20.

злокачественными новообразованиями (на 100 000)

<i>Стандартизованные показатели (мировой стандарт) ASR (w)</i>									
<i>Административная территория</i>	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	<i>% прироста</i>	
Россия	12,3	13,0	14,5	15,8	15,8	15,7	15,9	29,3	
Архангельская обл.	13,2	12,3	15,6	19,9	18,4	21,8	21,5	62,9	
Вологодская обл.	11,8	13,1	15,1	13,2	14,3	12,8	14,1	19,5	
Калининградская обл.	12,9	13,5	13,4	13,2	14,0	15,3	18,2	41,1	
Республика Карелия	12,5	16,8	14,4	18,6	21,8	18,4	22,0	76,0	
Республика Коми	10,4	15,7	18,1	16,3	22,7	22,5	22,8	119,2	
Ленинградская обл.	14,3	13,8	12,8	16,2	12,8	14,5	14,5	1,4	
Мурманская обл.	15,0	18,2	21,8	28,1	22,2	26,3	27,0	80,0	
Новгородская обл.	17,2	9,9	13,7	20,4	14,3	10,9	12,5	-27,3	
Псковская обл.	11,7	13,7	7,7	11,9	13,7	17,1	12,9	10,3	
Санкт-Петербург	21,5	22,6	20,5	19,8	20,1	19,5	19,0	-11,6	
<i>Стандартизованные показатели (мировой стандарт) ASR (w)</i>									
<i>Административная территория</i>	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	<i>% прироста</i>	
Россия	9,9	10,8	12,0	12,7	12,6	12,7	12,7	28,3	
Архангельская обл.	13,2	13,2	13,5	14,5	17,2	16,5	16,5	25,0	
Вологодская обл.	10,9	10,2	13,0	11,8	14,8	12,3	12,3	12,8	
Калининградская обл.	9,4	10,8	12,4	12,4	11,2	11,7	10,0	6,4	
Республика Карелия	10,0	11,3	13,2	14,7	14,0	15,1	18,7	87,0	
Республика Коми	10,4	12,9	14,8	14,1	15,0	18,9	14,8	42,3	
Ленинградская обл.	9,3	10,4	11,7	12,5	10,7	12,1	10,8	16,1	
Мурманская обл.	14,0	12,6	15,4	20,3	16,6	15,4	14,1	0,7	
Новгородская обл.	11,4	10,4	11,8	14,9	11,6	12,0	13,0	14,0	
Псковская обл.	9,3	10,6	8,1	8,3	8,5	8,8	11,5	23,7	
Санкт-Петербург	17,9	17,6	16,3	16,1	15,4	17,2	16,8	-6,1	

**Динамика заболеваемости населения Северо-Западного Федерального округа России
Прямая кишка. МКБ-10: C19-21 Cancer incidence**

МУЖЧИНЫ Males

“Грубые” показатели С.Р.								
Административная территория	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	% прироста
Россия	12,5	15,1	17,4	19,1	18,9	19,6	19,3	54,4
Архангельская обл.	10,9	12,4	17,8	21,4	21,3	23,9	21,3	95,4
Вологодская обл.	12,6	15,8	18,4	23,0	19,4	22,9	22,0	74,6
Калининградская обл.	12,7	13,4	17,7	17,7	17,6	17,3	16,4	29,1
Республика Карелия	13,4	19,4	21,1	22,1	20,9	23,4	25,9	93,3
Республика Коми	7,2	11,4	14,0	16,6	19,2	21,1	21,7	201,4
Ленинградская обл.	13,5	17,9	22,2	20,9	18,7	21,4	18,6	37,8
Мурманская обл.	10,6	13,6	13,3	11,6	18,3	14,7	18,9	78,3
Новгородская обл.	17,3	22,9	30,4	24,9	19,1	23,4	28,5	64,7
Псковская обл.	12,5	18,0	19,3	24,7	26,1	29,2	24,4	95,2
Санкт-Петербург	21,1	23,4	24,1	23,4	22,9	23,0	22,0	4,3

ЖЕНЩИНЫ Females

“Грубые” показатели С.Р.								
Административная территория	1995	2000	2005	2010	2011	2012		% прироста
Россия	12,6	14,6	15,9	17,1	17,2	17,4	17,6	39,7
Архангельская обл.	11,5	14,2	15,6	19,4	17,9	18,3	22,1	92,2
Вологодская обл.	17,3	16,1	15,4	16,7	19,5	20,4	16,9	-2,3
Калининградская обл.	13,1	14,6	20,0	20,0	19,2	18,4	19,9	51,9
Республика Карелия	12,9	14,2	18,8	23,4	20,9	17,6	17,1	32,6
Республика Коми	9,2	9,3	16,8	15,2	14,6	18,6	18,4	100,0
Ленинградская обл.	15,6	19,7	19,7	15,5	17,6	16,3	18,2	16,7
Мурманская обл.	10,3	12,6	15,2	20,8	18,1	20,5	20,3	97,1
Новгородская обл.	16,0	18,9	20,8	19,7	23,0	19,7	20,4	27,5
Псковская обл.	14,5	20,8	16,6	17,5	23,5	29,2	25,3	74,5
Санкт-Петербург	20,9	24,8	22,2	22,2	20,9	22,4	22,6	8,1

Таблица 21.

злокачественными новообразованиями (на 100 000)

Стандартизованные показатели (мировой стандарт) ASR (w)

Административная территория	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	% прироста
Россия	11,6	12,4	13,8	14,6	14,1	14,3	13,9	19,8
Архангельская обл.	12,3	12,0	15,7	18,3	15,4	18,4	16,0	30,3
Вологодская обл.	11,2	12,9	14,6	17,7	13,5	15,3	15,6	39,3
Калининградская обл.	12,4	12,6	15,7	13,6	13,3	13,4	12,0	-3,2
Республика Карелия	13,7	17,8	18,7	18,5	15,4	17,6	18,1	32,1
Республика Коми	10,1	13,4	15,9	16,6	17,9	19,6	21,0	107,9
Ленинградская обл.	11,8	14,4	15,9	15,5	13,5	15,0	12,8	8,5
Мурманская обл.	15,3	16,6	20,7	14,1	18,0	12,8	18,2	19,0
Новгородская обл.	14,5	17,2	19,8	16,4	12,4	15,7	19,3	33,1
Псковская обл.	9,8	13,1	13,3	17,6	17,5	18,7	15,9	62,2
Санкт-Петербург	17,9	17,3	16,7	15,0	15,0	15,2	14,8	-17,3

Стандартизованные показатели (мировой стандарт) ASR (w)

Административная территория	1995	2000	2005	2010	2011	2012		% прироста
Россия	7,6	8,1	8,5	8,9	8,9	8,8	8,9	17,1
Архангельская обл.	7,5	8,6	8,0	9,8	8,4	9,5	10,3	37,3
Вологодская обл.	9,4	8,8	8,7	8,8	10,5	10,8	8,6	-8,5
Калининградская обл.	8,6	8,1	10,5	10,0	10,4	8,3	10,9	26,7
Республика Карелия	8,6	8,8	10,8	12,0	9,3	8,0	7,3	-15,1
Республика Коми	7,7	6,8	11,4	9,9	9,3	10,0	10,5	36,4
Ленинградская обл.	8,8	10,1	9,4	6,6	8,9	8,0	7,9	-10,2
Мурманская обл.	9,0	9,1	9,9	12,7	10,2	11,3	10,9	21,1
Новгородская обл.	7,8	8,2	9,9	8,0	9,9	7,9	8,8	12,8
Псковская обл.	7,6	10,9	8,1	7,1	9,8	13,7	10,8	42,1
Санкт-Петербург	11,0	11,3	9,8	9,4	9,4	9,5	9,6	-12,7

**Динамика заболеваемости населения Северо-Западного Федерального округа России
Печень. МКБ-10: C22 Cancer incidence**

МУЖЧИНЫ Males

“Грубые” показатели С.Р.								
Административная территория	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	% прироста
Россия	6,5	6,0	5,5	5,6	5,4	5,3	5,6	-13,8
Архангельская обл.	6,5	5,1	6,3	7,0	7,7	5,5	7,7	18,5
Вологодская обл.	5,8	4,2	3,5	3,4	3,3	3,8	2,5	-56,9
Калининградская обл.	8,0	4,6	4,9	5,4	3,6	4,3	4,7	-41,3
Республика Карелия	2,4	3,0	4,7	6,7	6,2	5,5	5,5	129,2
Республика Коми	3,4	5,3	4,7	7,1	9,2	5,7	6,5	91,2
Ленинградская обл.	5,8	4,5	5,8	6,3	5,6	5,5	4,5	-22,4
Мурманская обл.	3,0	2,1	2,6	5,2	5,8	5,1	3,5	16,7
Новгородская обл.	6,4	1,8	5,7	4,6	3,9	3,9	7,1	10,9
Псковская обл.	10,4	7,6	7,2	6,7	11,4	8,9	7,3	-29,8
Санкт-Петербург	6,1	6,4	4,9	7,0	7,1	6,3	7,2	18,0

ЖЕНЩИНЫ Females

“Грубые” показатели С.Р.								
Административная территория	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	% прироста
Россия	4,5	4,1	3,8	3,7	3,8	3,6	4,0	-11,1
Архангельская обл.	3,3	3,6	4,5	5,1	6,3	3,4	4,9	48,5
Вологодская обл.	3,5	3,3	2,8	3,5	4,3	2,3	2,9	-17,1
Калининградская обл.	6,7	3,9	4,6	3,8	2,6	4,8	2,6	-61,2
Республика Карелия	3,6	2,0	2,9	2,4	4,0	2,9	3,2	-11,1
Республика Коми	2,2	3,2	2,9	2,0	4,9	6,0	5,4	145,5
Ленинградская обл.	4,6	4,4	3,7	3,7	3,4	3,0	4,2	-8,7
Мурманская обл.	1,8	2,6	1,3	3,5	2,4	2,4	3,0	66,7
Новгородская обл.	2,0	2,1	2,7	3,7	3,5	2,9	2,3	15,0
Псковская обл.	3,4	5,6	5,8	4,2	2,5	6,4	4,5	32,4
Санкт-Петербург	4,3	4,4	3,7	4,9	4,2	4,6	6,0	39,5

Таблица 22.

злокачественными новообразованиями (на 100 000)

Стандартизованные показатели (мировой стандарт) ASR (w)

Административная территория	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	% прироста
Россия	6,0	5,0	4,4	4,3	4,1	3,9	4,1	-31,7
Архангельская обл.	7,2	5,1	5,8	6,0	6,2	4,4	6,6	-8,3
Вологодская обл.	5,5	3,5	3,0	2,6	3,0	2,8	1,5	-72,7
Калининградская обл.	8,3	3,9	4,2	4,7	2,9	3,3	3,5	-57,8
Республика Карелия	2,5	2,9	4,0	5,5	5,2	4,4	4,0	60,0
Республика Коми	5,1	5,1	4,3	8,0	8,8	4,6	6,1	19,6
Ленинградская обл.	5,1	3,7	4,5	4,6	4,2	3,5	3,2	-37,3
Мурманская обл.	4,2	1,9	3,2	5,3	6,1	4,9	3,3	-21,4
Новгородская обл.	5,3	1,3	4,3	3,4	3,2	2,6	4,8	-9,4
Псковская обл.	8,0	5,4	5,2	4,5	7,2	5,1	5,4	-32,5
Санкт-Петербург	5,1	4,9	3,3	4,7	5,0	4,3	4,8	-5,9

Стандартизованные показатели (мировой стандарт) ASR (w)

Административная территория	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	% прироста
Россия	2,7	2,2	2,0	1,9	1,9	1,8	1,9	-29,6
Архангельская обл.	2,1	2,1	2,2	2,6	3,2	1,5	2,2	4,8
Вологодская обл.	2,0	1,5	1,3	1,6	2,1	1,2	1,4	-30,0
Калининградская обл.	4,4	2,4	2,2	1,8	1,6	3,0	1,1	-75,0
Республика Карелия	2,2	1,0	1,6	1,3	2,0	1,4	1,2	-45,5
Республика Коми	1,9	2,3	2,3	1,1	3,0	3,5	3,3	73,7
Ленинградская обл.	2,5	2,2	1,6	1,7	1,5	1,3	1,6	-36,0
Мурманская обл.	1,6	1,9	1,0	2,3	1,3	1,1	1,5	-6,3
Новгородская обл.	0,8	0,8	1,2	1,8	1,8	1,0	1,3	62,5
Псковская обл.	2,5	2,7	2,6	1,9	1,1	2,5	1,9	-24,0
Санкт-Петербург	2,2	1,9	1,5	1,7	1,6	2,1	2,3	4,5

**Динамика заболеваемости населения Северо-Западного Федерального округа России
Поджелудочная железа. МКБ-10: C25 Cancer incidence**

МУЖЧИНЫ Males

“Грубые” показатели С.Р.								
Административная территория	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	% прироста
Россия	9,7	10,1	10,3	11,5	11,2	11,5	11,6	19,6
Архангельская обл.	10,4	9,0	10,0	13,1	11,8	12,2	13,8	32,7
Вологодская обл.	10,2	9,2	8,8	11,3	10,3	8,0	9,8	-3,9
Калининградская обл.	8,9	8,8	11,9	11,1	8,8	9,2	5,8	-34,8
Республика Карелия	7,0	7,2	7,5	15,0	14,7	15,5	15,5	121,4
Республика Коми	8,2	10,8	9,3	12,9	11,8	11,2	12,3	50,0
Ленинградская обл.	10,5	10,8	11,0	13,2	11,8	10,0	7,6	-27,6
Мурманская обл.	6,6	8,8	7,6	7,9	10,9	10,1	9,2	39,4
Новгородская обл.	11,1	10,5	10,9	13,3	15,5	14,2	17,1	54,1
Псковская обл.	13,0	12,0	13,2	11,6	15,0	14,8	10,6	-18,5
Санкт-Петербург	14,4	15,0	13,9	15,0	12,7	15,4	16,8	16,7

ЖЕНЩИНЫ Females

“Грубые” показатели С.Р.								
Административная территория	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	% прироста
Россия	7,7	8,2	8,6	9,9	9,8	9,8	9,9	28,6
Архангельская обл.	9,7	7,4	9,1	11,6	12,2	12,9	13,5	39,2
Вологодская обл.	7,4	7,8	7,2	9,9	6,8	8,1	6,8	-8,1
Калининградская обл.	8,3	6,7	9,1	10,9	6,4	8,9	7,5	-9,6
Республика Карелия	3,6	9,0	7,1	13,2	14,9	13,5	14,7	308,3
Республика Коми	6,9	7,2	6,2	8,4	7,8	9,6	9,5	37,7
Ленинградская обл.	8,6	9,7	8,6	10,0	11,3	8,1	11,7	36,0
Мурманская обл.	4,6	7,1	7,8	9,3	7,3	10,3	10,9	137,0
Новгородская обл.	11,2	8,2	10,3	12,9	10,6	9,5	14,6	30,4
Псковская обл.	6,9	10,7	10,0	10,3	13,3	12,3	7,0	1,4
Санкт-Петербург	13,1	14,7	15,1	16,2	15,4	15,3	16,2	23,7

Таблица 23.

злокачественными новообразованиями (на 100 000)

Стандартизованные показатели (мировой стандарт) ASR (w)

Административная территория	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	% прироста
Россия	8,9	8,3	8,1	8,7	8,3	8,5	8,4	-5,6
Архангельская обл.	10,4	7,9	9,0	10,9	8,7	9,0	10,5	1,0
Вологодская обл.	9,1	7,6	7,6	8,5	8,0	5,8	7,1	-22,0
Калининградская обл.	9,3	8,4	9,5	8,9	6,6	7,0	4,3	-53,8
Республика Карелия	6,8	6,2	6,2	12,6	11,4	11,5	11,6	70,6
Республика Коми	10,2	11,5	10,4	13,1	10,7	9,5	11,2	9,8
Ленинградская обл.	8,9	8,6	8,3	9,9	7,8	7,1	5,3	-40,4
Мурманская обл.	9,0	10,0	8,2	8,6	10,3	9,0	8,0	-11,1
Новгородская обл.	9,0	8,6	8,4	8,9	11,3	9,4	11,0	22,2
Псковская обл.	10,2	8,8	8,6	8,0	9,7	9,3	6,5	-36,3
Санкт-Петербург	12,0	11,2	9,8	10,0	8,7	10,3	11,3	-5,8

Стандартизованные показатели (мировой стандарт) ASR (w)

Административная территория	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	% прироста
Россия	4,4	4,2	4,4	4,7	4,7	4,6	4,6	4,5
Архангельская обл.	6,0	3,9	5,0	5,8	6,0	5,7	5,6	-6,7
Вологодская обл.	3,9	3,6	3,5	4,4	3,5	3,6	3,2	-17,9
Калининградская обл.	5,1	3,9	5,1	5,5	3,3	4,2	3,4	-33,3
Республика Карелия	2,2	5,2	3,6	7,2	6,9	5,2	6,6	200,0
Республика Коми	5,8	5,0	4,0	4,9	4,7	5,7	5,2	-10,3
Ленинградская обл.	4,3	4,6	3,4	4,3	4,5	3,8	5,1	18,6
Мурманская обл.	3,9	5,0	5,7	5,3	4,2	5,8	5,7	46,2
Новгородская обл.	4,8	3,5	4,3	5,9	4,6	3,8	6,1	27,1
Псковская обл.	3,0	4,3	4,6	4,4	5,2	4,8	2,7	-10,0
Санкт-Петербург	6,4	6,7	6,1	6,6	6,0	6,0	5,9	-7,8

**Динамика заболеваемости населения Северо-Западного Федерального округа России
Гортань. МКБ-10: С32 Cancer incidence**

МУЖЧИНЫ Males

“Грубые” показатели С.Р.								
Административная территория	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	% прироста
Россия	10,5	10,2	9,3	9,5	9,5	9,6	9,3	-11,0
Архангельская обл.	6,3	6,3	6,9	7,5	8,8	9,7	9,5	50,8
Вологодская обл.	9,0	6,8	10,7	9,2	6,2	8,3	9,8	8,9
Калининградская обл.	14,7	9,0	8,5	8,6	8,8	9,4	8,9	-39,5
Республика Карелия	11,5	7,2	4,7	7,7	8,6	9,6	11,4	-0,9
Республика Коми	7,4	6,6	7,0	7,1	5,7	9,1	9,9	33,8
Ленинградская обл.	12,2	12,2	8,7	9,1	9,2	7,5	9,1	-25,4
Мурманская обл.	3,8	6,6	7,8	11,1	6,9	6,9	5,4	42,1
Новгородская обл.	14,9	12,6	15,4	10,9	10,6	11,0	11,1	-25,5
Псковская обл.	20,5	14,2	14,7	12,2	15,0	16,1	21,8	6,3
Санкт-Петербург	7,1	7,0	8,9	9,4	7,0	7,0	8,1	14,1

ЖЕНЩИНЫ Females

“Грубые” показатели С.Р.								
Административная территория	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	% прироста
Россия	0,5	0,5	0,5	0,6	0,5	0,5	0,5	0,0
Архангельская обл.	0,8	0,8	0,6	0,6	0,8	0,6	0,9	12,5
Вологодская обл.	0,3	0,0	0,8	0,3	0,3	1,1	0,0	-100,0
Калининградская обл.	0,6	0,4	1,0	1,0	1,2	0,8	0,6	0,0
Республика Карелия	1,0	0,0	0,0	1,1	0,9	0,3	0,3	-70,0
Республика Коми	0,5	0,5	0,8	0,2	0,9	0,2	1,1	120,0
Ленинградская обл.	0,3	0,6	0,6	0,5	1,1	1,2	0,3	0,0
Мурманская обл.	0,4	0,2	0,5	0,9	0,7	0,5	0,5	25,0
Новгородская обл.	0	0,8	0,5	0,6	1,2	1,2	0,9	0,0
Псковская обл.	0,9	0,7	0,5	0,5	0,3	1,7	0,3	-66,7
Санкт-Петербург	0,4	0,4	0,5	0,8	1,2	0,9	0,7	75,0

Таблица 24.

злокачественными новообразованиями (на 100 000)

<i>Стандартизованные показатели (мировой стандарт) ASR (w)</i>									
<i>Административная территория</i>	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	<i>% прироста</i>	
Россия	9,3	8,5	7,4	7,3	7,1	7,1	6,8	-26,9	
Архангельская обл.	6,3	5,2	5,5	6,1	7,4	7,2	7,1	12,7	
Вологодская обл.	8,0	5,3	7,9	6,5	4,4	6,3	7,2	-10,0	
Калининградская обл.	13,6	7,7	7,5	6,9	6,5	7,4	6,9	-49,3	
Республика Карелия	11,4	7,0	4,3	6,1	6,3	7,0	7,9	-30,7	
Республика Коми	10,1	7,1	6,5	6,2	5,9	7,4	8,4	-16,8	
Ленинградская обл.	10,1	10,0	6,5	6,4	6,1	5,2	6,2	-38,6	
Мурманская обл.	5,0	6,4	9,4	11,0	7,1	5,2	4,7	-6,0	
Новгородская обл.	11,8	9,6	10,7	7,9	7,5	7,4	7,1	-39,8	
Псковская обл.	16,1	10,6	10,2	8,5	9,6	10,9	14,1	-12,4	
Санкт-Петербург	5,9	5,2	6,2	6,5	4,7	5,0	5,7	-3,4	
<i>Стандартизованные показатели (мировой стандарт) ASR (w)</i>									
<i>Административная территория</i>	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	<i>% прироста</i>	
Россия	0,3	0,3	0,3	0,4	0,3	0,3	0,3	0,0	
Архангельская обл.	0,6	0,5	0,3	0,5	0,6	0,3	0,5	-16,7	
Вологодская обл.	0,2	0,0	0,7	0,3	0,1	0,6	0,0	-100,0	
Калининградская обл.	0,4	0,2	0,5	0,8	0,8	0,4	0,3	-25,0	
Республика Карелия	0,6	0,0	0,0	0,7	0,4	0,1	0,2	-66,7	
Республика Коми	0,5	0,4	0,5	0,1	0,6	0,1	0,9	80,0	
Ленинградская обл.	0,2	0,3	0,4	0,2	0,5	0,7	0,2	0,0	
Мурманская обл.	0,3	0,2	0,3	0,6	0,6	0,3	0,3	0,0	
Новгородская обл.	0,0	0,7	0,4	0,4	0,7	0,6	0,5	0,0	
Псковская обл.	0,6	0,4	0,4	0,5	0,2	0,9	0,1	-83,3	
Санкт-Петербург	0,2	0,2	0,3	0,4	0,6	0,4	0,4	100,0	

**Динамика заболеваемости населения Северо-Западного Федерального округа России
Трахея, бронхи, легкое. МКБ-10: С33,34 Cancer incidence**

МУЖЧИНЫ Males

“Грубые” показатели С.Р.								
Административная территория	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	% прироста
Россия	80,6	77,9	72,8	70,7	68,7	68,1	67,8	-15,9
Архангельская обл.	81,1	73,1	80,2	84,2	80,8	86,8	91,3	12,6
Вологодская обл.	87,8	81,8	78,1	71,8	66,5	56,4	67,0	-23,7
Калининградская обл.	90,8	76,8	62,7	59,5	53,9	50,2	50,6	-44,3
Республика Карелия	72,5	78,1	80,2	80,6	90,7	71,2	83,2	14,8
Республика Коми	58,2	64,2	68,0	68,7	75,0	64,1	73,2	25,8
Ленинградская обл.	97,6	81,8	70,9	66,4	60,1	56,3	56,8	-41,8
Мурманская обл.	50,5	51,5	58,2	63,6	75,2	61,9	71,7	42,0
Новгородская обл.	106,5	95,7	105,2	101,7	99,2	77,8	102,3	-3,9
Псковская обл.	99,6	105,6	80,3	88,3	81,1	78,7	79,6	-20,1
Санкт-Петербург	81,3	77,6	69,8	60,0	58,0	60,5	58,1	-28,5

Женщины Females

“Грубые” показатели С.Р.								
Административная территория	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	% прироста
Россия	12,9	13,2	12,8	13,9	13,8	13,5	14,2	10,1
Архангельская обл.	8,0	11,6	9,7	14,6	15,1	12,8	14,3	78,8
Вологодская обл.	10,4	8,8	10,0	11,6	8,5	10,1	9,8	-5,8
Калининградская обл.	11,9	7,9	11,7	15,5	15,2	9,1	10,6	-10,9
Республика Карелия	7,3	8,2	8,7	12,7	13,5	14,4	11,0	50,7
Республика Коми	11,9	12,5	15,8	17,0	15,9	15,0	14,7	23,5
Ленинградская обл.	12,9	10,5	13,9	12,1	12,7	11,0	14,5	12,4
Мурманская обл.	6,4	9,3	11,0	16,2	12,1	14,9	18,1	182,8
Новгородская обл.	8,0	10,2	13,8	10,7	13,2	13,0	14,8	85,0
Псковская обл.	10,0	11,6	14,3	9,3	11,9	11,4	14,3	43,0
Санкт-Петербург	16,3	15,3	16,7	17,5	18,6	16,0	17,6	8,0

Таблица 25.

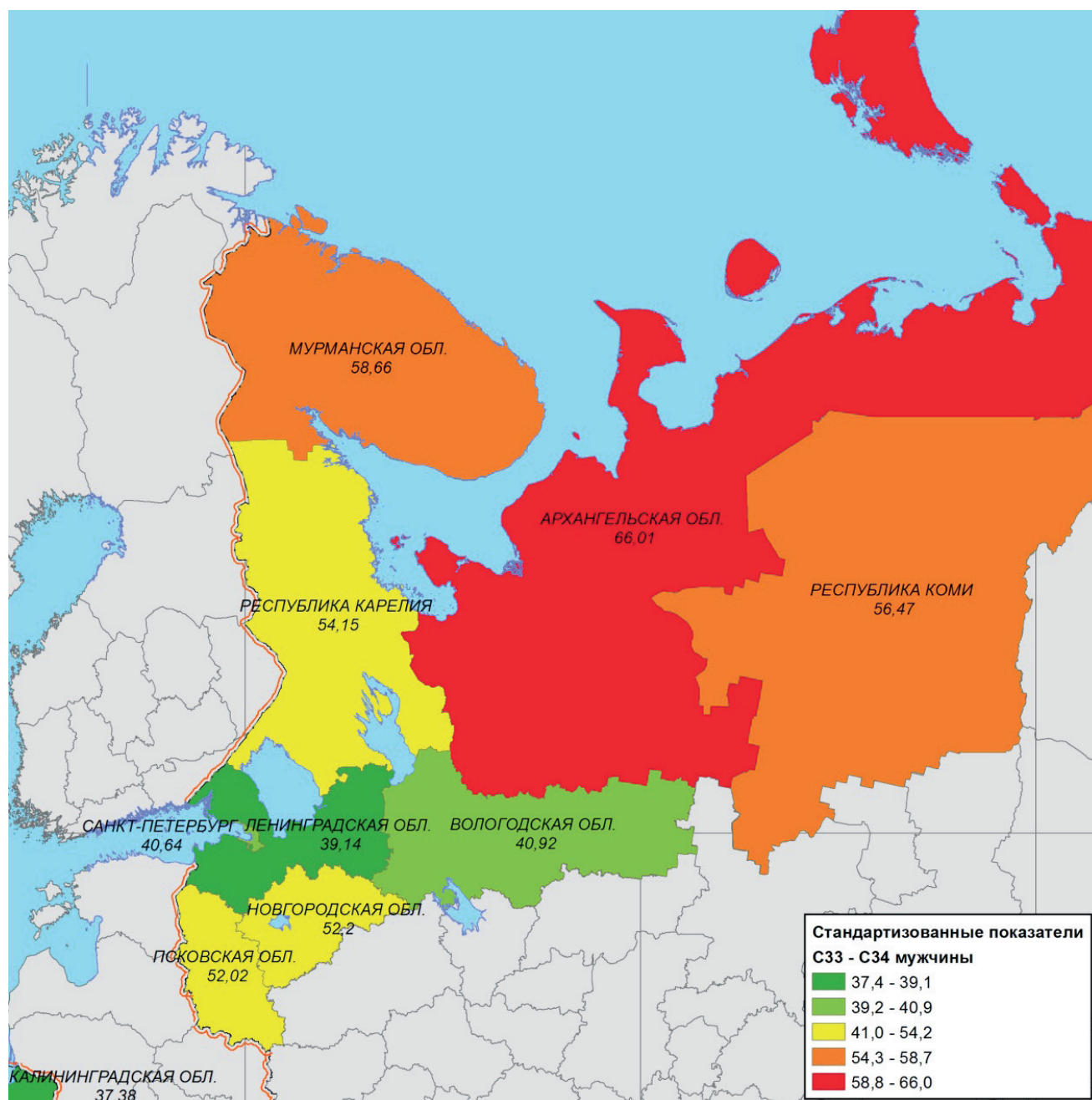
злокачественными новообразованиями (на 100 000)

Стандартизованные показатели (мировой стандарт) ASR (w)

Административная территория	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	% прироста
Россия	73,3	64,2	57,6	54,0	51,1	50,0	49,1	-33,0
Архангельская обл.	84,2	67,0	70,2	69,8	64,9	66,0	66,9	-20,5
Вологодская обл.	77,6	67,1	62,0	55,7	49,1	40,9	49,1	-36,7
Калининградская обл.	88,8	67,0	53,3	47,1	41,5	37,4	37,6	-57,7
Республика Карелия	74,1	70,6	68,1	66,0	67,5	54,2	61,2	-17,4
Республика Коми	79,7	14,0	77,2	68,0	73,0	56,5	62,0	-22,2
Ленинградская обл.	83,7	64,8	52,6	47,7	43,3	39,1	37,9	-54,7
Мурманская обл.	72,9	57,3	69,9	67,6	73,7	58,7	67,6	-7,3
Новгородская обл.	87,2	73,4	73,7	74,2	66,6	52,2	67,1	-23,1
Псковская обл.	76,5	78,4	57,2	60,5	53,4	52,0	53,4	-30,2
Санкт-Петербург	68,2	58,0	48,7	40,0	39,0	40,6	39,8	-41,6

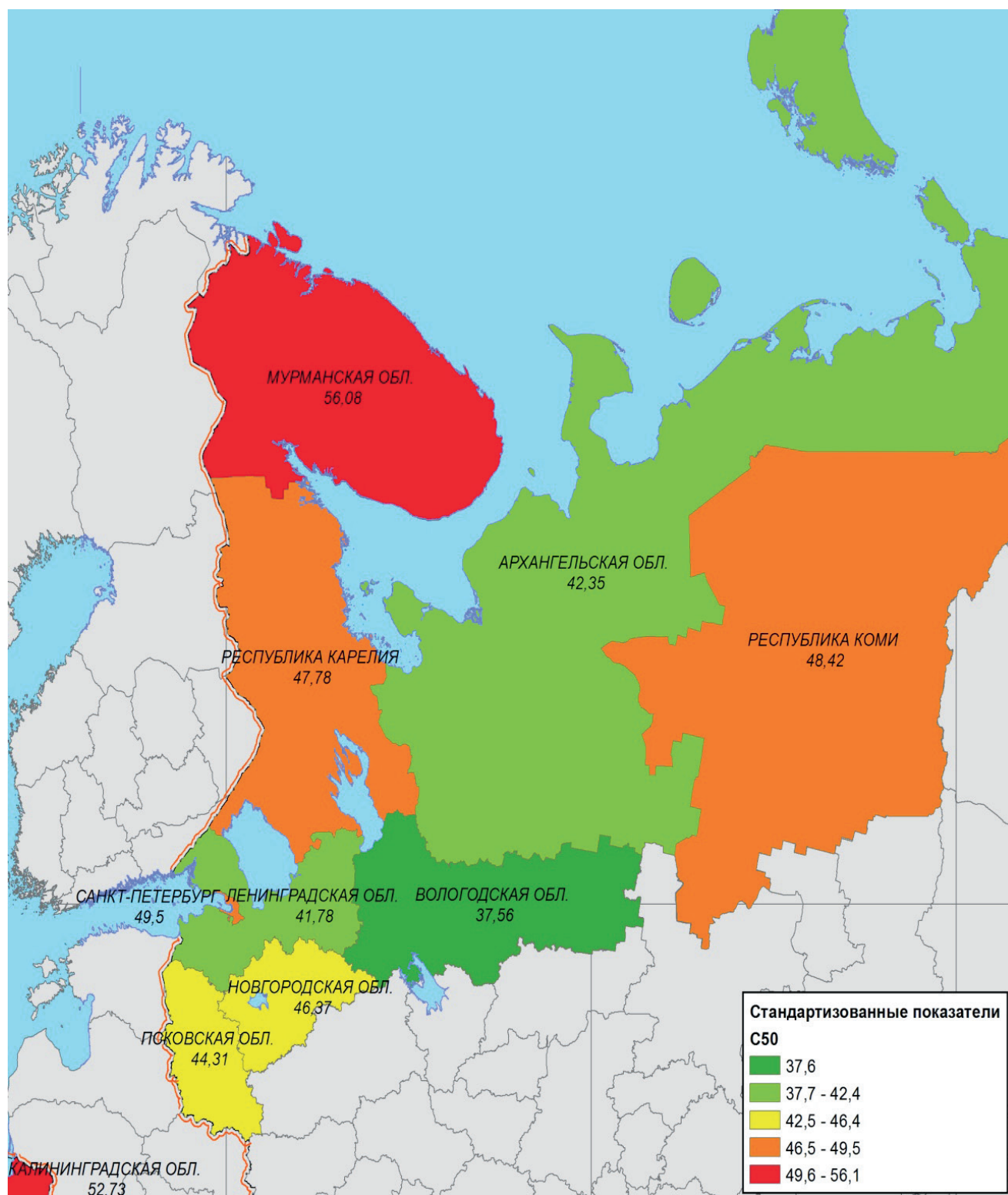
Стандартизованные показатели (мировой стандарт) ASR (w)

Административная территория	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	% прироста
Россия	7,5	7,1	6,7	7,1	7,0	6,8	7,2	-4,0
Архангельская обл.	5,2	6,4	5,2	8,0	7,2	6,1	6,6	26,9
Вологодская обл.	5,6	4,4	5,0	7,2	5,0	5,5	5,2	-7,1
Калининградская обл.	8,4	4,5	7,0	7,5	8,7	5,0	5,5	-34,5
Республика Карелия	5,0	5,2	4,6	6,1	7,6	8,0	4,9	-2,0
Республика Коми	10,2	8,8	11,0	10,3	9,6	8,9	8,2	-19,6
Ленинградская обл.	6,6	5,8	6,8	5,5	6,1	5,2	6,8	3,0
Мурманская обл.	5,5	6,7	6,8	9,9	7,5	9,1	10,0	81,8
Новгородская обл.	3,9	4,8	6,0	5,0	6,4	5,8	6,9	76,9
Псковская обл.	5,1	5,0	6,5	4,9	6,1	4,9	6,8	33,3
Санкт-Петербург	8,2	6,8	7,5	7,6	8,0	7,2	7,9	-3,7



Картограмма 5. Заболеваемость мужского населения Северо-Западного Федерального округа России злокачественными новообразованиями трахеи, бронхов, легкого МКБ-10:С33,34

Cancer incidence. Males . ASR (W)



Картограмма 6. Заболеваемость женского населения Северо-Западного Федерального округа России злокачественными новообразованиями молочной железы МКБ-10:C50

Cancer incidence . ASR (W)

**Динамика заболеваемости населения Северо-Западного Федерального округа России
Меланома кожи. МКБ-10: C43 Cancer incidence**

МУЖЧИНЫ Males

“Грубые” показатели С.Р.								
Административная территория	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	% прироста
Россия	2,9	3,5	4,2	4,7	5,0	5,0	5,1	75,9
Архангельская обл.	2,0	3,8	3,5	4,8	5,1	6,2	5,0	150,0
Вологодская обл.	3,2	4,0	3,9	6,7	5,8	6,0	4,9	53,1
Калининградская обл.	2,9	2,2	4,0	5,0	5,4	5,2	5,6	93,1
Республика Карелия	4,0	2,5	4,4	6,7	6,5	5,9	8,3	107,5
Республика Коми	1,7	2,5	2,5	3,6	5,0	3,4	6,0	252,9
Ленинградская обл.	2,3	2,2	3,0	3,9	4,9	7,1	4,5	95,7
Мурманская обл.	2,3	3,1	3,6	5,2	3,2	5,9	6,5	182,6
Новгородская обл.	2,9	4,8	6,9	4,9	2,5	5,3	6,4	120,7
Псковская обл.	3,9	3,6	4,8	4,2	5,9	5,3	5,0	28,2
Санкт-Петербург	4,5	5,0	6,8	6,0	7,1	6,6	6,8	51,1

ЖЕНЩИНЫ Females

“Грубые” показатели С.Р.								
Административная территория	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	% прироста
Россия	3,8	5,2	5,9	7,0	7,0	7,0	7,3	92,1
Архангельская обл.	3,7	4,7	7,1	9,4	8,0	9,2	11,8	218,9
Вологодская обл.	3,7	4,5	5,7	8,2	8,7	8,2	8,4	127,0
Калининградская обл.	4,8	5,1	7,9	6,3	7,6	9,1	10,6	120,8
Республика Карелия	5,1	6,0	7,7	8,9	8,9	7,8	10,1	98,0
Республика Коми	2,4	3,5	5,0	6,0	4,7	10,5	5,8	141,7
Ленинградская обл.	3,8	4,5	6,0	8,1	6,2	7,2	7,4	94,7
Мурманская обл.	3,3	5,9	7,6	8,3	8,5	9,0	11,4	245,5
Новгородская обл.	3,2	5,6	8,9	7,9	9,2	9,5	9,3	190,6
Псковская обл.	4,2	5,6	7,8	8,5	8,3	9,5	6,7	59,5
Санкт-Петербург	5,2	8,5	9,6	11,6	10,3	9,0	10,8	107,7

Таблица 26.

злокачественными новообразованиями (на 100 000)

Стандартизованные показатели (мировой стандарт) ASR (w)

Административная территория	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	% прироста
Россия	2,6	2,9	3,4	3,6	3,8	3,8	3,8	46,2
Архангельская обл.	2,2	3,1	3,1	3,6	4,7	4,6	3,9	77,3
Вологодская обл.	2,8	3,3	2,8	4,9	4,2	4,3	3,7	32,1
Калининградская обл.	2,9	1,7	3,1	4,0	4,0	4,2	4,1	41,4
Республика Карелия	3,8	2,2	3,7	4,6	4,3	4,9	6,4	68,4
Республика Коми	1,7	2,8	2,3	4,3	4,2	3,1	5,5	223,5
Ленинградская обл.	2,0	1,8	2,3	2,6	3,5	5,3	3,0	50,0
Мурманская обл.	2,8	2,5	3,3	4,6	2,4	5,2	6,0	114,3
Новгородская обл.	2,4	3,9	5,6	3,5	2,1	3,4	4,4	83,3
Псковская обл.	3,2	3,0	3,8	2,9	4,1	4,3	3,2	0,0
Санкт-Петербург	3,8	3,7	4,9	4,0	4,9	4,5	4,6	21,1

Стандартизованные показатели (мировой стандарт) ASR (w)

Административная территория	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	% прироста
Россия	2,7	3,4	3,7	4,3	4,2	4,2	4,3	59,3
Архангельская обл.	3,0	3,3	5,1	6,6	5,2	6,2	6,5	116,7
Вологодская обл.	2,4	2,9	3,7	5,7	5,0	5,2	4,8	100,0
Калининградская обл.	3,4	3,6	5,0	3,5	3,8	5,3	6,2	82,4
Республика Карелия	3,8	4,0	5,0	5,3	5,6	4,4	5,7	50,0
Республика Коми	2,1	2,8	3,5	4,4	2,9	7,2	3,9	85,7
Ленинградская обл.	2,9	2,9	3,3	5,2	3,7	4,4	3,7	27,6
Мурманская обл.	2,8	4,0	5,4	5,3	5,4	6,2	7,0	150,0
Новгородская обл.	1,9	2,8	5,3	4,3	4,2	5,7	4,8	152,6
Псковская обл.	3,2	3,2	5,0	4,8	5,0	5,5	3,4	6,3
Санкт-Петербург	3,3	5,1	5,5	6,1	5,3	5,1	5,7	72,7

**Динамика заболеваемости населения Северо-Западного Федерального округа России
Другие новообразования кожи. МКБ-10: С44, 46.0 Cancer incidence**

МУЖЧИНЫ Males

“Грубые” показатели С.Р.								
Административная территория	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	% прироста
Россия	22,2	27,3	30,9	36,6	36,8	36,3	36,9	66,2
Архангельская обл.	11,0	17,1	20,1	24,8	29,2	30,3	29,8	170,9
Вологодская обл.	15,4	25,0	27,1	33,5	31,0	35,4	35,2	128,6
Калининградская обл.	21,1	22,2	41,7	37,8	50,1	40,3	37,8	79,1
Республика Карелия	12,6	2,5	6,8	20,8	30,8	30,3	35,9	184,9
Республика Коми	9,0	8,9	14,2	14,9	10,9	16,7	17,9	98,9
Ленинградская обл.	17,1	16,6	16,6	19,5	22,4	23,7	24,4	42,7
Мурманская обл.	6,8	9,7	14,0	18,3	23,3	25,6	24,0	252,9
Новгородская обл.	19,9	30,7	30,1	34,7	40,2	42,6	38,2	92,0
Псковская обл.	28,1	34,6	32,8	35,3	40,1	50,5	46,9	66,9
Санкт-Петербург	13,5	18,4	22,0	23,2	22,6	21,1	24,1	78,5

ЖЕНЩИНЫ Females

“Грубые” показатели С.Р.								
Административная территория	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	% прироста
Россия	31,1	38,3	43,6	52,7	53,8	53,7	54,0	73,6
Архангельская обл.	19,6	27,0	33,0	43,1	47,1	47,6	50,5	157,7
Вологодская обл.	26,5	41,1	51,0	58,7	67,5	60,4	60,0	126,4
Калининградская обл.	21,9	30,5	56,1	48,6	65,9	57,5	54,5	148,9
Республика Карелия	10,7	8,5	8,7	33,7	45,0	37,7	43,4	305,6
Республика Коми	13,3	15,7	19,5	24,2	27,5	24,4	26,2	97,0
Ленинградская обл.	23,9	26,8	32,6	35,2	39,9	43,2	35,9	50,2
Мурманская обл.	10,1	20,7	26,1	32,6	34,4	34,2	38,8	284,2
Новгородская обл.	33,2	55,8	48,6	51,8	62,4	71,4	65,2	96,4
Псковская обл.	42,0	53,7	55,2	78,5	88,9	86,6	85,4	103,3
Санкт-Петербург	19,6	29,5	34,9	36,0	37,9	36,5	36,5	86,2

Таблица 27.

злокачественными новообразованиями (на 100 000)

Стандартизованные показатели (мировой стандарт) ASR (w)									
Административная территория	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	% прироста	
Россия	21,0	22,8	24,5	27,8	27,3	26,4	26,5	26,2	
Архангельская обл.	12,2	15,9	20,8	21,2	23,2	23,8	22,3	82,8	
Вологодская обл.	14,4	21,6	21,5	25,3	22,8	25,4	25,5	77,1	
Калининградская обл.	22,1	20,4	37,4	29,4	40,7	30,6	27,9	26,2	
Республика Карелия	13,2	2,8	7,1	17,3	23,6	23,6	26,1	97,7	
Республика Коми	12,6	11,7	17,9	14,3	11,5	15,8	16,5	31,0	
Ленинградская обл.	15,9	13,7	13,4	14,4	16,3	16,4	16,6	4,4	
Мурманская обл.	9,9	11,1	19,4	24,8	24,0	24,6	23,6	138,4	
Новгородская обл.	17,5	25,0	23,0	24,3	26,6	30,2	25,0	42,9	
Псковская обл.	22,5	26,4	23,4	25,1	28,0	33,2	30,3	34,7	
Санкт-Петербург	11,6	13,4	14,9	14,8	14,6	13,4	15,6	34,5	
Стандартизованные показатели (мировой стандарт) ASR (w)									
Административная территория	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	% прироста	
Россия	17,8	20,2	21,6	25,2	25,4	25,0	24,8	39,3	
Архангельская обл.	13,1	15,5	17,7	21,8	23,0	23,2	24,3	85,5	
Вологодская обл.	14,6	22,3	25,8	27,0	32,6	28,9	29,2	100,0	
Калининградская обл.	13,3	16,3	31,2	24,6	30,8	27,7	25,0	88,0	
Республика Карелия	7,3	2,0	4,9	16,9	18,7	17,1	19,9	172,6	
Республика Коми	11,0	10,8	13,6	14,2	15,4	13,6	14,2	29,1	
Ленинградская обл.	13,9	13,2	14,3	15,4	17,7	18,6	15,0	7,9	
Мурманская обл.	8,7	14,7	17,0	19,8	18,9	17,8	20,0	129,9	
Новгородская обл.	17,0	26,7	20,1	20,4	24,4	27,3	24,3	42,9	
Псковская обл.	20,5	24,3	24,4	33,9	38,9	36,9	35,0	70,7	
Санкт-Петербург	9,9	13,5	14,7	14,2	15,6	14,5	14,7	48,5	

*Динамика заболеваемости населения Северо-Западного Федерального округа России
Молочная железа. МКБ-10: C50 Cancer incidence*

ЖЕНЩИНЫ Females

“Грубые” показатели С.Р.								
Административная территория	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	% прироста
Россия	48,0	58,1	65,1	75,1	74,9	76,7	78,8	64,2
Архангельская обл.	34,8	45,3	52,0	60,3	72,6	72,3	74,9	115,2
Вологодская обл.	32,6	41,1	57,7	64,3	63,3	59,5	68,5	110,1
Калининградская обл.	51,7	64,3	77,4	76,4	82,4	90,2	92,4	78,7
Республика Карелия	42,7	52,8	59,2	75,9	72,8	81,7	85,9	101,2
Республика Коми	35,4	41,8	50,9	65,5	66,7	75,8	74,6	110,7
Ленинградская обл.	59,8	55,7	71,1	67,1	74,8	73,0	59,9	0,2
Мурманская обл.	43,5	53,4	69,5	80,3	90,2	90,6	91,2	109,7
Новгородская обл.	55,2	57,6	69,4	83,0	84,8	81,3	79,7	44,4
Псковская обл.	46,4	57,0	65,3	79,3	74,8	81,3	71,6	54,3
Санкт-Петербург	60,6	83,5	86,5	90,6	82,5	89,3	85,7	41,4

Таблица 28.

злокачественными новообразованиями (на 100 000)

Стандартизованные показатели (мировой стандарт) ASR (w)

Административная территория	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	% прироста
Россия	33,5	38,2	40,9	45,8	45,2	46,2	47,1	40,6
Архангельская обл.	26,1	32,3	33,6	36,8	42,2	42,4	44,5	70,5
Вологодская обл.	21,6	37,3	37,9	39,4	39,9	37,6	43,6	101,9
Калининградская обл.	35,6	40,5	50,4	45,4	49,1	52,7	54,2	52,2
Республика Карелия	31,3	35,4	37,4	46,7	42,6	47,8	49,3	57,5
Республика Коми	29,5	31,6	37,4	42,2	43,8	48,4	46,1	56,3
Ленинградская обл.	40,1	34,5	42,0	37,5	42,6	41,8	33,1	-17,5
Мурманская обл.	33,6	37,0	48,1	50,6	56,4	56,1	54,4	61,9
Новгородская обл.	36,6	35,1	39,5	47,7	46,9	46,4	43,9	19,9
Псковская обл.	31,9	35,4	37,3	46,1	39,2	44,3	37,2	16,6
Санкт-Петербург	49,3	47,5	49,6	49,6	46,2	49,5	47,1	-4,5

**Динамика заболеваемости населения Северо-Западного Федерального округа России
Шейка матки. МКБ-10: C53 Cancer incidence**

“Грубые” показатели С.Р.								
Административная территория	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	% прироста
Россия	15,1	16,0	17,0	19,3	19,3	19,6	20,0	32,5
Архангельская обл.	10,8	13,5	14,8	25,4	20,8	21,3	22,1	104,6
Вологодская обл.	8,0	10,4	12,1	20,2	23,5	28,2	26,2	227,5
Калининградская обл.	11,9	15,1	27,8	26,6	20,2	23,2	20,4	71,4
Республика Карелия	11,2	12,5	19,0	39,9	43,8	31,7	28,3	152,7
Республика Коми	16,8	17,3	22,7	18,2	22,5	21,6	24,0	42,9
Ленинградская обл.	16,0	18,5	20,3	16,5	17,7	17,1	18,7	16,9
Мурманская обл.	10,8	9,9	21,0	21,1	16,7	16,1	15,6	44,4
Новгородская обл.	15,0	22,8	27,3	24,5	25,0	25,7	25,9	72,7
Псковская обл.	21,4	26,6	31,4	33,2	42,2	36,5	28,6	33,6
Санкт-Петербург	13,5	16,1	15,3	16,5	16,3	16,4	16,1	19,3

**Динамика заболеваемости населения Северо-Западного Федерального округа России
Тело матки. МКБ-10: C54 Cancer incidence**

“Грубые” показатели С.Р.								
Административная территория	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	% прироста
Россия	16,4	19,5	22,5	25,9	27,1	27,7	28,9	76,2
Архангельская обл.	12,8	11,1	17,0	22,2	23,4	25,3	28,7	124,2
Вологодская обл.	10,8	14,7	17,6	21,0	19,6	24,0	24,7	128,7
Калининградская обл.	17,1	17,1	20,6	29,0	25,4	22,8	28,7	67,8
Республика Карелия	14,6	13,0	17,4	22,9	26,4	27,6	33,8	131,5
Республика Коми	7,4	10,2	15,6	19,6	23,5	20,1	24,9	236,5
Ленинградская обл.	15,6	22,4	21,1	23,5	24,9	19,7	20,2	29,5
Мурманская обл.	13,4	15,8	17,4	25,7	26,9	34,9	34,9	160,4
Новгородская обл.	21,0	17,4	24,3	27,6	28,7	31,8	37,8	80,0
Псковская обл.	16,5	22,0	23,9	31,8	34,8	34,0	29,2	77,0
Санкт-Петербург	21,3	25,2	28,4	28,5	28,6	30,6	31,2	46,5

Таблица 29.

злокачественными новообразованиями (на 100 000)

Стандартизованные показатели (мировой стандарт) ASR (w)									
Административная территория	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	% прироста	
Россия	10,7	11,2	12,0	13,7	13,7	13,9	14,2	32,7	
Архангельская обл.	8,1	9,4	11,1	19,3	15,5	15,9	16,2	100,0	
Вологодская обл.	5,9	7,4	9,0	15,7	19,0	23,4	21,8	269,5	
Калининградская обл.	8,4	10,3	19,4	18,7	13,6	16,2	13,4	59,5	
Республика Карелия	8,3	10,0	14,3	31,6	35,7	24,6	22,7	173,5	
Республика Коми	13,9	13,4	17,3	13,2	17,2	15,7	17,4	25,3	
Ленинградская обл.	10,9	12,6	14,9	11,4	13,1	12,3	13,0	19,3	
Мурманская обл.	8,9	6,9	15,5	14,2	11,0	10,3	11,2	25,8	
Новгородская обл.	10,8	17,4	19,5	19,8	20,0	18,8	19,7	82,4	
Псковская обл.	15,2	21,0	26,4	27,4	35,9	28,8	23,7	55,9	
Санкт-Петербург	8,7	10,0	9,6	10,9	10,5	10,5	10,4	19,5	

Таблица 30.

злокачественными новообразованиями (на 100 000)

Стандартизованные показатели (мировой стандарт) ASR (w)									
Административная территория	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	% прироста	
Россия	11,0	12,6	13,9	15,6	16,0	16,3	16,8	52,7	
Архангельская обл.	9,0	7,7	11,1	14,0	12,7	13,8	15,6	73,3	
Вологодская обл.	7,3	10,2	11,8	13,0	11,6	14,5	13,6	86,3	
Калининградская обл.	11,5	10,1	12,6	17,1	14,5	12,3	16,1	40,0	
Республика Карелия	10,6	9,5	11,2	14,6	14,8	16,5	19,1	80,2	
Республика Коми	6,2	7,8	10,5	13,6	15,2	12,9	15,1	143,5	
Ленинградская обл.	10,2	13,9	12,1	13,6	12,8	11,1	10,9	6,9	
Мурманская обл.	10,8	11,1	11,3	15,5	16,4	20,9	21,2	96,3	
Новгородская обл.	12,9	9,5	14,0	14,6	14,2	16,4	19,1	48,1	
Псковская обл.	10,3	13,9	13,3	16,4	18,0	17,3	15,3	48,5	
Санкт-Петербург	12,7	13,9	15,5	15,2	14,9	15,9	16,2	27,6	

**Динамика заболеваемости населения Северо-Западного Федерального округа России
Яичник. МКБ-10: C56 Cancer incidence**

“Грубые” показатели С.Р.								
Административная территория	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	% прироста
Россия	13,7	15,2	16,2	17,2	16,9	16,8	17,2	25,5
Архангельская обл.	11,0	12,4	17,0	15,7	16,0	21,1	15,1	37,3
Вологодская обл.	10,7	14,8	12,4	17,0	16,4	16,7	20,0	86,9
Калининградская обл.	11,7	15,9	19,2	19,2	16,6	16,9	14,6	24,8
Республика Карелия	9,7	13,2	15,3	18,6	22,9	20,7	19,4	100,0
Республика Коми	9,7	14,4	13,9	15,8	20,3	15,6	19,3	99,0
Ленинградская обл.	12,3	13,8	13,6	14,2	13,6	17,5	16,0	30,1
Мурманская обл.	10,1	12,8	16,5	15,5	19,1	20,3	17,1	69,3
Новгородская обл.	16,0	16,9	23,0	23,6	19,0	22,3	22,4	40,0
Псковская обл.	15,2	17,3	19,1	19,1	17,7	23,7	19,7	29,6
Санкт-Петербург	18,9	22,2	22,2	21,7	18,9	20,8	22,1	16,9

**Динамика заболеваемости населения Северо-Западного Федерального округа России
Предстательная железа. МКБ-10: C61 Cancer incidence**

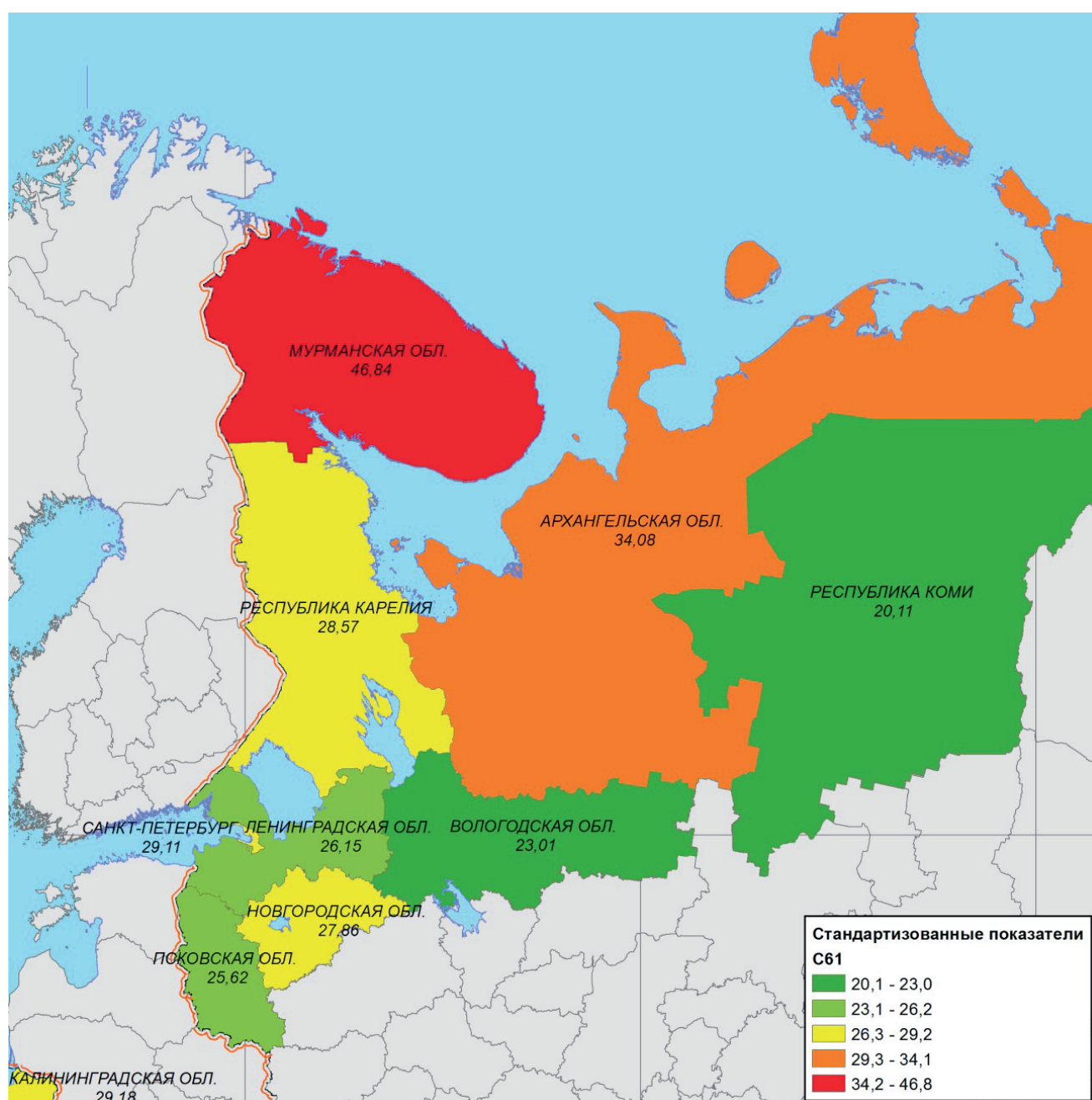
“Грубые” показатели С.Р.								
Административная территория	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	% прироста
Россия	11,2	17,0	25,6	40,0	43,2	43,9	47,5	324,1
Архангельская обл.	7,3	12,1	20,4	40,4	43,4	43,0	46,6	538,4
Вологодская обл.	12,0	12,8	30,5	33,5	30,1	30,1	29,8	148,3
Калининградская обл.	9,1	14,3	23,3	35,5	34,3	36,3	35,8	293,4
Республика Карелия	9,9	8,3	22,4	41,9	38,7	38,2	43,8	342,4
Республика Коми	3,4	7,5	12,5	26,4	23,7	19,6	34,1	902,9
Ленинградская обл.	11,7	13,6	29,4	35,6	36,6	36,7	36,3	210,3
Мурманская обл.	6,6	8,4	21,1	37,6	42,9	45,1	49,3	647,0
Новгородская обл.	9,9	20,8	33,4	34,7	38,1	41,9	35,3	256,6
Псковская обл.	11,2	16,9	21,4	27,0	40,4	40,7	44,6	298,2
Санкт-Петербург	17,0	25,9	31,3	45,6	43,8	44,1	48,2	183,5

Таблица 31.

злокачественными новообразованиями (на 100 000)									
<i>Стандартизованные показатели (мировой стандарт) ASR (w)</i>									
<i>Административная территория</i>	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	<i>% прироста</i>	
Россия	9,6	10,2	10,5	10,9	10,7	10,7	10,9	13,5	
Архангельская обл.	8,1	8,5	10,9	10,6	10,7	12,3	9,6	18,5	
Вологодская обл.	7,1	10,2	7,9	11,3	10,5	11,1	13,0	83,1	
Калининградская обл.	8,0	10,4	13,2	12,2	11,3	11,8	8,5	6,3	
Республика Карелия	7,1	8,7	10,5	12,0	13,7	12,0	11,1	56,3	
Республика Коми	8,4	11,0	10,1	10,7	14,3	10,5	13,7	63,1	
Ленинградская обл.	8,5	9,1	8,6	8,7	8,7	10,8	9,3	9,4	
Мурманская обл.	8,3	9,1	11,2	10,6	12,4	12,6	12,9	55,4	
Новгородская обл.	10,6	10,0	14,4	13,8	12,2	13,5	12,9	21,7	
Псковская обл.	8,6	11,0	10,5	12,6	11,0	14,6	11,1	29,1	
Санкт-Петербург	11,9	13,3	12,7	12,0	10,7	11,3	12,3	3,4	

Таблица 32.

злокачественными новообразованиями (на 100 000)									
<i>Стандартизованные показатели (мировой стандарт) ASR (w)</i>									
<i>Административная территория</i>	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	<i>% прироста</i>	
Россия	10,9	14,1	20,1	30,6	32,3	32,5	34,6	217,4	
Архангельская обл.	9,0	12,4	18,8	34,6	34,8	34,1	37,8	320,0	
Вологодская обл.	11,9	10,4	22,8	25,4	21,9	23,0	21,7	82,4	
Калининградская обл.	10,5	12,6	19,3	29,3	28,3	29,2	28,0	166,7	
Республика Карелия	12,3	8,0	20,6	35,8	29,6	28,6	33,1	169,1	
Республика Коми	5,0	11,2	17,9	29,4	27,1	20,1	33,9	578,0	
Ленинградская обл.	10,9	10,9	22,1	25,0	25,8	26,2	25,1	130,3	
Мурманская обл.	11,4	12,4	29,4	49,9	48,5	46,8	50,8	345,6	
Новгородская обл.	8,4	16,1	22,5	25,3	24,3	27,9	22,6	169,0	
Псковская обл.	9,2	12,0	13,6	16,9	26,6	25,6	28,6	210,9	
Санкт-Петербург	14,9	19,0	21,3	29,0	28,9	29,1	31,8	113,4	



Картограмма 7. Заболеваемость мужского населения Северо-Западного Федерального округа России злокачественными новообразованиями предстательной железы МКБ-10:С61

Cancer incidence . ASR (W)

**Динамика заболеваемости населения Северо-Западного Федерального округа России
Почка. МКБ-10: С64 Cancer incidence**

МУЖЧИНЫ Males

“Грубые” показатели С.Р.								
Административная территория	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	% прироста
Россия	8,7	11,3	13,3	15,7	16,4	16,4	17,2	97,7
Архангельская обл.	8,5	9,1	14,2	18,3	16,7	16,6	16,3	91,8
Вологодская обл.	10,4	11,8	15,4	15,3	16,7	16,1	18,0	73,1
Калининградская обл.	8,0	13,2	12,5	17,0	16,0	15,7	12,7	58,8
Республика Карелия	9,9	10,5	13,1	17,3	16,8	15,8	22,4	126,3
Республика Коми	8,0	9,8	15,5	18,2	20,6	25,4	21,3	166,3
Ленинградская обл.	8,2	10,9	13,2	13,4	13,6	13,3	12,7	54,9
Мурманская обл.	8,5	9,5	14,3	15,1	16,4	19,5	24,8	191,8
Новгородская обл.	13,5	14,1	14,7	14,4	20,1	19,2	24,6	82,2
Псковская обл.	9,1	12,3	13,8	13,8	15,3	19,7	19,5	114,3
Санкт-Петербург	12,7	16,6	16,3	19,8	16,1	17,3	17,7	39,4

ЖЕНЩИНЫ Females

“Грубые” показатели С.Р.								
Административная территория	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	% прироста
Россия	5,8	7,7	9,1	11,1	11,4	11,5	12,3	112,1
Архангельская обл.	8,5	8,3	10,6	11,2	14,0	13,1	14,8	74,1
Вологодская обл.	5,3	10,8	11,2	11,7	11,6	12,7	10,6	100,0
Калининградская обл.	6,9	8,3	9,7	10,9	11,4	13,5	11,8	71,0
Республика Карелия	10,0	9,7	12,4	14,3	14,3	15,0	20,2	102,0
Республика Коми	6,9	9,2	10,2	13,6	12,9	15,0	16,7	142,0
Ленинградская обл.	5,3	6,3	8,2	8,7	9,9	8,7	10,1	90,6
Мурманская обл.	5,7	9,1	9,8	12,0	16,5	14,2	15,8	177,2
Новгородская обл.	4,0	9,7	10,5	11,8	15,8	13,9	13,1	227,5
Псковская обл.	5,6	6,3	8,8	10,1	8,6	12,3	11,2	100,0
Санкт-Петербург	9,9	13,3	13,2	14,2	12,7	12,8	13,8	39,4

Таблица 33.

злокачественными новообразованиями (на 100 000)

Стандартизованные показатели (мировой стандарт) ASR (w)									
Административная территория	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	% прироста	
Россия	7,8	9,4	10,7	12,1	12,5	12,3	12,8	64,1	
Архангельская обл.	8,4	8,5	12,6	15,3	13,5	13,2	12,9	53,6	
Вологодская обл.	9,3	9,7	11,3	11,6	13,0	12,1	13,4	44,1	
Калининградская обл.	7,9	11,5	10,6	12,8	12,8	12,5	9,5	20,3	
Республика Карелия	9,5	9,3	11,4	14,9	12,7	11,2	16,9	77,9	
Республика Коми	10,6	10,7	16,1	16,8	19,3	22,8	16,7	57,5	
Ленинградская обл.	7,1	8,6	9,3	9,3	9,6	9,3	9,4	32,4	
Мурманская обл.	9,6	10,1	15,4	15,2	15,6	17,7	21,2	120,8	
Новгородская обл.	10,9	11,3	10,3	10,6	13,9	12,9	16,3	49,5	
Псковская обл.	7,3	10,9	10,9	9,2	10,2	14,1	13,1	79,5	
Санкт-Петербург	10,6	12,5	11,9	13,3	11,8	12,1	12,4	17,0	
Стандартизованные показатели (мировой стандарт) ASR (w)									
Административная территория	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	% прироста	
Россия	3,9	5,0	5,6	6,6	6,8	6,7	7,1	82,1	
Архангельская обл.	6,0	5,5	6,3	6,1	7,8	7,5	8,1	35,0	
Вологодская обл.	3,5	6,5	6,4	6,9	6,3	7,2	6,1	74,3	
Калининградская обл.	4,8	5,7	5,8	6,1	6,9	7,5	6,2	29,2	
Республика Карелия	7,1	6,3	7,4	8,7	9,0	7,3	10,5	47,9	
Республика Коми	6,0	7,3	8,0	9,2	7,6	9,1	11,0	83,3	
Ленинградская обл.	3,2	3,7	4,4	4,8	6,0	4,8	5,2	62,5	
Мурманская обл.	5,0	6,3	6,5	7,4	10,1	8,8	8,9	78,0	
Новгородская обл.	2,2	5,9	5,2	6,8	7,8	7,1	6,4	190,9	
Псковская обл.	2,8	3,3	6,2	6,1	4,5	6,5	6,6	135,7	
Санкт-Петербург	5,6	6,9	6,5	6,9	6,1	6,4	6,6	17,9	

**Динамика заболеваемости населения Северо-Западного Федерального округа России
Мочевой пузырь. МКБ-10: С67 Cancer incidence**

МУЖЧИНЫ Males

“Грубые” показатели С.Р.								
Административная территория	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	% прироста
Россия	11,9	13,9	15,2	16,4	16,3	16,7	16,7	40,3
Архангельская обл.	10,4	13,0	15,1	16,6	17,4	17,2	14,1	35,6
Вологодская обл.	11,0	15,7	14,5	15,1	18,1	16,5	13,4	21,8
Калининградская обл.	16,5	13,2	18,1	19,9	17,2	21,5	18,7	13,3
Республика Карелия	9,6	10,2	15,8	16,0	15,4	16,5	21,4	122,9
Республика Коми	3,9	6,4	12,1	10,4	16,1	15,3	12,8	228,2
Ленинградская обл.	13,3	11,8	15,1	13,4	12,3	13,8	12,5	-6,0
Мурманская обл.	4,2	7,8	9,5	8,7	10,3	13,3	16,7	297,6
Новгородская обл.	14,6	14,4	19,0	24,2	18,7	20,9	20,7	41,8
Псковская обл.	14,8	15,8	15,7	13,8	15,0	14,1	18,2	23,0
Санкт-Петербург	13,5	15,7	19,2	19,0	16,5	14,3	17,8	31,9

ЖЕНЩИНЫ Females

“Грубые” показатели С.Р.								
Административная территория	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	% прироста
Россия	2,6	3,2	3,5	4,0	4,0	4,1	4,2	61,5
Архангельская обл.	2,6	2,0	3,5	4,6	3,9	6,1	5,2	100,0
Вологодская обл.	2,8	2,3	2,4	4,7	3,7	4,0	4,5	60,7
Калининградская обл.	2,3	3,7	3,4	4,6	7,2	3,8	3,7	60,9
Республика Карелия	2,2	5,0	2,9	4,6	5,4	3,5	5,5	150,0
Республика Коми	1,2	2,3	2,3	3,6	5,1	5,6	4,5	275,0
Ленинградская обл.	2,4	2,0	3,6	4,1	3,9	4,2	4,0	66,7
Мурманская обл.	0,9	1,4	1,8	3,7	2,4	4,4	4,7	422,2
Новгородская обл.	3,0	3,8	3,5	4,2	7,8	3,5	6,7	123,3
Псковская обл.	2,5	3,0	3,8	4,2	5,8	4,2	5,3	112,0
Санкт-Петербург	4,1	5,6	5,7	5,8	4,5	5,5	6,0	46,3

Таблица 34.

злокачественными новообразованиями (на 100 000)

Стандартизованные показатели (мировой стандарт) ASR (w)									
Административная территория	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	% прироста	
Россия	11,2	11,6	12,0	12,5	12,1	12,2	12,1	8,0	
Архангельская обл.	12,1	11,9	12,9	14,7	13,7	13,4	10,7	-11,6	
Вологодская обл.	9,9	12,4	12,0	11,5	14,5	12,8	10,1	2,0	
Калининградская обл.	16,8	12,2	15,4	15,3	13,7	16,5	13,9	-17,3	
Республика Карелия	11,0	9,6	14,6	12,9	11,5	11,7	16,5	50,0	
Республика Коми	6,0	8,5	17,5	11,3	15,8	14,4	11,6	93,3	
Ленинградская обл.	11,9	9,4	10,7	10,1	8,9	9,8	8,6	-27,7	
Мурманская обл.	7,5	9,1	12,4	10,2	11,8	12,3	14,7	96,0	
Новгородская обл.	12,2	11,0	14,8	17,3	12,7	14,8	13,6	11,5	
Псковская обл.	11,4	11,5	10,2	8,7	10,1	10,0	12,0	5,3	
Санкт-Петербург	11,6	11,7	13,3	12,3	10,9	9,4	11,7	0,9	
Стандартизованные показатели (мировой стандарт) ASR (w)									
Административная территория	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	% прироста	
Россия	1,5	1,6	1,8	2,0	1,9	2,0	2,0	33,3	
Архангельская обл.	1,6	1,3	1,9	2,4	1,8	3,2	2,2	37,5	
Вологодская обл.	1,3	0,8	1,2	2,5	1,6	2,1	1,9	46,2	
Калининградская обл.	1,5	2,0	1,8	2,5	3,4	1,6	1,8	20,0	
Республика Карелия	1,5	3,0	1,6	2,5	2,7	1,2	2,0	33,3	
Республика Коми	1,1	1,6	2,0	2,1	3,1	3,3	2,0	81,8	
Ленинградская обл.	1,1	1,0	1,7	2,0	1,8	2,0	1,7	54,5	
Мурманская обл.	0,8	1,0	1,5	2,1	1,0	2,5	3,4	325,0	
Новгородская обл.	1,3	1,6	1,0	1,7	2,9	1,4	2,7	107,7	
Псковская обл.	1,2	1,6	1,7	1,6	2,6	1,6	1,9	58,3	
Санкт-Петербург	1,9	2,5	2,5	2,2	1,8	2,2	2,3	21,1	

**Динамика заболеваемости населения Северо-Западного Федерального округа России
Головной мозг и неуточненные отделы нервной системы. МКБ-10: C70-72 Cancer incidence**

МУЖЧИНЫ Males

“Грубые” показатели С.Р.								
Административная территория	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	% прироста
Россия	3,3	4,2	4,4	5,6	5,4	5,6	5,9	78,8
Архангельская обл.	5,0	4,8	5,3	6,3	8,4	7,4	8,8	76,0
Вологодская обл.	4,1	3,6	5,3	3,8	3,6	4,4	3,8	-7,3
Калининградская обл.	3,3	3,1	4,9	6,6	5,0	4,0	5,3	60,6
Республика Карелия	2,1	4,7	4,4	7,0	4,8	6,9	7,9	276,2
Республика Коми	2,8	3,7	4,9	5,1	5,7	4,5	6,3	125,0
Ленинградская обл.	2,3	2,6	4,2	5,9	5,4	3,6	3,3	43,5
Мурманская обл.	2,5	3,7	4,5	5,7	5,0	5,1	6,5	160,0
Новгородская обл.	0,3	1,5	3,3	5,3	7,1	8,2	5,7	1800,0
Псковская обл.	3,6	3,0	3,9	6,1	5,2	7,9	5,3	47,2
Санкт-Петербург	5,6	5,9	5,6	8,3	6,7	8,1	7,1	26,8

ЖЕНЩИНЫ Females

“Грубые” показатели С.Р.								
Административная территория	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	% прироста
Россия	5,2	8,3	3,6	4,7	4,8	4,8	5,2	0,0
Архангельская обл.	8,3	7,8	4,1	5,8	7,2	9,5	10,4	25,3
Вологодская обл.	2,5	5,2	4,6	5,3	3,6	4,8	3,3	32,0
Калининградская обл.	4,6	7,1	3,8	4,4	4,8	3,0	3,9	-15,2
Республика Карелия	12,9	8,7	4,0	4,6	5,7	6,0	6,1	-52,7
Республика Коми	2,9	6,2	3,9	5,8	5,5	6,4	5,0	72,4
Ленинградская обл.	2,7	3,6	3,1	4,8	4,0	2,6	4,6	70,4
Мурманская обл.	4,6	7,1	3,4	3,9	5,3	5,4	6,2	34,8
Новгородская обл.	5,2	10,0	2,4	5,9	5,2	5,8	6,1	17,3
Псковская обл.	4,5	4,4	2,3	2,9	5,5	6,4	6,2	37,8
Санкт-Петербург	5,2	5,8	5,0	6,9	7,5	6,9	8,5	63,5

Таблица 35.

злокачественными новообразованиями (на 100 000)

Стандартизованные показатели (мировой стандарт) ASR (w)

Административная территория	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	% прироста
Россия	3,0	3,8	3,9	4,9	4,6	4,7	4,9	63,3
Архангельская обл.	4,8	5,0	4,5	5,3	7,2	5,9	7,2	50,0
Вологодская обл.	4,0	2,9	4,6	3,1	3,5	3,7	2,8	-30,0
Калининградская обл.	3,1	2,8	4,4	5,2	3,8	3,5	4,5	45,2
Республика Карелия	2,1	4,3	4,1	6,0	4,2	5,9	7,2	242,9
Республика Коми	2,5	3,6	4,3	5,0	5,0	4,4	5,6	124,0
Ленинградская обл.	1,9	2,0	3,5	5,1	4,7	2,6	2,4	26,3
Мурманская обл.	2,4	3,1	4,2	5,6	4,9	4,6	6,6	175,0
Новгородская обл.	1,0	1,2	3,3	5,3	7,0	6,3	5,2	420,0
Псковская обл.	3,1	2,8	5,3	4,9	4,9	6,9	3,9	25,8
Санкт-Петербург	5,0	4,7	4,6	6,3	5,4	6,4	5,6	12,0

Стандартизованные показатели (мировой стандарт) ASR (w)

Административная территория	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	% прироста
Россия	4,0	6,3	3,0	3,6	3,7	3,6	3,7	-7,5
Архангельская обл.	6,6	5,9	3,3	3,9	5,4	6,1	7,0	6,1
Вологодская обл.	1,8	3,2	5,1	4,1	3,6	4,0	3,6	100,0
Калининградская обл.	4,2	5,3	2,9	3,7	3,5	2,2	3,0	-28,6
Республика Карелия	10,7	6,9	3,4	3,9	4,5	3,9	3,7	-65,4
Республика Коми	2,3	4,8	3,5	4,8	4,3	4,9	3,9	69,6
Ленинградская обл.	1,7	2,2	2,5	3,5	2,4	1,6	2,7	58,8
Мурманская обл.	3,8	5,2	3,3	2,7	4,3	4,0	4,7	23,7
Новгородская обл.	3,8	6,8	2,5	4,7	4,4	4,1	4,0	5,3
Псковская обл.	2,8	2,8	2,0	1,9	3,6	3,2	4,3	53,6
Санкт-Петербург	3,4	3,6	3,4	4,2	4,6	4,2	5,2	52,9



Картограмма 8. Заболеваемость мужского населения Северо-Западного Федерального округа России злокачественными новообразованиями Головного мозга и неуточненных отделов нервной системы МКБ-10:С70-72

Cancer incidence Males . ASR (W)



Картограмма 9. Заболееваемость женского населения Северо-Западного Федерального округа России злокачественными новообразованиями Головного мозга и неуточненных отделов нервной системы МКБ-10:C70-72

Cancer incidence Females . ASR (W)

*Динамика заболеваемости населения Северо-Западного Федерального округа России
Лимфатическая и кроветворная ткань-10: С81-96 Cancer incidence*

МУЖЧИНЫ Males

“Грубые” показатели С.Р.								
Административная территория	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	% прироста
Россия	13,4	14,8	16,3	18,1	18,0	17,7	17,8	32,8
Архангельская обл.	13,3	11,8	15,0	15,7	17,2	20,7	20,5	54,1
Вологодская обл.	15,9	13,1	17,3	17,1	16,1	18,7	16,5	3,8
Калининградская обл.	17,4	12,3	16,8	18,8	21,0	17,3	12,7	-27,0
Республика Карелия	14,7	13,0	13,7	18,2	16,1	14,1	10,7	-27,2
Республика Коми	10,4	11,4	14,0	16,0	18,0	21,1	24,2	132,7
Ленинградская обл.	10,4	10,8	13,5	12,4	10,7	11,4	8,4	-19,2
Мурманская обл.	13,6	10,9	20,4	19,8	21,5	24,5	22,1	62,5
Новгородская обл.	20,2	18,1	20,0	21,4	19,1	24,5	22,8	12,9
Псковская обл.	9,4	15,8	16,6	15,1	16,3	17,4	13,2	40,5
Санкт-Петербург	15,6	18,5	22,5	24,1	24,1	21,1	22,7	45,5

ЖЕНЩИНЫ Females

“Грубые” показатели С.Р.								
Административная территория	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	% прироста
Россия	11,4	12,7	14,9	16,5	16,2	16,4	16,8	47,4
Архангельская обл.	12,9	14,2	15,2	16,6	16,9	19,6	16,0	24,0
Вологодская обл.	17,4	12,4	13,6	16,3	16,1	17,2	17,4	0,0
Калининградская обл.	15,6	12,8	17,1	16,9	18,6	16,5	10,2	-34,6
Республика Карелия	10,9	9,5	11,1	13,5	12,9	17,8	13,0	19,3
Республика Коми	11,9	11,1	15,6	17,0	15,3	21,0	16,6	39,5
Ленинградская обл.	7,0	9,0	12,2	11,9	12,6	9,8	10,4	48,6
Мурманская обл.	11,6	15,8	25,2	25,9	20,3	19,3	24,2	108,6
Новгородская обл.	13,5	13,8	20,0	21,4	21,9	16,8	19,2	42,2
Псковская обл.	8,5	14,0	10,5	14,3	14,1	18,1	17,4	104,7
Санкт-Петербург	14,2	18,8	23,5	25,8	24,3	22,1	24,0	69,0

Таблица 36.

злокачественными новообразованиями (на 100 000)

Стандартизованные показатели (мировой стандарт) ASR (w)									
Административная территория	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	% прироста	
Россия	12,9	13,3	14,2	15,4	14,9	14,8	14,8	14,7	
Архангельская обл.	13,5	12,3	13,7	13,5	13,9	17,0	17,3	28,1	
Вологодская обл.	15,4	11,9	15,1	16,2	13,1	15,2	14,3	-7,1	
Калининградская обл.	17,4	11,3	15,6	16,6	18,7	14,7	10,1	-42,0	
Республика Карелия	16,0	12,0	13,0	16,7	13,4	12,4	9,7	-39,4	
Республика Коми	13,6	12,0	16,4	15,3	16,8	21,4	23,0	69,1	
Ленинградская обл.	10,2	9,6	11,0	9,8	7,8	9,6	7,1	-30,4	
Мурманская обл.	16,3	12,3	23,7	18,8	18,9	23,6	19,8	21,5	
Новгородская обл.	19,4	15,4	15,6	17,4	13,6	18,2	17,0	-12,4	
Псковская обл.	9,1	14,1	17,4	13,6	12,4	14,3	10,8	18,7	
Санкт-Петербург	14,5	16,3	17,7	17,9	18,6	16,8	17,4	20,0	
Стандартизованные показатели (мировой стандарт) ASR (w)									
Административная территория	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	% прироста	
Россия	9,1	9,5	10,5	11,4	11,0	11,2	11,4	25,3	
Архангельская обл.	10,6	10,4	10,6	10,9	11,3	13,1	9,5	-10,4	
Вологодская обл.	12,4	9,0	9,1	11,3	11,6	11,1	11,4	-8,1	
Калининградская обл.	13,9	9,2	13,2	11,3	12,5	10,8	7,8	-43,9	
Республика Карелия	8,7	7,5	6,6	9,3	7,9	12,1	9,5	9,2	
Республика Коми	10,9	9,0	11,1	11,6	11,3	14,9	11,0	0,9	
Ленинградская обл.	5,1	6,5	9,5	6,8	6,5	6,8	5,7	11,8	
Мурманская обл.	11,0	12,7	19,4	17,7	13,5	12,7	14,9	35,5	
Новгородская обл.	7,9	10,2	12,3	14,1	14,3	9,5	11,3	43,0	
Псковская обл.	6,6	10,5	7,4	9,4	11,3	12,8	11,9	80,3	
Санкт-Петербург	10,5	12,0	14,6	15,1	14,4	12,2	14,1	34,3	

Таблица 37.

Административная территория	Ca in situ шейки матки											
	1998		2000		2010		2012		2013			
	Всего выявлено	На 100 больных раком шейки матки	Всего выявлено	На 100 больных раком шейки матки	Всего выявлено	На 100 больных раком шейки матки	Всего выявлено	На 100 больных раком шейки матки	Всего выявлено	На 100 больных раком шейки матки	Всего выявлено	На 100 больных раком шейки матки
Россия	1245	10,7	1365	11,4	2999	21,0	3585	23,8	4248	27,5		
Архангельская обл.	5	5,1	14	15,2	41	25,0	47	34,3	42	29,8		
Вологодская обл.	44	53,7	36	50,0	25	19,2	53	29,1	55	32,5		
Калининградская обл.	4	4,3	7	9,7	29	22,5	10	8,5	18	17,3		
Республика Карелия	4	9,3	19	38,0	71	51,1	79	71,8	54	55,1		
Республика Коми	23	21,9	26	31,5	87	103,6	109	107,9	67	60,4		
Ленинградская обл.	30	21,0	27	17,3	43	31,9	36	22,6	32	18,4		
Мурманская обл.	0	0,0	0	0,0	6	6,9	8	12,1	4	6,3		
Новгородская обл.	20	24,4	25	28,7	31	38,3	28	31,6	86	96,6		
Псковская обл.	14	10,9	40	35,4	81	66,4	95	72,5	65	63,7		
Санкт-Петербург	86	23,4	92	23,7	89	24,1	59	13,1	52	11,6		

Таблица 38.

Численность контингентов онкологических больных по Северо-Западному федеральному округу (абсолютные числа) МКБ-10: C00-96 Prevalence rates										
Административная территория	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	%	%	структура %
Россия	1870276	2102702	2386766	2794189	2900629	2995566	3098855	65,7	65,7	3,6
Архангельская обл.	15387	18311	21319	23676	24443	25209	25835	67,9	67,9	3,8
Вологодская обл.	17499	19774	25724	23850	23888	23585	24050	37,4	37,4	2,1
Калининградская обл.	11150	12974	17191	19874	20367	21174	22430	101,2	101,2	5,6
Республика Карелия	9637	10571	12183	14705	15736	16153	16267	68,8	68,8	3,8
Республика Коми	9595	11584	12546	14787	15161	16068	16839	75,5	75,5	4,2
Ленинградская обл.	18713	20391	24037	29787	31234	33348	34952	86,8	86,8	4,8
Мурманская обл.	8647	10114	12053	15498	15750	16175	16862	95,0	95,0	5,3
Новгородская обл.	9665	11470	12148	13760	14272	14835	15480	60,2	60,2	3,3
Псковская обл.	11140	11445	11952	13380	13645	14489	15110	35,6	35,6	2,0
Санкт-Петербург	71207	85891	97402	111991	115065	119294	125385	76,1	76,1	4,2
ВСЕГО по СЗФО	182640	212525	246555	281308	289561	300330	313210	71,5	71,5	4,0

Таблица 39.

<i>Контингенты онкологических больных по Северо-Западному федеральному округу. 2013 г.</i>		
<i>Prevalence rates</i>		
<i>Административная территория</i>	<i>Абсолютное число</i>	<i>На 100 000</i>
Россия	3098855	2164,0
Архангельская обл.	25835	2138,8
Вологодская обл.	24050	2008,6
Калининградская обл.	22430	2359,1
Республика Карелия	16267	2548,5
Республика Коми	16839	1902,2
Ленинградская обл.	34952	2005,8
Мурманская обл.	16862	2150,3
Новгородская обл.	15480	2465,7
Псковская обл.	15110	2274,9
Санкт-Петербург	125385	2512,4
ВСЕГО по СЗФО	313210	2288,1

РАЗДЕЛ III

АНАЛИТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

В.М. Мерабишвили, В.В. Старинский, Г.В. Петрова, Е.В. Демин

SECTION III

ANALYTICAL RATES

V.M.Merabishvili, V.V.Starinsky, G.V.Petrova, E.V.Demin

Важнейшим критерием оценки деятельности онкологической службы является показатель, характеризующий уровень морфологического подтверждения диагноза злокачественного новообразования (табл. 1). С 1995 по 2013 год величина этого показателя в среднем по России возросла на 21,5% и достигла 87,7%. Свыше 90% этот показатель регистрируется в Архангельской, Вологодской, Ленинградской, Мурманской областях. Наибольший рост показателя отмечен в Калининградской области. В данном разделе мы представили динамику показателя морфологической верификации опухолей по раку желудка, легкого, молочной железы, шейки матки и предстательной железы.

Государственная отчетность позволяет получать обобщенные данные по административной территории только на оба пола вместе и без учета специфики удельного веса морфологической верификации для различных возрастных групп.

The most important criterion for evaluation of oncology service is a value of the level of morphological confirmation of the diagnosis of cancer (Table. 1). From 1995 to 2013 this rate on average in Russia increased by 21.5% and reached 87.7%. Over 90% this value is registered in the Arkhangelsk, Vologda, Leningrad and Murmansk regions. Its highest growth is met in the Kalininograd region. In this Section we present the dynamics of the index of morphological verification regarding gastric cancer, lung cancer, breast cancer, cervix cancer and prostate cancer.

State reporting allows receiving aggregate data on the administrative territory only for two sexes together and without an estimation of the specificity of proportion of morphological verification for different age groups. Data obtained by the Population-based Cancer Registry indicate a higher level of

Данные, полученные Популяционным раковым регистром, свидетельствуют о более высоком уровне морфологически подтвержденных диагнозов новообразований у женщин и снижении этого показателя с увеличением возраста, что характерно для мужчин и женщин по ведущим локализациям опухолей.

Вторым критерием мы отобрали критерий оценки посмертно учтенных больных с диагнозом злокачественного новообразования. На сегодняшний день в среднем по России на 100 больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования регистрируется 3,9 учтенных посмертно на вскрытии. Величина данного показателя характеризует не столько деятельность онкологической службы, сколько уровень патоморфологической (табл. 2).

Совершенно очевидно, что в Калининградской области патоморфологическая служба последние годы не представляет сведений онкологам о посмертно учтенных случаях рака. Близкие к этому величины многие годы были характерны и для Санкт-Петербурга (Ленинграда), однако, после организации Популяционного ракового регистра и налаженной связи с патологоанатомическим Бюро, стали учитываться не единичные случаи, а сотни посмертно выявленных случаев рака.

Третий, отобранный нами критерий оценки деятельности онкологической службы – индекс достоверности учета (табл. 3), т.е. величина, характеризующая отношение абсолютных чисел или показателей смертности к заболеваемости.

$$I = \frac{\text{Смертность}}{\text{Заболеваемость}}$$

При хорошо налаженном учете эта величина не должна превышать 1.

morphologically confirmed diagnosis of tumors in women and a reduction of its rate with increasing age, which is typical for men and women in the leading tumor sites.

As the second criterion we selected criteria of evaluation of postmortem registered patients diagnosed with cancer. Today, on average in Russia, of 100 patients with primarily in their lives diagnosis of malignant tumor there is registered just 3.9 cancer patients found out at autopsy. The value of this rate characterizes not so much activity of oncology service as the level of pathomorphological one (Table. 2).

It is obvious that in the Kaliningrad region pathomorphological service for recent years does not provide oncologists with information about postmortem registered cases of cancer. For many years the values, close to it, were also typical for St. Petersburg (Leningrad) however after organizing the Population-based Cancer Registry and established link with the Pathoanatomical Bureau there were registered not isolated cases but hundreds postmortem diagnosed cases of cancer.

The third criterion of the evaluation of oncology service selected by us is index accuracy (Table. 3), i.e. the value that characterizes the ratio of the absolute numbers or mortality rates to morbidity.

$$I = \frac{\text{Mortality}}{\text{Morbidity}} = \text{Index accuracy}$$

well-established estimation this value should not exceed 1.

In addition to general characteristics (all malignant tumors S00-96,

Кроме общей характеристики (все злокачественные новообразования С00-96, оба пола, мужчины и женщины), мы провели расчеты индекса достоверности учета для рака пищевода, желудка, печени, поджелудочной железы и легкого, т.е. для новообразований с высоким уровнем летальности.

Необходимо обратить внимание на то, что данные смертности и заболеваемости формируются из разных источников. Далеко не во всех случаях причину смерти устанавливает патологоанатом. В ряде случаев его ставит терапевт, приглашенный оформить врачебное свидетельство о смерти.

both sexes, males and females) we performed estimations of index accuracy for cancer of the esophagus, stomach, liver, pancreas and lung, i.e., for tumors with the high level of lethality.

Attention should be paid to the fact that mortality and morbidity data are generated from different sources. Not in all cases the cause of death is set by a pathologist. In some cases it makes a therapist whose task is to issue a medical certificate of death.

Морфологическая верификация злокачественных новообразований
Level of morphological verification

Все новообразования С00-96								
Административная территория	1995	2000	2005	2010	2012	2013	% прироста	
Россия	72,2	76,6	80,7	85,3	86,7	87,7	21,5	
Архангельская обл.	78,5	80,9	80,6	85,6	89,9	91,1	16,1	
Вологодская обл.	67,5	69,1	81,0	83,7	93,0	92,5	37,0	
Калининградская обл.	62,2	68,7	68,5	79,4	85,5	87,5	40,7	
Республика Карелия	74,1	69,1	80,0	83,5	85,0	87,5	18,1	
Республика Коми	79,2	83,3	83,0	84,7	85,2	88,6	11,9	
Ленинградская обл.	76,0	75,4	83,3	88,4	91,0	92,9	22,2	
Мурманская обл.	85,0	83,5	89,1	91,7	92,8	93,7	10,2	
Новгородская обл.	70,6	79,2	91,2	94,0	93,0	93,1	31,9	
Псковская обл.	71,2	73,8	81,9	87,2	88,0	89,1	25,1	
Санкт-Петербург	67,0	73,6	79,5	86,7	86,3	86,7	29,4	
Трахея, бронхи, легкое С33,34								
Административная территория	1995	2000	2005	2010	2012	2013	% прироста	
Россия	45,2	50,7	56,2	63,0	65,3	68,6	51,8	
Архангельская обл.	62,6	62,6	61,6	68,9	78,8	81,4	30,0	
Вологодская обл.	42,9	36,7	56,5	56,2	81,3	86,7	102,1	
Калининградская обл.	33,0	32,5	38,2	56,7	69,5	72,5	119,7	
Республика Карелия	45,5	41,6	51,9	61,9	64,2	65,7	44,4	
Республика Коми	62,5	68,2	62,5	62,3	68,2	74,5	19,2	
Ленинградская обл.	53,2	60,6	62,5	70,9	71,2	76,8	44,4	
Мурманская обл.	74,9	70,3	78,1	76,8	81,4	78,8	5,2	
Новгородская обл.	51,2	57,2	79,4	82,8	81,4	81,9	60,0	
Псковская обл.	48,5	55,0	62,6	74,6	72,6	76,3	57,3	
Санкт-Петербург	48,8	51,8	59,6	70,6	69,4	67,9	39,1	

Таблица 1.

Желудок С16								
Административная территория	1995	2000	2005	2010	2012	2013	% прироста	
Россия	65,0	73,2	80,2	87,0	88,9	90,2	38,8	
Архангельская обл.	74,3	82,3	85,0	89,8	89,0	93,0	25,2	
Вологодская обл.	52,0	56,9	72,4	78,0	88,6	92,0	76,9	
Калининградская обл.	51,5	56,3	56,6	85,6	86,5	89,7	74,2	
Республика Карелия	67,8	70,7	82,2	84,6	86,5	95,0	40,1	
Республика Коми	77,1	87,6	84,1	80,4	89,9	89,6	16,2	
Ленинградская обл.	75,4	76,4	87,0	92,3	91,7	94,9	25,9	
Мурманская обл.	67,8	82,1	89,1	97,5	94,0	94,2	38,9	
Новгородская обл.	61,5	72,8	95,4	96,9	92,8	93,7	52,4	
Псковская обл.	58,1	65,9	81,1	84,5	90,4	88,8	52,8	
Санкт-Петербург	66,2	69,0	77,4	89,0	90,5	88,5	33,7	
Молочная железа С50								
Административная территория	1995	2000	2005	2010	2012	2013	% прироста	
Россия	92,2	93,0	94,4	95,7	96,3	96,5	4,7	
Архангельская обл.	93,7	94,0	95,1	96,0	96,1	97,7	4,3	
Вологодская обл.	93,1	86,3	97,7	96,7	97,1	97,5	4,7	
Калининградская обл.	76,4	89,5	62,6	82,7	95,0	95,8	25,4	
Республика Карелия	94,2	91,5	95,5	96,6	97,8	96,9	2,9	
Республика Коми	95,3	97,3	95,1	95,0	95,8	96,8	1,6	
Ленинградская обл.	93,1	90,6	91,8	89,9	95,4	96,6	3,8	
Мурманская обл.	95,4	90,9	93,8	96,1	97,8	98,4	3,1	
Новгородская обл.	92,8	89,4	96,7	98,6	97,8	96,4	3,9	
Псковская обл.	94,2	97,1	98,5	96,9	97,6	99,0	5,1	
Санкт-Петербург	76,4	81,5	83,7	90,0	90,8	92,3	20,8	

<i>Шейка матки C53</i>								
<i>Административная территория</i>	1995	2000	2005	2010	2012	2013	<i>% прироста</i>	
Россия	95,5	96,0	97,5	97,4	98,2	97,7	2,3	
Архангельская обл.	97,6	97,8	97,0	98,2	100,0	97,8	0,2	
Вологодская обл.	100,0	87,5	100,0	98,5	97,8	98,2	-1,8	
Калининградская обл.	89,5	97,2	92,6	98,4	95,7	98,1	9,6	
Республика Карелия	97,7	62,0	98,6	99,3	100,0	99,0	1,3	
Республика Коми	94,5	100,0	98,2	97,6	98,0	99,1	4,9	
Ленинградская обл.	89,0	98,7	98,8	98,5	96,7	100,0	12,4	
Мурманская обл.	93,2	100,0	98,9	100,0	98,5	98,4	5,6	
Новгородская обл.	98,2	100,0	97,0	98,8	100,0	98,9	0,7	
Псковская обл.	97,9	99,1	99,2	99,2	100,0	99,0	1,1	
Санкт-Петербург	91,2	96,7	96,7	96,8	98,1	95,9	5,2	

Таблица 2.

<i>Посмертно учтенные больные с диагнозом злокачественного новообразования (на 100 больных с впервые в жизни установленным диагнозом). С 00-96</i>				
<i>Death certificates only (C00-96)</i>				
<i>Административная территория</i>	2000	2010	2012	2013
Россия	2,1	3,2	3,6	3,9
Архангельская обл.	2,0	8,9	8,9	9,5
Вологодская обл.	0,3	3,0	0,7	5,2
Калининградская обл.	3,2	0,4	0,6	0,1
Республика Карелия	3,2	2,7	2,7	1,3
Республика Коми	2,8	4,7	6,9	8,2
Ленинградская обл.	4,9	11,6	9,1	15,2
Мурманская обл.	1,0	1,4	2,2	2,9
Новгородская обл.	2,4	6,4	5,3	6,5
Псковская обл.	3,0	3,4	3,9	3,6
Санкт-Петербург	3,8	16,8	19,2	19,8

<i>Предстательная железа С61</i>								
<i>Административная территория</i>	1995	2000	2005	2010	2012	2013	<i>% прироста</i>	
Россия	65,3	73,6	83,6	90,2	91,9	93,9	43,8	
Архангельская обл.	87,2	89,3	82,6	94,2	96,6	96,0	10,1	
Вологодская обл.	67,1	75,9	86,8	98,3	97,5	97,5	45,3	
Калининградская обл.	35,1	81,3	67,7	89,6	92,5	93,2	165,5	
Республика Карелия	89,2	86,7	95,8	90,8	86,8	96,0	7,6	
Республика Коми	77,8	78,4	92,0	94,4	88,3	96,9	24,6	
Ленинградская обл.	49,4	55,8	82,2	94,7	95,3	97,1	96,6	
Мурманская обл.	82,9	80,0	95,1	97,9	96,4	99,4	19,9	
Новгородская обл.	66,7	75,4	96,6	94,9	96,6	94,7	42,0	
Псковская обл.	32,6	56,4	59,2	85,2	86,3	87,6	168,7	
Санкт-Петербург	63,7	77,1	80,5	92,0	91,2	93,9	47,4	

<i>Индекс достоверности учета. Все новообразования С00-96</i>							
<i>Index accurasy</i>							
<i>Оба пола – M+F</i>							
<i>Административная территория</i>	<i>1998</i>	<i>2000</i>	<i>2005</i>	<i>2010</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>	<i>% прироста</i>
Россия	0,67	0,66	0,61	0,56	0,55	0,54	-19,0
Архангельская обл.	0,66	0,64	0,62	0,54	0,53	0,56	-14,7
Вологодская обл.	0,71	0,67	0,59	0,59	0,63	0,59	-16,6
Калининградская обл.	0,63	0,69	0,53	0,54	0,57	0,61	-4,2
Республика Карелия	0,72	0,78	0,66	0,55	0,60	0,53	-26,4
Республика Коми	0,61	0,62	0,57	0,54	0,54	0,54	-11,5
Ленинградская обл.	0,76	0,81	0,75	0,72	0,69	0,70	-8,5
Мурманская обл.	0,62	0,63	0,52	0,47	0,45	0,43	-30,7
Новгородская обл.	0,61	0,65	0,56	0,51	0,49	0,50	-18,5
Псковская обл.	0,67	0,67	0,63	0,62	0,57	0,59	-11,5
Санкт-Петербург	0,74	0,73	0,69	0,66	0,64	0,62	-15,7
<i>Мужчины - Males</i>							
<i>Административная территория</i>	<i>1998</i>	<i>2000</i>	<i>2005</i>	<i>2010</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>	<i>% прироста</i>
Россия	0,76	0,85	0,70	0,65	0,64	0,63	-17,1
Архангельская обл.	0,74	0,71	0,70	0,62	0,61	0,65	-12,2
Вологодская обл.	0,78	0,76	0,70	0,72	0,79	0,72	-8,0
Калининградская обл.	0,73	0,78	0,66	0,63	0,67	0,73	-1,1
Республика Карелия	0,82	0,86	0,73	0,64	0,73	0,62	-25,2
Республика Коми	0,71	0,71	0,65	0,64	0,66	0,62	-12,3
Ленинградская обл.	0,85	0,94	0,89	0,84	0,82	0,80	-5,9
Мурманская обл.	0,72	0,74	0,63	0,56	0,52	0,47	-34,4
Новгородская обл.	0,71	0,77	0,66	0,60	0,63	0,61	-14,2
Псковская обл.	0,76	0,79	0,79	0,78	0,70	0,69	-9,6
Санкт-Петербург	0,82	0,82	0,76	0,72	0,72	0,69	-16,0

Таблица 3.

<i>Женщины - Females</i>								
<i>Административная территория</i>	1998	2000	2005	2010	2012	2013	% <i>прироста</i>	
Россия	0,58	0,57	0,52	0,48	0,47	0,46	-19,8	
Архангельская обл.	0,57	0,57	0,54	0,47	0,46	0,48	-16,1	
Вологодская обл.	0,63	0,58	0,49	0,48	0,50	0,48	-23,3	
Калининградская обл.	0,54	0,60	0,43	0,47	0,49	0,51	-4,5	
Республика Карелия	0,62	0,69	0,59	0,48	0,49	0,46	-26,0	
Республика Коми	0,51	0,52	0,51	0,45	0,45	0,46	-9,6	
Ленинградская обл.	0,68	0,69	0,63	0,62	0,58	0,61	-10,1	
Мурманская обл.	0,52	0,54	0,44	0,40	0,39	0,39	-25,3	
Новгородская обл.	0,52	0,55	0,48	0,43	0,39	0,41	-21,4	
Псковская обл.	0,58	0,56	0,51	0,50	0,46	0,51	-12,3	
Санкт-Петербург	0,68	0,67	0,63	0,62	0,58	0,57	-14,9	

<i>Индекс достоверности учета. Пищевод C15</i>							
<i>Index accuracy</i>							
<i>Мужчины- Males</i>							
<i>Административная территория</i>	<i>1998</i>	<i>2000</i>	<i>2005</i>	<i>2010</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>	<i>% прироста</i>
Россия	0,98	0,97	0,95	0,90	0,89	0,90	-8,3
Архангельская обл.	0,92	0,95	0,83	0,98	0,92	0,91	-1,8
Вологодская обл.	1,10	0,93	1,14	0,88	1,14	1,22	10,9
Калининградская обл.	0,82	0,96	0,94	0,73	1,24	1,41	71,3
Республика Карелия	1,03	0,88	0,74	1,02	1,10	0,95	-7,4
Республика Коми	0,95	0,93	0,87	1,04	0,90	0,78	-18,2
Ленинградская обл.	0,92	1,21	1,23	0,86	1,09	1,00	8,7
Мурманская обл.	0,82	0,66	0,95	0,79	0,85	0,76	-7,6
Новгородская обл.	1,08	0,94	0,95	0,96	0,87	1,00	-7,4
Псковская обл.	1,00	1,00	1,13	0,94	0,95	1,06	6,5
Санкт-Петербург	1,17	1,01	0,86	1,04	0,95	0,95	-19,0
<i>Желудок C16</i>							
<i>Мужчины - Males</i>							
<i>Административная территория</i>	<i>1998</i>	<i>2000</i>	<i>2005</i>	<i>2010</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>	<i>% прироста</i>
Россия	0,90	0,91	0,89	0,87	0,86	0,85	-6,0
Архангельская обл.	0,73	0,74	0,83	0,83	0,85	0,85	15,9
Вологодская обл.	0,88	0,98	0,87	0,97	0,99	0,95	7,4
Калининградская обл.	0,88	0,96	0,90	0,80	1,00	0,69	-22,0
Республика Карелия	0,99	0,77	0,94	0,77	0,90	0,71	-27,7
Республика Коми	0,83	0,80	0,76	0,83	0,96	0,69	-16,7
Ленинградская обл.	0,87	0,99	1,19	1,05	0,92	1,03	18,6
Мурманская обл.	0,77	0,85	0,81	0,64	0,66	0,56	-26,8
Новгородская обл.	0,95	0,88	0,80	0,85	0,84	0,69	-27,3
Псковская обл.	0,82	0,97	0,94	0,99	0,87	0,88	8,3
Санкт-Петербург	0,90	0,97	0,97	0,91	0,93	0,89	-0,4

<i>Женщины - Females</i>								
<i>Административная территория</i>	<i>1998</i>	<i>2000</i>	<i>2005</i>	<i>2010</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>	<i>% прироста</i>	
Россия	0,90	0,90	0,87	0,86	0,84	0,84	-7,3	
Архангельская обл.	0,86	0,77	0,89	0,84	1,33	0,93	9,2	
Вологодская обл.	0,87	0,84	0,83	0,92	1,04	1,01	15,2	
Калининградская обл.	0,95	0,96	0,77	0,74	0,81	1,01	6,8	
Республика Карелия	0,84	0,85	0,83	0,88	0,60	0,82	-1,7	
Республика Коми	0,90	0,83	0,79	0,77	0,69	0,91	0,7	
Ленинградская обл.	0,90	0,95	0,95	0,98	0,87	0,99	10,1	
Мурманская обл.	0,76	0,68	0,54	0,72	0,62	0,59	-23,0	
Новгородская обл.	0,75	0,96	0,80	0,76	0,66	0,69	-7,7	
Псковская обл.	0,90	0,93	0,82	1,04	0,98	1,01	12,4	
Санкт-Петербург	0,99	0,94	1,01	0,99	0,90	0,86	-13,6	

Индекс достоверности учета. Печень С22**Index accuracy**

<i>Мужчины - Males</i>								
<i>Административная территория</i>	1998	2000	2005	2010	2012	2013	<i>% прироста</i>	
Россия	1,05	1,16	1,30	1,28	1,36	1,33	27,6	
Архангельская обл.	1,06	0,81	1,00	1,02	0,74	0,98	-8,1	
Вологодская обл.	1,13	1,85	2,00	2,16	2,05	3,64	223,8	
Калининградская обл.	1,39	1,14	1,45	1,25	1,89	1,57	13,0	
Республика Карелия	2,40	1,82	1,33	1,33	1,25	1,50	-37,5	
Республика Коми	1,12	1,17	1,05	1,06	1,29	1,22	9,6	
Ленинградская обл.	1,33	1,34	1,43	1,57	1,76	2,11	58,1	
Мурманская обл.	1,06	1,90	1,64	0,95	0,95	1,08	1,3	
Новгородская обл.	1,50	4,17	0,82	0,92	1,45	1,55	3,3	
Псковская обл.	0,77	1,07	1,13	1,48	0,93	1,18	53,3	
Санкт-Петербург	1,40	1,32	1,40	1,28	1,23	1,20	-14,4	

Поджелудочная железа С25

<i>Мужчины - Males</i>								
<i>Административная территория</i>	1998	2000	2005	2010	2012	2013	<i>% прироста</i>	
Россия	0,91	0,99	1,05	1,03	1,07	1,05	15,5	
Архангельская обл.	0,95	0,92	0,92	0,97	1,04	0,75	-20,3	
Вологодская обл.	1,06	0,98	1,04	1,24	1,59	1,37	29,6	
Калининградская обл.	1,15	0,85	0,85	0,98	1,39	1,88	64,5	
Республика Карелия	1,63	0,65	1,17	0,83	1,09	0,87	-46,9	
Республика Коми	1,05	0,89	1,02	0,71	0,96	0,84	-19,5	
Ленинградская обл.	1,11	1,24	1,28	1,39	1,46	1,75	56,9	
Мурманская обл.	1,16	0,91	1,03	0,97	0,79	1,00	-13,5	
Новгородская обл.	0,85	1,09	0,81	0,82	0,90	0,90	5,6	
Псковская обл.	1,23	0,93	1,07	1,06	1,16	1,22	-1,2	
Санкт-Петербург	1,12	1,14	1,11	1,13	1,20	1,01	-10,0	

<i>Женщины - Females</i>								
<i>Административная территория</i>	<i>1998</i>	<i>2000</i>	<i>2005</i>	<i>2010</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>	<i>% прироста</i>	
Россия	1,08	1,14	1,27	1,31	1,39	1,29	20,1	
Архангельская обл.	1,00	1,26	0,84	1,12	1,18	1,00	0,0	
Вологодская обл.	1,30	1,35	1,89	1,65	2,33	2,33	79,5	
Калининградская обл.	1,08	1,42	1,26	1,32	1,33	2,00	85,2	
Республика Карелия	2,29	1,63	1,18	1,33	1,50	1,27	-44,3	
Республика Коми	1,31	0,89	1,33	1,20	1,11	1,08	-17,4	
Ленинградская обл.	1,44	1,23	1,61	1,64	2,36	1,44	0,0	
Мурманская обл.	1,08	1,62	1,50	0,87	1,00	0,83	-23,1	
Новгородская обл.	2,00	1,25	1,40	0,92	1,10	2,75	37,5	
Псковская обл.	0,71	1,21	0,78	1,25	1,17	1,19	66,3	
Санкт-Петербург	1,44	1,40	1,34	1,30	1,16	1,09	-24,1	

<i>Женщины - Females</i>								
<i>Административная территория</i>	<i>1998</i>	<i>2000</i>	<i>2005</i>	<i>2010</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>	<i>% прироста</i>	
Россия	0,89	1,00	1,05	1,04	1,06	1,05	18,2	
Архангельская обл.	0,84	1,13	0,86	0,94	0,90	1,02	21,7	
Вологодская обл.	1,00	1,13	1,10	1,09	1,35	1,50	50,0	
Калининградская обл.	1,15	0,91	0,80	0,85	0,98	1,26	9,5	
Республика Карелия	1,24	0,92	1,26	1,00	0,91	1,08	-13,0	
Республика Коми	1,30	0,98	1,06	0,98	1,00	0,84	-35,3	
Ленинградская обл.	1,49	1,31	1,32	1,33	1,40	1,31	-11,7	
Мурманская обл.	1,67	0,92	0,66	1,03	0,93	0,95	-42,7	
Новгородская обл.	0,97	0,97	0,71	0,85	0,85	1,14	17,0	
Псковская обл.	1,14	1,04	1,13	1,18	0,93	1,72	51,5	
Санкт-Петербург	1,08	1,11	1,14	1,09	1,14	1,10	2,0	

Индекс достоверности учета. Трахея, бронхи, легкое С33,34**Index accuracy**

Мужчины - Males								
Административная территория	1998	2000	2005	2010	2012	2013	% прироста	
Россия	0,94	0,95	0,93	0,92	0,91	0,91	-3,0	
Архангельская обл.	0,92	0,91	0,90	0,86	0,86	0,86	-5,6	
Вологодская обл.	1,05	0,93	0,93	1,01	1,25	0,96	-7,9	
Калининградская обл.	0,94	1,01	0,99	0,90	1,09	1,14	20,8	
Республика Карелия	0,99	1,03	0,93	0,90	1,07	0,87	-12,4	
Республика Коми	0,88	0,77	0,77	0,78	0,91	0,88	-0,2	
Ленинградская обл.	1,02	1,12	1,15	1,14	1,20	1,22	18,9	
Мурманская обл.	0,88	0,93	0,78	0,75	0,82	0,65	-26,3	
Новгородская обл.	0,78	0,94	0,82	0,82	1,00	0,77	-1,6	
Псковская обл.	0,94	0,93	0,97	0,89	1,00	0,99	5,3	
Санкт-Петербург	1,02	1,00	0,98	1,05	0,93	0,98	-4,4	

<i>Женщины - Females</i>								
<i>Административная территория</i>	<i>1998</i>	<i>2000</i>	<i>2005</i>	<i>2010</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>	<i>% прироста</i>	
Россия	0,87	0,86	0,86	0,83	0,85	0,82	-6,6	
Архангельская обл.	0,97	0,68	0,85	0,69	0,79	0,71	-26,3	
Вологодская обл.	1,11	0,98	0,81	0,86	1,00	1,02	-8,6	
Калининградская обл.	0,95	1,05	0,76	0,83	1,22	1,02	7,3	
Республика Карелия	1,14	0,94	0,85	0,79	0,64	1,24	9,0	
Республика Коми	0,69	0,69	0,70	0,66	0,73	0,82	19,7	
Ленинградская обл.	0,88	1,16	0,91	1,11	1,19	0,96	9,2	
Мурманская обл.	0,59	0,64	0,94	0,53	0,64	0,60	3,0	
Новгородская обл.	1,02	0,93	0,76	1,00	0,60	0,86	-15,7	
Псковская обл.	0,85	0,90	0,88	0,97	0,90	0,92	8,8	
Санкт-Петербург	1,01	1,11	1,00	1,03	0,99	0,88	-13,5	

РАЗДЕЛ IV

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

Глава 1. Динамика и структура заболеваемости и смертности детей в Северо-Западном Федеральном округе России

В.М. Мерабишвили, Е.В. Демин, М.В. Стогний, Е.А. Богданова, В.О. Лашин

SECTION IV

MALIGNANT NEOPLASMS AMONG CHILDREN

Chapter 1. Dynamics and structure of morbidity and mortality of children in the North-West Federal District of Russia

V.M. Merabishvili, E.V. Demin, M.V. Stogny, E.A. Bogdanova, V.O. Lashin

Злокачественные новообразования у детей возникают в сотни раз реже, чем у лиц пожилого и старческого возраста, что создает существенные трудности в регистрации, своевременном учете и оказании лечебной помощи. Из всех больных, зарегистрированных в 2013 году в России с диагнозом злокачественного новообразования, 2887 (0,5 %) пришлось на детей в возрасте 0 до 14 лет, в возрасте 0–17 лет 3388 и 0,63 % соответственно.

В России специализированная помощь детям с онкологическими заболеваниями начала организовываться в 60-х годах XX века. В январе 1962 года было открыто первое онкологическое отделение на базе больницы им. Морозова в Москве, в декабре 1966 года открыто детское онкоотделение в НИИ онкологии им. проф. Н.Н. Петрова. Как отдельная специаль-

Malignant tumors in children occur hundreds of times less than in elderly and senile that creates significant difficulties in their registration, estimation and medical care. Of all patients, registered in 2013 in Russia with a diagnosis of malignant tumor, 2887 (0.5 %) were in children aged 0 to 14 years, 3388 (0.63 %) - 0–17 years, respectively.

In Russia specialized care for children with cancer began to be organized in the 60-s of the twentieth century. The first Oncology Department on the basis of the Morozov Hospital was opened in Moscow in January 1962 and the similar department was opened at the N.N.Petrov Research Institute of Oncology in Leningrad in December 1966. Pediatric oncology, as a separate specialty, was allocated to Russia in 1997 by the

ность детская онкология выделена в России в 1997 году Приказом МЗ РФ №263 от 03.09.97 «О введении специальности «детская онкология» в номенклатуру врачебных и провизорских специальностей».

Персонафицированный детский раковый регистр в Санкт-Петербурге начал формироваться со дня его основания в 1993 году.

В настоящее время планируется создание единого для Северо-Запада Детского популяционного ракового регистра, учитывая, что лечение больные осуществляют в основном в крупных специализированных стационарах Санкт-Петербурга и Москвы.

Order of the Ministry of Health of the Russian Federation 09.03.97 № 263 “On the introduction of a specialty “pediatric oncology” in the range of medical and provisional specialties”.

Personalized Children’s Cancer Registry in St. Petersburg began its forming since its initiation in 1993. There is planned the creation of the unified North-West Children’s Population-based Cancer Registry taking into account that treatment of patients is carried out mainly in the large specialized hospitals St. Petersburg and Moscow.

Злокачественные новообразования у детей возникают в сотни раз реже, чем у лиц пожилого и старческого возраста, что создает существенные трудности в регистрации, своевременном учете и оказании лечебной помощи. Из всех больных, зарегистрированных в 2013 году в России с диагнозом злокачественного новообразования, 2887 (0,5 %) пришлось на детей в возрасте 0 до 14 лет, в возрасте 0 – 17 лет 3388 и 0,63 % соответственно [2].

В России специализированная помощь детям с онкологическими заболеваниями начала организовываться в 60-х годах XX века. В январе 1962 года было открыто первое онкологическое отделение на базе больницы им. Морозова в Москве, в декабре 1966 года открыто детское онкоотделение в НИИ онкологии им. проф. Н.Н. Петрова [8]. Как отдельная специальность детская онкология выделена в России в 1997 году Приказом МЗ РФ №263 от 03.09.97 «О введении специальности «детская онкология» в номенклатуру врачебных и провизорских специальностей».

Существуют большие трудности первичного учета детей, организации лечебной помощи на современном уровне и динамического наблюдения детских контингентов. Порядок и методологию динамического наблюдения детских контингентов предстоит усовершенствовать. 3 октября 2014 года в Санкт-Петербурге прошла 2-я Конференция детских онкологов Северо-Западного региона [10], где была представлена серия докладов о распространенности в России ЗНО среди детей, с расчетами показателей выживаемости [3-10,12].

Результатом работы проведенной раковым регистром Санкт-Петербурга явилось издание Комитетом по здравоохранению Администрации Санкт-Петербурга Приказа №100 от 18.03.97 года «О совершенствовании учета и контроля за диспансеризацией детей со злокачественными новообразованиями».

Нельзя не обратить внимание на изменяющуюся демографическую ситуацию – резкое снижение численности детей, как в России, так и в Санкт-Петербурге [2,6].

Проведенное нами ранее (в 80-е годы XX столетия) исследование показало, что в официальных формах государственной отчетности регистрировалось менее 50 % (48,8 %) детей, заболевших злокачественными новообразованиями. По данным большинства раковых регистров мира заболеваемость злокачественными новообразованиями детей находится в пределах от 10 до 15 случаев на 100000 детского населения, хотя разница между минимальными и максимальными показателями заболеваемости детей злокачественными новообразованиями в различных странах достигает десятикратных значений [13].

Персонафицированный детский раковый регистр в Санкт-Петербурге начал формироваться со дня его основания в 1993 году.

В настоящее время планируется создание единого для Северо-Запада Детского популяционного ракового регистра, учитывая, что лечение больные осуществляют в основном в крупных специализированных стационарах Санкт-Петербурга и Москвы [11].

Далее представлена серия таблиц и графических изображений, позволяющих осуществлять анализ динамики и структуры онкопатологии среди детей.

В таблице 1 и 2 представлены данные об уровне заболеваемости и смертности детского населения от ЗНО на территориях Северо-Западного Федерального округа России в 2013 году. Наиболее высокий показатель заболеваемости (стандартизованные показатели) зарегистрирован в Республике Коми (20,33 ‰) и Санкт-Петербурге (14,01 ‰), наименьший – в Новгородской области (6,46 ‰), при среднероссийском показателе 12,57 ‰. Уровень смертности детей в России составляет 3,69 ‰, в СЗФО – 3,80 ‰. Максимальный уровень зарегистрирован в Санкт-Петербурге – 5,44 ‰, минимальный в Мурманской области – 0,77 ‰. Следует иметь в виду, что в соответствии с правилами Госкомстата, территориально смерть регистрируется на той территории, где скончался больной, и не регистрируется по месту его жительства. Учитывая, что основная часть детей в СЗФО лечится в Санкт-Петербурге, где часть детей погибает в стационарах, мы видим избыточный уровень смертности детей по месту их лечения, что еще раз доказывает необходимость создания детского ракового регистра СЗФО [2].

Таблица 1.
Заболееваемость детского населения (0-14) территорий Северо-Западного Федерального округа России злокачественными новообразованиями в 2013 году. Злокачественные новообразования – всего (С00-96)

Cancer incidence

Территория	Оба пола Both		Мальчики Boys		Девочки Girls	
	Абс. число	“Грубый” показатель С.Р.	Абс. число	“Грубый” показатель С.Р.	Абс. число	“Грубый” показатель С.Р.
		Стандартизованный показатель (мировой стандарт) ASR(w)		Стандартизованный показатель (мировой стандарт) ASR(w)		Стандартизованный показатель (мировой стандарт) ASR(w)
Северо-Западный ФО	227	11,52	130	12,83	97	10,13
Архангельская обл.	25	12,62	15	14,59	10	10,42
Вологодская обл.	16	8,11	10	9,90	6	6,24
Калининградская обл.	10	6,80	5	6,63	5	6,97
Санкт-Петербург	88	14,07	44	13,67	44	14,36
Ленинградская обл.	19	8,17	11	9,24	8	7,05
Мурманская обл.	11	8,74	7	10,83	4	6,48
Новгородская обл.	6	6,39	5	10,28	1	2,27
Псковская обл.	9	9,58	6	12,40	3	6,59
Республика Карелия	12	11,79	8	15,32	4	8,07
Республика Коми	31	19,94	19	23,90	12	15,79
		20,33		24,18		16,31

Таблица 2.

Смертность детского населения (0-14) территорий Северо-Западного Федерального округа России от злокачественных новообразований в 2013 году. Злокачественные новообразования – всего (С00-96)

Cancer mortality

Территория	Оба пола Both			Мальчики Boys			Девочки Girls		
	Абс. число	“Грубый” показатель С.Р.	Стандартизованный показатель (мировой стандарт) ASR(w)	Абс. число	“Грубый” показатель С.Р.	Стандартизованный показатель (мировой стандарт) ASR(w)	Абс. число	“Грубый” показатель С.Р.	Стандартизованный показатель (мировой стандарт) ASR(w)
Северо-Западный ФО	75	3,80	3,80	41	4,05	4,05	34	3,54	3,54
Архангельская обл.	5	2,50	2,54	2	1,95	1,95	3	3,08	3,15
Вологодская обл.	7	3,55	3,56	6	5,94	5,95	1	1,04	1,05
Калининградская обл.	7	4,76	4,82	4	5,30	5,33	3	4,19	4,29
Санкт-Петербург	34	5,44	5,44	12	3,73	3,76	22	7,24	7,21
Ленинградская обл.	6	2,58	2,63	5	4,20	4,35	1	0,88	0,83
Мурманская обл.	1	0,79	0,77	1	1,55	1,50	0	0,00	0,00
Новгородская обл.	4	4,26	4,28	3	6,17	6,30	1	2,21	2,13
Псковская обл.	3	3,19	3,26	2	4,13	4,31	1	2,20	2,13
Республика Карелия	1	0,98	0,96	1	1,92	1,88	0	0,00	0,00
Республика Коми	7	4,50	4,52	5	6,29	6,30	2	2,63	2,65

Динамику заболеваемости детского населения и анализ ее структуры проще проследить на материалах базы данных ракового регистра Санкт-Петербурга, где эта работа с 1994 года проводится более тщательно.

В таблице 3 представлена динамика абсолютных и относительных чисел заболеваемости детей ЗНО в Санкт-Петербурге.

Таблица 3.

Динамика заболеваемости детей Санкт-Петербурга злокачественными новообразованиями

Cancer incidence

Год Year	Оба пола Both		Мальчики Boys		Девочки Girls	
	Абс. число Abs. number	‰ /0000	Абс. число Abs. number	‰ /0000	Абс. число Abs. number	‰ /0000
1994	102	12,0	57	13,2	45	10,9
1995	89	10,8	54	12,9	35	8,7
2000	69	10,2	41	11,8	28	8,4
2001	68	10,5	40	12,1	29	9,2
2002	82	13,7	49	15,9	33	11,3
2003	54	11,5	26	8,9	28	15,6
2004	59	10,9	36	12,9	20	7,6
2005	81	15,4	47	17,3	33	12,9
2006	79	15,1	45	16,8	34	13,4
2007	48	9,2	22	8,2	26	10,2
2008	66	12,41	33	12,06	33	12,77
2009	71	13,35	37	13,52	34	13,16
2010	78	14,21	42	14,87	36	13,51
2011	97	17,42	56	19,55	41	15,16
2012	103	17,34	61	19,96	42	14,56

Динамика абсолютных чисел заболевших в определенной мере повторяет динамику численности детского населения в городе.

На рисунке 1 показана динамика численности детского населения Санкт-Петербурга по данным Петростата. Установленное ранее резкое снижение численности детского населения и образование демографической ямы начало возвращаться к первоначальному уровню. Для взрослых это падение полностью устранено, для детского населения четко наметилась тенденция к выходу из образовавшегося провала (рис.1).

Уровень заболеваемости колеблется в пределах от 10 и практически 20 ‰₀₀₀₀, с большим уровнем среди мальчиков.

В последующих четырех таблицах (табл. 4–7) и секторных диаграммах представлена структура онкопатологии мальчиков и девочек за два больших периода наблюдения. В графиках представлены основные локализации ЗНО, в таблицах показан полный перечень всех локализаций ЗНО.

**Рис. 1. Динамика численности детского населения (0-14 лет)
Санкт-Петербурга в 1990-2013 гг.)
(на начало соответствующего года тыс. чел.)**

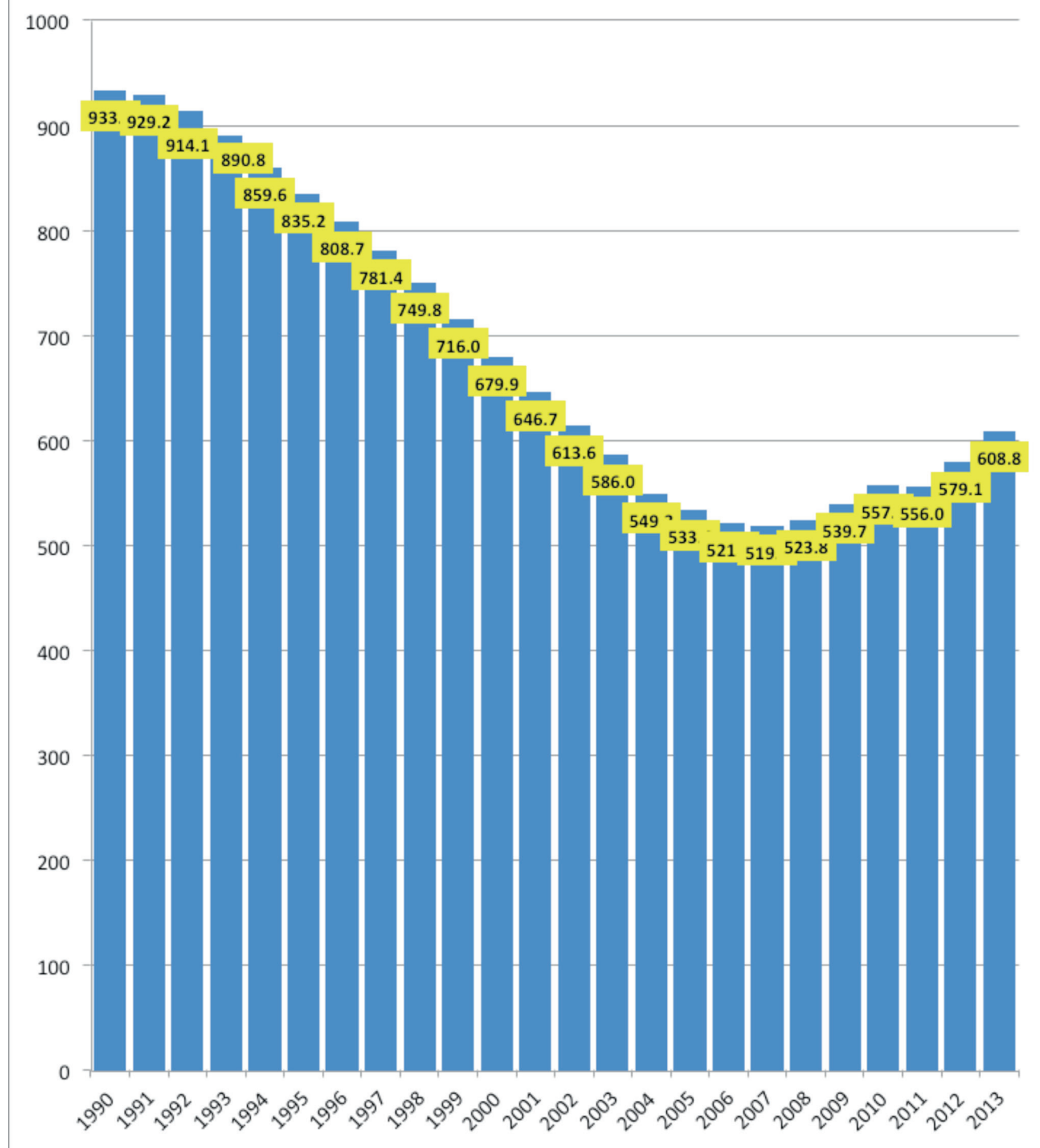


Таблица 4.

**Структура заболеваемости ЗНО мальчиков (0–14) в Санкт-Петербурге.
БД ПРР. 1994–2003**

Boys

Топография	Абсолютное число	%
Лейкозы:	173	34,1
C91 Лимфоидный лейкоз (лимфолейкоз)	138	27,2
C92 Миелоидный лейкоз (миелолейкоз)	27	5,3
C93 Моноцитарный лейкоз	6	1,2
C94 Другие лейкозы уточненного клеточного типа	1	0,2
C95 Лейкоз неуточненного клеточного типа	1	0,2
C71 ЗНО головного мозга	113	22,0
Лимфомы:	86	17,0
C81 Болезнь Ходжкина (лимфогранулематоз)	37	7,3
C83 Диффузная неходжкинская лимфома	28	5,5
C84 Периферические и кожные Т-клеточные лимфомы	6	1,2
C85 Другие и неуточненные типы неходжкинской лимфомы	15	3,0
C40,41 ЗНО костей	26	5,1
C64 ЗНО почки, кроме почечной лоханки	24	4,7
C69 ЗНО глаза и его придаточного аппарата	16	3,1
C48 ЗНО забрюшинного пространства и брюшины	14	2,8
C49 ЗНО соединительной и других мягких тканей	13	2,6
C22 ЗНО печени и внутрипеченочных желчных протоков	11	2,2
C73 ЗНО щитовидной железы	6	1,2
C47 ЗНО периферических нервов и вегетативной нервной системы	5	1,0
C38 ЗНО сердца, средостения и плевры	3	0,6
C62 ЗНО яичка	3	0,6
C72 ЗНО спинного мозга, черепных нервов и других отделов центральной нервной системы	3	0,6
C67 ЗНО мочевого пузыря	2	0,4
C75 ЗНО других эндокринных желез и родственных структур	2	0,4
C14 ЗНО других и неточно обозначенных локализаций	1	0,2
C31 ЗНО придаточных пазух	1	0,2
C34 ЗНО бронхов и легкого	1	0,2
C43 Злокачественная меланома кожи	1	0,2
C44 ЗНО кожи	1	0,2
C60 ЗНО полового члена	1	0,2
C74 ЗНО надпочечника	1	0,2
C96 Другие и неуточненные ЗНО	1	0,2
ИТОГО	508	100,0

Таблица 5.

**Структура заболеваемости ЗНО мальчиков (0–14) в Санкт-Петербурге.
БД ПРР. 2004–2012**

Boys

Топография	Абсолютное число	%
Лейкозы:	133	35,1
C91 Лимфоидный лейкоз (лимфолейкоз)	114	30,1
C92 Миелоидный лейкоз (миелолейкоз)	14	3,7
C93 Моноцитарный лейкоз	2	0,5
C94 Другие лейкозы уточненного клеточного типа	1	0,3
C95 Лейкоз неуточненного клеточного типа	2	0,5
C71 ЗНО головного мозга	65	17,1
Лимфомы:	39	10,2
C81 Болезнь Ходжкина (лимфогранулематоз)	10	2,6
C83 Диффузная неходжкинская лимфома	17	4,5
C84 Периферические и кожные Т-клеточные лимфомы	5	1,3
C85 Другие и неуточненные типы неходжкинской лимфомы	7	1,8
C64 ЗНО почки, кроме почечной лоханки	26	6,9
C40,41 ЗНО костей	24	6,3
C69 ЗНО глаза и его придаточного аппарата	17	4,5
C48 ЗНО брюшинного пространства и брюшины	14	3,7
C49 ЗНО соединительной и других мягких тканей	14	3,7
C74 ЗНО надпочечника	10	2,6
C38 ЗНО сердца, средостения и плевры	8	2,1
C73 ЗНО щитовидной железы	5	1,3
C11 ЗНО носоглотки	4	1,1
C22 ЗНО печени и внутрипеченочных желчных протоков	3	0,8
C72 ЗНО спинного мозга, черепных нервов и других отделов центральной нервной системы	3	0,8
C75 ЗНО других эндокринных желез и родственных структур	3	0,8
C96 Другие и неуточненные ЗНО	3	0,8
C47 ЗНО периферических нервов и вегетативной нервной системы	2	0,5
C76 ЗНО других и неточно обозначенных локализаций	2	0,5
C18 ЗНО ободочной кишки	1	0,3
C43 Злокачественная меланома кожи	1	0,3
C67 ЗНО мочевого пузыря	1	0,3
C70 ЗНО мозговых оболочек	1	0,3
ИТОГО	379	100,0

Таблица 6.

**Структура заболеваемости ЗНО девочек (0-14) в Санкт-Петербурге.
БД ПРР. 1994 – 2003**

Girls

<i>Топография</i>	<i>Абсолютное число</i>	<i>%</i>
Лейкозы:	107	27,1
C91 Лимфоидный лейкоз (лимфолейкоз)	81	20,5
C92 Миелоидный лейкоз (миелолейкоз)	18	4,5
C93 Моноцитарный лейкоз	3	0,8
C95 Лейкоз неуточненного клеточного типа	5	1,3
C71 ЗНО головного мозга	84	21,2
Лимфомы:	34	8,6
C81 Болезнь Ходжкина (лимфогранулематоз)	17	4,3
C83 Диффузная неходжкинская лимфома	10	2,5
C84 Периферические и кожные Т-клеточные лимфомы	1	0,3
C85 Другие и неуточненные типы неходжкинской лимфомы	6	1,5
C40,41 ЗНО костей	30	7,6
C64 ЗНО почки, кроме почечной лоханки	25	6,0
C56 ЗНО яичника	20	5,1
C48 ЗНО забрюшинного пространства и брюшины	18	4,5
C69 ЗНО глаза и его придаточного аппарата	16	4,0
C49 ЗНО соединительной и других мягких тканей	15	3,8
C73 ЗНО щитовидной железы	12	3,0
C47 ЗНО периферических нервов и вегетативной нервной системы	6	1,5
C72 ЗНО спинного мозга, черепных нервов и других отделов центральной нервной системы	6	1,5
C74 ЗНО надпочечника	5	1,3
C22 ЗНО печени и внутрипеченочных желчных протоков	4	1,0
C96 Другие и неуточненные ЗНО	4	1,0
C38 ЗНО сердца, средостения и плевры	3	0,8
C30 ЗНО полости носа и среднего уха	2	0,5
C00 ЗНО губы	1	0,3
C34 ЗНО бронхов и легкого	1	0,3
C52 ЗНО влагалища	1	0,3
C76 ЗНО других и неточно обозначенных локализаций	1	0,3
C80 ЗНО без уточнения локализации	1	0,3
ИТОГО	396	100,0

Таблица 7.

Структура заболеваемости девочек (0-14) ЗНО в Санкт-Петербурге.

БД ПРР. 2004 – 2012

Girls

Топография	Абсолютное число	%
Лейкозы:	113	37,7
C91 Лимфоидный лейкоз (лимфолейкоз)	91	30,3
C92 Миелоидный лейкоз (миелолейкоз)	16	5,3
C93 Моноцитарный лейкоз	2	0,7
C94 Другие лейкозы уточненного клеточного типа	2	0,7
C95 Лейкоз неуточненного клеточного типа	2	0,7
C71 ЗНО головного мозга	40	13,4
C64 ЗНО почки, кроме почечной лоханки	26	8,7
Лимфомы:	23	7,8
C81 Болезнь Ходжкина (лимфогранулематоз)	14	4,7
C83 Диффузная неходжкинская лимфома	5	1,7
C84 Периферические и кожные Т-клеточные лимфомы	2	0,7
C85 Другие и неуточненные типы неходжкинской лимфомы	2	0,7
C49 ЗНО соединительной и других мягких тканей	16	5,3
C74 ЗНО надпочечника	14	4,7
C48ЗНО забрюшинного пространства и брюшины	9	3,0
C69 ЗНО глаза и его придаточного аппарата	9	3,0
C40,41 ЗНО костей	9	3,0
C56 ЗНО яичника	8	2,7
C73 ЗНО щитовидной железы	7	2,3
C22 ЗНО печени и внутрипеченочных желчных протоков	6	2,0
C38 ЗНО сердца, средостения и плевры	5	1,7
C47 ЗНО периферических нервов и вегетативной нервной системы	4	1,3
C72 ЗНО спинного мозга, черепных нервов и других отделов центральной нервной системы	2	0,7
C07 ЗНО околоушной слюнной железы	1	0,3
C18 ЗНО ободочной кишки	1	0,3
C31 ЗНО придаточных пазух	1	0,3
C50 ЗНО молочной железы	1	0,3
C53 ЗНО шейки матки	1	0,3
C57 ЗНО других и неуточненных женских половых органов	1	0,3
C70 ЗНО мозговых оболочек	1	0,3
C75 ЗНО других эндокринных желез и родственных структур	1	0,3
C76 ЗНО других и неточно обозначенных локализаций	1	0,3
ИТОГО	300	100,0

Рис. 2. Динамика структуры заболеваемости ЗНО мальчиков в Санкт-Петербурге. БД ПРР

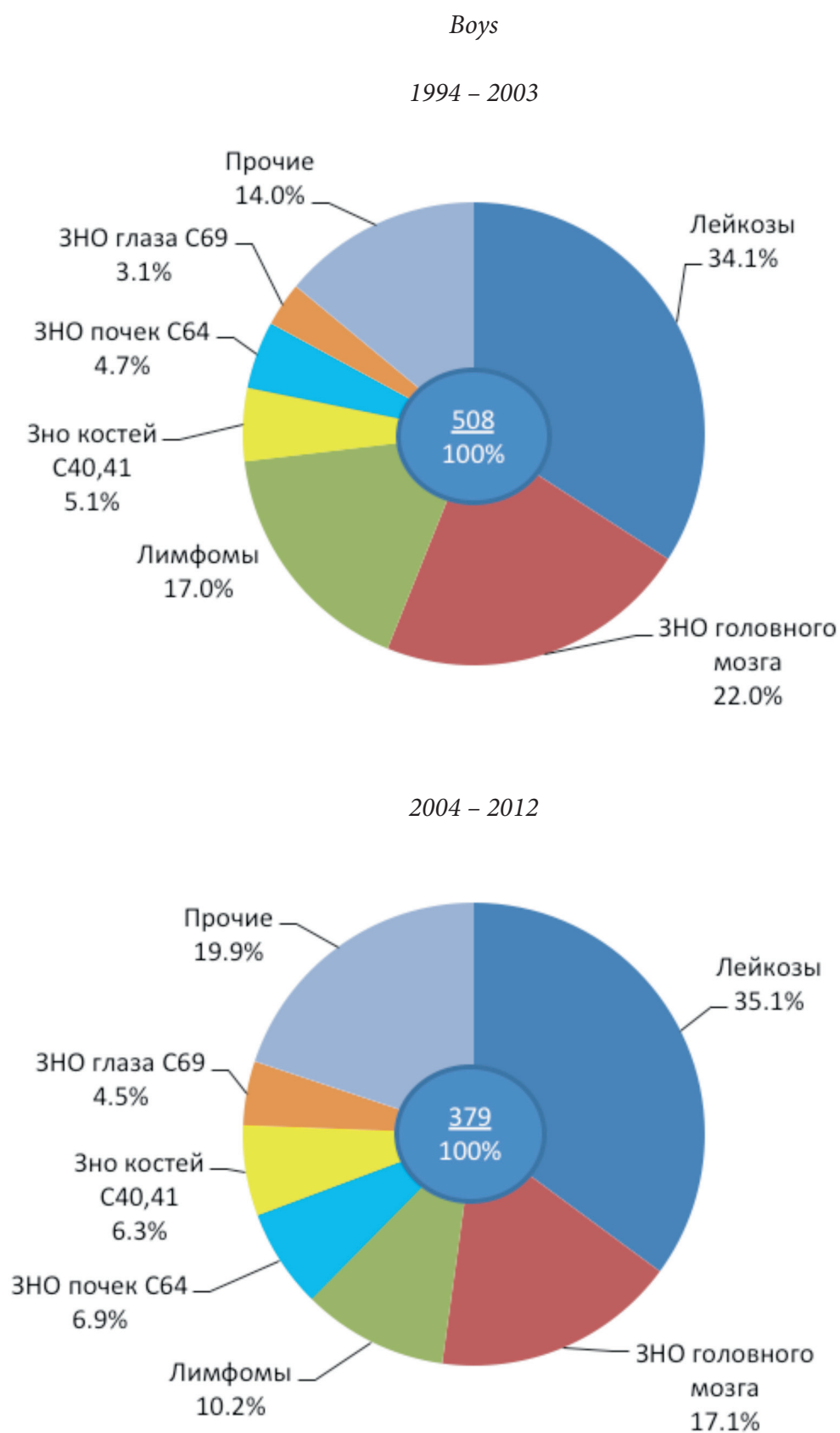
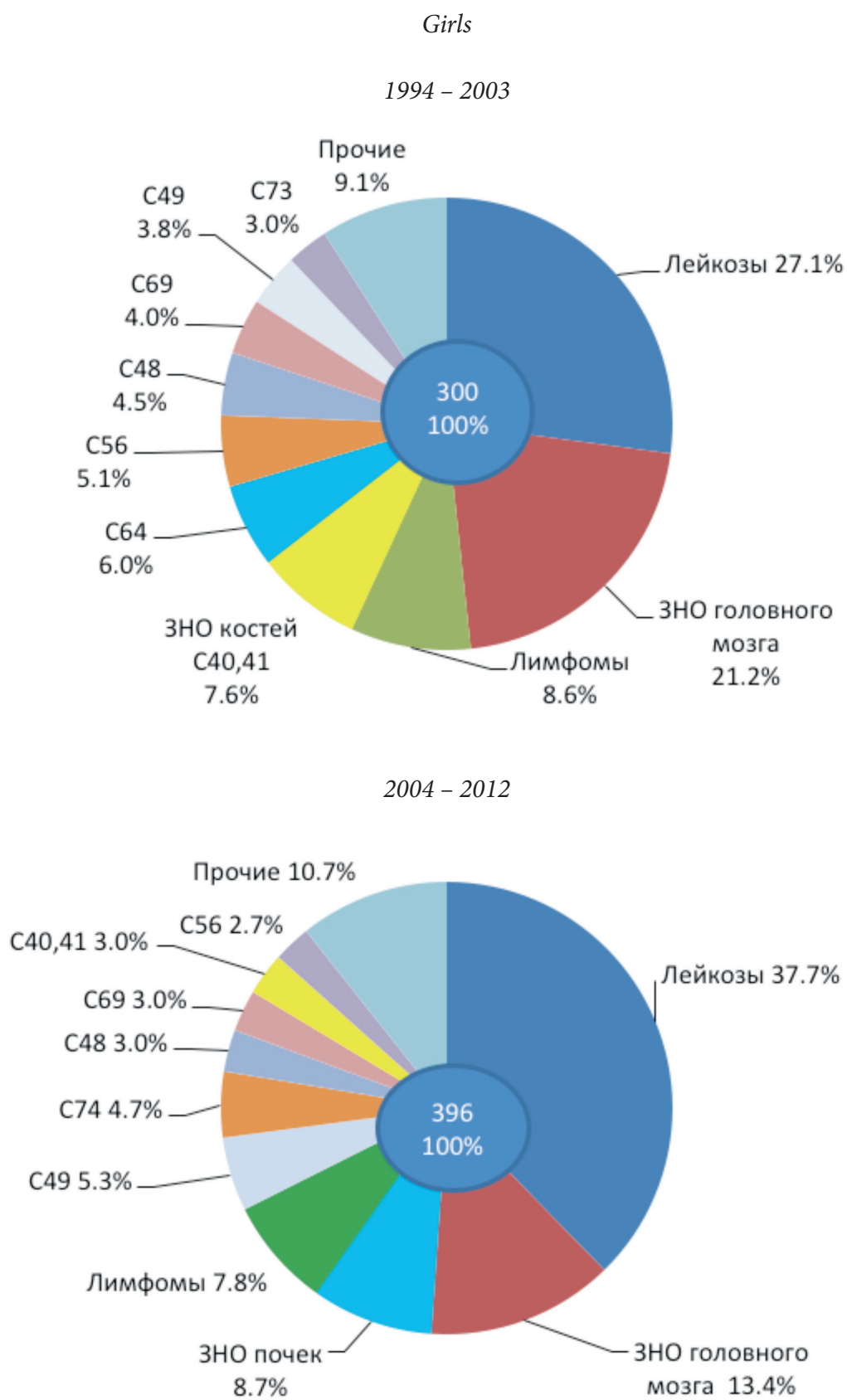


Рис. 3. Динамика структуры заболеваемости ЗНО девочек в Санкт-Петербурге. БД ПРР



Таким образом, проведенное исследование показало, что уровень заболеваемости детского населения в СЗФО не имеет резких отличий от среднероссийских показателей, уровень смертности в Санкт-Петербурге завышен за счет установленного порядка регистрации смертности населения. Структура онкопатологии соответствует среднеевропейским показателям, и у мальчиков и у девочек ведущими причинами заболеваемости являются лейкозы, ЗНО головного мозга и лимфомы. Для проведения углубленных исследований необходимо создание детского популяционного ракового регистра.

Литература

1. Злокачественные новообразования в Ленинграде/Под ред. Р.И. Вагнера, В.М. Мерабишвили.- Л.: ПО-3 Ленуприздата, 1991. — 158 с.
2. Злокачественные новообразования в России в 2013 году (заболеваемость и смертность) / Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. — М.:МНИОИ им. П.А. Герцена — филиал ФГБУ «ФМИЦ им. П.А. Герцена» Минздрава России, 2015. — 250 с.
3. Григорьева Н.А., Турабов И.А. Анализ показателей заболеваемости, смертности и выживаемости при лимфомах у детей и подростков Архангельской области за период 2003-2012 гг. // Современные проблемы и достижения детской онкологии. II Научно – практическая конференция детских онкологов и гематологов Северо-Западного региона России. Сборник тезисов. 3 октября 2014 г.- СПб, 2014. — С. 25-28.
4. Коваленко С.Г., Спичак И.И., Башарова Е.В. и др. Регистр онкологических заболеваний детского возраста в Челябинской области: проблемы и перспективы // Современные проблемы и достижения детской онкологии. II Научно – практическая конференция детских онкологов и гематологов Северо-Западного региона России. Сборник тезисов. 3 октября 2014 г. — СПб, 2014. — С. 38-39.
5. Мень Т.Х., Рыков М.Ю., Пояков В.Г., Алиев М.Д. Эпидемиология злокачественных новообразований у детей в России // Современные проблемы и достижения детской онкологии. II Научно – практическая конференция детских онкологов и гематологов Северо-Западного региона России. Сборник тезисов. 3 октября 2014 г.- СПб, 2014. — С. 50-51.
6. Мерабишвили В.М. Заболеваемость и смертность детей Санкт-Петербурга от злокачественных новообразований // Современные проблемы и достижения детской онкологии. II Научно – практическая конференция детских онкологов и гематологов Северо-Западного региона России. Сборник тезисов. 3 октября 2014 г. — СПб, 2014. — С. 52-54.
7. Мерабишвили В.М. Кумулятивная выживаемость детских контингентов больных злокачественными новообразованиями // Современные проблемы и достижения детской онкологии. II Научно – практическая конференция детских онкологов и гематологов Северо-Западного региона России. Сборник тезисов. 3 октября 2014 г. — СПб, 2014. — С. 55-56.
8. Пунанов Ю.А., Малинин А.П., Сафонова С.А. Детская онкологическая служба в Ленинграде. Исторический очерк. — СПб, 2014. — 52 с.
9. Рыков М.Ю., Аксель Е.М., Пояков В.Г. Злокачественные новообразования у детей в Москве // Современные проблемы и достижения детской онкологии. II Научно –

- практическая конференция детских онкологов и гематологов Северо-Западного региона России. Сборник тезисов. 3 октября 2014 г. — СПб, 2014. — С. 86-88.
10. Современные проблемы и достижения детской онкологии. II Научно – практическая конференция детских онкологов и гематологов Северо-Западного региона России. Сборник тезисов. 3 октября 2014 г. — СПб, 2014. — 124 с.
 11. Шестакова В.В., Турабов И.А., Карманов А.Л. Частотные характеристики острых лейкозов у детей в республике Коми // Современные проблемы и достижения детской онкологии. II Научно – практическая конференция детских онкологов и гематологов Северо-Западного региона России. Сборник тезисов. 3 октября 2014 г. — СПб, 2014. — С. 109-110.
 12. *Cancer incidence in five continents. Vol. I-IX* ([URL:http://www.ci5.iarc.fr/C151-IX/C151-ix.htm](http://www.ci5.iarc.fr/C151-IX/C151-ix.htm) 16.03.2015).

Глава II. Кумулятивная наблюдаемая и относительная выживаемость детей (0–14) больных ЗНО в Санкт-Петербурге

В.М. Мерабишвили, Е.В. Демин, О.Ф. Чепик, М.В. Стогний,
Е.А. Богданова, В.О. Лашин

Chapter II. Cumulative observed and relative survival of children (0–14) patients with malignant tumors in St. Petersburg

V.M.Merabishvili, E.V.Demin, O.F.Chepik, M.V.Stogny, E.A.Bogdanova, V.O.Lashin

Наиболее объективным критерием оценки деятельности онкослужбы, в том числе и детских контингентов, являются расчеты показателей выживаемости на популяционном уровне. Можно добиться определенных успехов в одной клинике, но, главное, создать оптимальные условия для лечения всех детей в регионе. Методология расчета показателей наблюдаемой и относительной выживаемости онкологических больных изложена нами ранее. Теоретические характеристики методов расчета показателей выживаемости также изложены сотрудниками МНИОИ им. П.А. Герцена. Расчеты показателей выживаемости онкологических больных (взрослых и детей) ранее представлены в публикациях, доложены на съездах онкологов и научных конференциях. Все расчеты проводились на основе программ Eurocare.

Динамика показателей наблюдаемой и относительной **5-летней выживаемости** детей в Санкт-Петербурге в сравнении за три периода- 1994-1999, 2000-2004, 2005-2008 гг. свидетельствует о положительном сдвиге 5-летней относительной выживаемости детей по всем ЗНО. Относительная 5-летняя выживаемость мальчиков, больных ЗНО возросла с 61,9 до

The most objective criterion for evaluation of cancer control, including children's contingents, is estimations of survival at the population level. It is possible to achieve certain success in one clinic but, more importantly, to create optimal conditions for treatment of all children in the region. Methodology of estimation of observed and relative survival rates of cancer patients was presented by us earlier. Theoretical characteristics of methods of estimation of survival rates were also provided by employees of the P.A.Herzen Moscow Research Institute of Oncology. Estimations of survival rates of cancer patients (adults and children) were presented in earlier publications, reported at congresses of oncologists and scientific conferences. All estimations were performed on the basis of the Eurocare programs.

*Dynamics of observed and relative **5-year survival** rates of children in St. Petersburg in comparison for the three periods as 1994–1999, 2000–2004, 2005–2008 indicates a positive shift of a 5-year relative survival of children with all malignant tumors: increasing from 61.9 to 72.9 % or by 17.8 % in boys and*

72,9%, или на 17,8%, у девочек – с 59,9 до 75,2%, или на 25,5%. По отдельным локализациям сравнение динамики осложняется в связи с малым числом наблюдений, даже для 5-миллионного мегаполиса, как Санкт-Петербург. Вместе с тем, имеются существенные успехи в лечении лимфом в Санкт-Петербурге. Пятилетняя относительная выживаемость детей за короткий период возросла у мальчиков на 13,3%, у девочек на 23,2%. Имеются некоторые успехи в лечении детей с опухолями мозга. Безусловно, наибольший интерес в динамике показателей выживаемости принадлежит ведущей онкопатологии детей — лейкозам. Анализ 5-летней относительной выживаемости детей, заболевших лейкозами в течение двух сравнительных периодов, показал некоторое улучшение величины показателя.

from 59.9 to 75, 2 % or by 25.5 % in girls. By separate tumor sites a comparison of dynamics is complicated due to the small number of observations even for a 5-million metropolis as St. Petersburg.

However there are significant advances in treatment for lymphomas in St. Petersburg. A 5-year relative survival rate of children in a short period increased by 13.3 % in boys and by 23.2 % in girls. There is some success in treatment of children with brain tumors. Of course the greatest interest in dynamics of survival rates belongs to the leading children's oncology pathology - leukemia. Analysis of a 5-year relative survival of children who became ill with leukemia during two comparative periods showed some improvement in this value.

Наиболее объективным критерием оценки деятельности онкослужбы, в том числе и детских контингентов, являются расчеты показателей выживаемости на популяционном уровне. Можно добиться определенных успехов в одной клинике, но, главное, создать оптимальные условия для лечения всех детей в регионе. Методология расчета показателей наблюдаемой и относительной выживаемости онкологических больных изложена нами ранее [1-3,6]. Теоретические характеристики методов расчета показателей выживаемости также изложены сотрудниками МНИОИ им. П.А. Герцена [7]. Расчеты показателей выживаемости онкологических больных (взрослых и детей) ранее представлены в публикациях [1-6], доложены на съездах онкологов и научных конференциях [8]. Все расчеты проводились на основе программ Eurocare [9-13].

Динамика показателей наблюдаемой и относительной **5-летней выживаемости** детей в Санкт-Петербурге в сравнении за три периода- 1994-1999, 2000-2004, 2005-2008 гг. свидетельствует о положительном сдвиге 5-летней относительной выживаемости детей по всем ЗНО. Относительная 5-летняя выживаемость мальчиков, больных ЗНО возросла с 61,9 до 72,9%, или на 17,8%, у девочек – с 59,9 до 75,2%, или на 25,5% (табл.1). По отдельным локализациям сравнение динамики осложняется в связи с малым числом наблюдений, даже для 5-миллионного мегаполиса, как Санкт-Петербург. Вместе с тем, имеются существенные успехи в лечении

лимфом в Санкт-Петербурге. Пятилетняя относительная выживаемость детей за короткий период возросла у мальчиков на 13,3 %, у девочек на 23,2 %. Отмечено незначительное увеличение пятилетней относительной выживаемости детей со злокачественными новообразованиями почек. Имеются некоторые успехи в лечении детей с опухолями мозга. Безусловно, наибольший интерес в динамике показателей выживаемости принадлежит ведущей онкопатологии детей — лейкозам. Анализ 5-летней относительной выживаемости детей, заболевших лейкозами в течение двух сравнительных периодов, показал улучшение величины показателя у мальчиков (на 8,4 %) и стабилизацию величины относительной 5-летней выживаемости у девочек. Дальнейшее наблюдение показало, что однолетняя выживаемость за больший период наблюдения (таблица 2) сохранила выявленные тенденции, при том, что в целом по всем новообразованиям однолетняя выживаемость мальчиков возросла на 17,9 %, у девочек – на 27,7 % (в основном за счет лимфом), где однолетняя выживаемость и у мальчиков и у девочек составила в последний период наблюдения 100 %, по лейкозам – у мальчиков она составила 92,6 %, у девочек 88,1 %.

Таким образом, очевидны успехи в лечении ЗНО у детей по основным локализациям ЗНО.

Таблица 1.

Динамика 5-летней наблюдаемой (НВ) и относительной (ОВ) выживаемости детей, больных ЗНО в Санкт-Петербурге. БД ПРР

5-years observed and relative survival

ВСЕГО С00-96.

<i>Мальчики Boys</i>			
<i>Период наблюдения</i>	<i>Абсолютное число</i>	<i>НВ Observed P±m</i>	<i>ОВ Relative P±m</i>
1994-1999	348	61,6 ± 2,6	61,9 ± 2,6
2000-2004	190	69,1 ± 3,4	69,4 ± 3,4
2005-2008	146	72,6 ± 3,3	72,9 ± 3,3
<i>Девочки Girls</i>			
1994-1999	268	59,7 ± 3,0	59,9 ± 3,1
2000-2004	145	69,1 ± 3,9	69,3 ± 3,9
2005-2008	127	74,0 ± 3,8	75,2 ± 3,8

Лейкозы (С91.0-9,92.0-9,93.0-9,94.0-5,95.0-2,7,9)

<i>Мальчики Boys</i>			
<i>Период наблюдения</i>	<i>Абсолютное число</i>	<i>НВ Observed P±m</i>	<i>ОВ Relative P±m</i>
1994-1999	130	64,9 ± 4,2	65,2 ± 4,2
2000-2004	55	70,5 ± 6,2	70,7 ± 6,2
2005-2008	51	86,3 ± 6,4	86,5 ± 6,3

<i>Девочки Girls</i>			
1994-1999	67	70,6 ± 5,7	70,8 ± 5,7
2000-2004	51	70,6 ± 6,4	70,7 ± 6,4
2005-2008	44	65,9 ± 6,3	66,1 ± 6,3

ЗНО головного мозга (С71)

<i>Мальчики Boys</i>			
<i>Период наблюдения</i>	<i>Абсолютное число</i>	<i>НВ Observed P±m</i>	<i>ОВ Relative P±m</i>
1994-1999	79	48,1 ± 5,6	48,3 ± 5,6
2000-2004	37	58,8 ± 8,2	59,0 ± 8,2
2005-2008	22	36,4 ± 11,1	36,5 ± 11,0
<i>Девочки Girls</i>			
1994-1999	60	48,8 ± 6,5	48,9 ± 6,6
2000-2004	23	55,2 ± 10,5	55,4 ± 10,6
2005-2008	16	56,3 ± 10,8	56,4 ± 10,7

Лимфомы (С81-85,88,90,96)

<i>Мальчики Boys</i>			
<i>Период наблюдения</i>	<i>Абсолютное число</i>	<i>НВ Observed P±m</i>	<i>ОВ Relative P±m</i>
1994-1999	54	70,4 ± 6,2	70,6 ± 6,2
2000-2004	40	79,6 ± 6,4	80,0 ± 6,2
2005-2008	19	73,7 ± 7,1	74,1 ± 7,3
<i>Девочки Girls</i>			
1994-1999	28	62,4 ± 9,4	62,6 ± 9,5
2000-2004	13	76,9 ± 11,7	77,1 ± 11,7
2005-2008	11	81,8 ± 12,3	82,2 ± 13,1

Кости и мягкие ткани (40,41,49)

<i>Мальчики Boys</i>			
<i>Период наблюдения</i>	<i>Абсолютное число</i>	<i>НВ Observed P±m</i>	<i>ОВ Relative P±m</i>
1994-1999	19	57,9 ± 7,1	58,1 ± 7,2
2000-2004	19	68,4 ± 7,1	68,5 ± 7,2
2005-2008	15	60,0 ± 8,2	60,2 ± 8,3
<i>Девочки Girls</i>			
1994-1999	24	41,7 ± 8,9	41,9 ± 8,9
2000-2004	11	63,6 ± 12,3	63,8 ± 12,2
2005-2008	8	37,5 ± 13,1	37,9 ± 13,2

Таблица 2.

**Динамика показателей 1-летней наблюдаемой выживаемости детей (0-14)
Санкт-Петербурга с диагнозом злокачественного новообразования. БД ПРР.
One-year survival rates (0-14 year old). St. Petersburg, DB PCR**

	1994-1997		1998-2001		2002-2005		2006-2009		2010-2012	
	Абс. число	Однолетняя выживаемость	Абс. число	Однолетняя выживаемость	Абс. число	Однолетняя выживаемость	Абс. число	Однолетняя выживаемость	Абс. число	Однолетняя выживаемость
Все злокачественные новообразования (С00-96)										
Оба пола Both	385	75,1	349	84	268	78,9	265	87,9	265	91,7
Мальчики Boys	222	77,5	191	86,8	155	79,8	136	89,0	151	91,4
Девочки Girls	163	72,1	158	80,6	113	77,8	129	86,8	114	92,1
Кости и мягкие ткани (С40,41,49)										
Мальчики Boys	13	84,6	14	64,3	19	94,7	14	92,9	15	100
Девочки Girls	18	55,6	19	57,9	10	90	9	88,9	12	100
Головной мозг (С71)										
Мальчики Boys	55	65,5	37	89	25	42,9	25	76,0	28	85,7
Девочки Girls	35	64,7	30	69,5	17	64,7	18	83,3	16	93,8
Лимфомы (С81-85,88,90,96)										
Мальчики Boys	30	70	40	85	47	89,1	14	85,7	12	100
Девочки Girls	19	63,2	13	84	34	94,1	12	91,7	7	100
Лейкозы (С91.0-9,92.0-9,93.0-9,94.0-5,7,95.0-2,7,9)										
Мальчики Boys	84	85,7	59	88	56	80,4	52	92,3	54	92,6
Девочки Girls	43	81,4	41	85,2	46	71,7	46	84,8	42	88,1

Литература

1. Мерабишвили В.М. *Выживаемость онкологических больных.* — СПб.: ООО «Фирма «КОСТА», 2006. — 440 с.
2. Мерабишвили В.М. *Выживаемость онкологических больных. Выпуск второй. Часть I / Под ред. проф. Ю.А. Щербука.* - СПб.: ООО «Издательско-полиграфическая компания «КОСТА», 2011 — 332 с.
3. Мерабишвили В.М. *Выживаемость онкологических больных. Выпуск второй. Часть II / Под ред. проф. Ю.А. Щербука.* — СПб.: ООО «Издательско-полиграфическая компания «КОСТА», 2011. — 408 с.
4. Мерабишвили В.М. *Кумулятивная выживаемость детских контингентов больных злокачественными новообразованиями // Современные проблемы и достижения детской онкологии. II Научно – практическая конференция детских онкологов и гематологов Северо-Западного региона России. Сборник тезисов. 3 октября 2014 г.* — СПб, 2014. — С. 55-56.
5. Мерабишвили В.М. *Онкологическая служба Санкт-Петербурга (оперативная отчетность за 2011-2012 годы, углубленная разработка базы данных регистра по международным стандартам). Популяционный раковый регистр (IACR №221), том 18 / Под ред. В.М. Колабутина, А.М. Беляева.* — СПб: «Издательско-полиграфическая компания «КОСТА», 2013 — 368 с.
6. Мерабишвили В.М. *Онкологическая статистика (традиционные методы, новые информационные технологии). Руководство для врачей. Часть II.* — СПб: ООО «Издательско-полиграфическая компания «КОСТА», 2011 — 248 с.
7. Петрова Г.В., Грецова О.П., Харченко Н.В. *Методы расчета показателей выживаемости // Злокачественные новообразования в России в 2003 году (заболеваемость и смертность) / Под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой.* — М.: МНИ-ОИ им. П.А. Герцена, 2005. — С. 246-254.
8. *Современные проблемы и достижения детской онкологии. II Научно – практическая конференция детских онкологов и гематологов Северо-Западного региона России. Сборник тезисов. 3 октября 2014 г.* — СПб, 2014. — 124 с.
9. Richards M. *Eurocare 4 studies bring new data of cancer survival // The lancet oncology. Vol. 8, issue 9. September. 2007. P. 752-753*
10. *Survay of Cancer patients in Europe: the Eurocare-3 Study / Ed. F. Berrino et al. // Annals of Oncology. Vol. 14. 2003. Supplement 5. Oxford press.*
11. *Survival of cancer patients in Europe // Ed. F. Berrino et al. IARC Sci. publ. № 132. Lyon. 1995. - 465 p.*
12. *Survival of cancer patients in Europe : the Eurocare-2 Study / Ed. F. Berrino et al. IARC Sci. publ. № 151. Lyon. 1999. 572 p.*
13. *Verdecchia at al. Recent cancer survival in Europe: a 2000 – 2002 period analysis of Eurocare-4 data // The lancet oncology. Vol.8, issue 9. September. 2007. P. 784-796*

АРХАНГЕЛЬСКАЯ ОБЛАСТЬ



РАЗДЕЛ V

ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

А.В. Красильников, Е.Ф. Потехина

ГБУЗ АО «Архангельский клинический онкологический диспансер»

*163045,
г. Архангельск,
пр. Обводный канал, 145, корп.1
Тел./факс: 8 (8182) 27-64-70*

SECTION V

Oncology Service of Arkhangelsk

A.V. Krasilnikov, E.F. Potekhina

Архангельский клинический онкологический диспансер - специализированное лечебное учреждение, оказывающее онкологическую помощь населению Архангельской области, был организован 16 января 1946 года. Сегодня в его составе 10 клинических отделений, из них 7 хирургических (на 275 коек), химиотерапевтическое на 50 коек, 2 радиологических (75 коек). Общая мощность учреждения 400 коек. В поликлинике на 200 посещений в смену (около 70 тыс. в год) организованы профильные приемы больных. При поликлинике функционирует дневной стационар на 55 коек (110 мест).

Главный врач ГБУЗ АО «АКОД» – доктор медицинских наук Красильников Андрей Валентинович. В учреждении работают высококвалифицированные кадры. 9 врачей — кандидаты медицинских наук, 3 врача имеют звание «Заслуженный врач РФ» и три доктора медицинских наук. 56,3% врачей и 62,0% средних мед.работников диспансера имеют квалификационные категории.

На базе диспансера организована кафедра СГМУ: лучевой диагностики и лучевой терапии с курсом клинической онкологии.

Диспансер оснащен современным оборудованием для диагностики и лечения онкологических заболеваний. 16.11.2011 года сдан в

Arkhangelsk Clinical Oncology Dispensary is a specialized medical institution providing cancer care to the population of Arkhangelsk region; it was organized in January 16, 1946. To the moment, it includes 10 clinical departments: 7 surgical (275 beds), chemotherapy department for 50 patients, 2 radiological (75 beds). The total capacity is 400 beds. Specialized appointments to visit a doctor are organized for patients in the out-patient department for 200 visits per shift (about 70 thousand per year). There is a day patient department for 55 beds (for 110 people) attached to the out-patient department. Chief physician of GBU AO «AKOD» is Krasilnikov Andrei Valentinovich, Dr.scient.med. Highly qualified personnel works in the dispensary. 9 physicians have Ph.D. degree, 3 physicians were awarded the title of Honorary Doctor of the Russian Federation and 3 Doctors of Medical Science. 56.3% of physicians and 62.0% of nurses have qualification grades.

On the basis of the dispensary the Department of NSMU was organized: radiation diagnosis and therapy with training in clinical oncology.

The dispensary is equipped with modern medical devices and facilities for can-

эксплуатацию Медико-технологический операционный комплекс ГБУ АО «АКОД», на базе которого функционируют 10 современных операционных. В новом корпусе проводится хирургическое лечение при всех локализациях с использованием видеоэндоскопической аппаратуры, современных методик электрохирургии (аргоноплазменной коагуляции, холодноплазменной коагуляции (гелей), УЗИ-десекции, хирургического лазера, радиочистой абляции, электрохирургический лизис, инвазивные вмешательства под Rg-контролем).

Архангельский областной клинический онкологический диспансер имеет единую информационную систему, которая состоит из популяционного канцеррегистра, функциональных регистров данных, базовых и вспомогательных классификаторов.

В 2011-2013 г.г. реализованы мероприятия федеральной программы «Модернизация здравоохранения Архангельской области на 2011-2012 годы» и национальной программы «Онкология».

Разработаны и успешно применяются на практике комбинированные и комплексные методы лечения злокачественных опухолей различных локализаций. Учреждение участвует в программах международных клинических исследований.

Усилия учреждения направлены на сохранение здоровья жителей Севера и повышения качества жизни пациентов.



Главный врач Архангельского клинического онкологического диспансера, доктор медицинских наук **Красильников Андрей Валентинович**.

Родился в 1963 году в г. Архангельске. В 1981 г., после окончания средней школы, поступил на лечебный факультет Архангельского государственного медицинского института. В 1987 г. успешно окончил высшее учебное заведение по специальности - лечебное дело. В течение 1987-1988 г.г. проходил интернатуру по акушерству и гинекологии на базе МУ «Первая клиническая городская больница» и ГУЗ «Областная клиническая больница». С 1988 по 1991 г.г. работал заведующим родиль-

cer diagnosis and treatment. In November 16, 2011 it was commissioned Medical Technology operating complex GBU AO «AKOD» on the basis of which function 10 modern operating rooms. In the new building surgical treatment for all localizations using video endoscope equipment, modern techniques of electrosurgery (argon plasma coagulation, cold plasma coagulation (gels), ultrasound dissection, surgical laser, radiofrequency ablation, electrosurgical lysis, Rg-controlled invasive interventions).

Arkhangelsk Regional Clinical Oncology Dispensary has a unified information system that consists of a population-based cancer registry, functional registers of data, basic and auxiliary classifiers.

Activities of the Federal Programme of «Modernization of the healthcare service of Arkhangelsk region for 2011-2012» and the National «Oncology» Programme were implemented in 2011-2013.

Combined and complex cancer treatment methods of different tumor localizations have been developed and successfully applied in practice. The institution participates in international clinical trials.

The efforts of institution are aimed at preserving the health of the population of the North and improving the quality of life of patients.

ным отделением Карпогорской ЦРБ, выполнял обязанности районного акушера-гинеколога.

С 1991 по 2002 работал в Первой городской клинической больнице г. Архангельска. С 1993 по 1999 г.г заведовал отделением оперативной гинекологии.

С целью совершенствования организации труда и анализа статистической информации, разработал и внедрил в работу отделения компьютерную программу «Автоматизированное рабочее место зав. отделением».

Участвовал в создании Ассоциации врачей акушеров-гинекологов Архангельской области. В настоящее время является Председателем правления этой общественной организации. Член правления регионального филиала Всероссийской Ассоциации Репродукции Человека.

Занимался обоснованием применения магнитно-резонансной томографии для дооперационной диагностики у больных с опухолями малого таза. Результатом этой работы стала защита в 1999 г. диссертации кандидата медицинских наук. Имею более 10 печатных статей в местных и центральных научных медицинских журналах.

В 1999 г. Департаментом здравоохранения Архангельской области присвоена высшая квалификационная категория врача акушера-гинеколога.

В 2001 г. стажировался в США (Северная Каролина, Шарлот) по вопросам организационной структуры системы здравоохранения. Изучал особенности американской модели страховой медицины.

Неоднократно участвовал в судебных делах, связанных с акушерско-гинекологической практикой в качестве врача-эксперта.

В 2002 г. назначен главным врачом ГУЗ «Архангельский областной клинический онкологический диспансер».

В 2005 г. защитил диссертацию доктора медицинских наук.

Архангельская область – область на севере Европейской части России. В ее состав входит Ненецкий автономный округ. Площадь Архангельской области (589 913 км²) больше, чем площадь крупнейших стран Западной Европы. В области проживает чуть более одного миллиона человек. Из них дети составляют 19%, женщины – 53,3%, из которых 45,8% фертильного возраста. Плотность населения – 2,06 жителей на 1 кв. км.

Краткая история Архангельского клинического онкологического диспансера

Онкологическая служба области начала развиваться в 1944 году в Архангельске; именно здесь в центральной городской поликлинике был организован онкопункт. Прием больных проводился 2 раза в неделю, был приобретен аппарат для лучевого лечения.

16 января 1946 года приказом НКЗ СССР №323 от 24.05.45г. «0 мероприятиях по улучшению онкологической помощи населению» и решением областного совета

народных депутатов № 454 от 22 ноября 1945 года пункт был реорганизован в областной онкологический диспансер.

Помещение для поликлинического приема больных и диагностических служб площадью 253 кв.м арендовалось в той же поликлинике, где вели прием врачи: хирург, гинеколог, отоларинголог. Открыты клиническая и патогистологическая лаборатории, рентгеновский кабинет, кабинет медицинской статистики. Стационара не было, а госпитализация пациентов осуществлялась на 35 коек городской больницы (мощность ее 140 коек). В 1948 году для лечения опухолей начали применяться радиоактивные препараты.

До 1950 года главным врачом онкодиспансера был А.Д. Заславский – заведующий кафедрой факультетской хирургии АГМИ, профессор, доктор медицинских наук.

В 1950 году диспансер возглавила Валентина Михайловна Паторжинская, окончившая АГМИ в 1938 году. С 1950г. в гостинице «Динамо» арендовалось 10 коек для больных пансионата

С 1951 года открылся стационар на 40 коек в капитально отремонтированном деревянном одноэтажном здании площадью 627 кв. м по ул. Суворова, для лече-



ния стали применять противоопухолевые химиопрепараты и гормоны.

С этого времени все онкопункты области были реорганизованы в онкологические кабинеты, которых к 1967 году уже было 14, а в 2013 году - 22.



С 1957 по 1974 г онкодиспансер с поликлиникой и стационаром на 60 коек размещался в 2-х этажном каменном здании по ул. Урицкого, 1

За 15 лет (с 1950.) были смонтированы 2 гамма- и 2 рентгенотерапевтических аппарата. Кроме того, рентгенотерапевтические аппараты были установлены в Се-



веродвинске (2), Котласе (2), в 1 городской больнице (1), областной больнице (2), в больнице им. Семашко (1), приобретено необходимое защитное оборудование.

Приказом МЗ РСФСР от 9.12.66 г. онкодиспансер был отмечен, как один из лучших по РСФСР.

С 1968 года число коек в онкодиспансере

увеличилось до 105 за счет открытия (15.10.68 г.) радиологического отделения на 35 коек по Энгельса, 13.

В 1969 г. онкодиспансер возглавила Т.С. Подьякова с 7 – летним в то время стажем работы врачом-хирургом онкологического диспансера



1970 – 1980 гг.

За это время диспансер изменился коренным образом. Впервые в его истории появились не приспособленные, а построенные по типовым проектам корпуса. Вступили в строй главный (3-х этажный, 1974 г) и радиологический (1975 г) корпуса онкодиспансера на 165 коек. Число онкологических коек по области увеличилось до 215. Одновременно с главным и радиологическим корпусами строился и пансионат для временного проживания пациентов, приезжающих на обследование или лечение из районов Архангельской и соседних областей. В 1972 году были открыты эндоскопический кабинет и цитологическая лаборатория.



Главный корпус онкодиспансера, 1974 год

В феврале 1976 года была открыта единственная в Архангельской области и одна из крупнейших в России радиоизотопная лаборатория.

В 1977 году в радиодиагностической лаборатории закончен монтаж уникального диагностического оборудования – сцинтилляционной гамма – камеры. В декабре 1979 года введена в эксплуатацию 5-этажная пристройка к главному корпусу. Число коек в онкодиспансере увеличилось до 365.

В 1980 году организовано реанимационно–анестезиологическое отделение. Мощность радиологического отделения увеличена до 75 коек.



1981 – 1991 гг.

1981г. Московским онкологическим институтом им. П.А. Герцена проведено совещание по кооперированным исследованиям в лечении больных с онкопатологией органов головы и шеи.

1982г. Сотрудниками Московского проктологического института проведена конференция по проктологии

1983г. В онкодиспансере Московский научно – исследовательский рентгено-радиологический институт (МНИРРИ) провел семинар с радиологами Северо-Запада.

1984г. Институтом морфологии АМН СССР проведена научно - практическая конференция «Киллеры против рака». Семинар с педиатрами области Онкологическим научным центром г. Москвы (профессор Л.А. Дурнов).

Вступила в строй (1984 г.) централизованная стерилизационная, установлен гамма-терапевтический аппарат “РОКУС-М”. В радиоизотопной лаборатории начали проводить радиоиммунологические исследования

В 1985 году начато строительство 8-ми этажного корпуса, который вступил в строй в 1988 году.

Открылись новые отделения: патологии органов головы и шеи на 60 коек, урологического и проктологического по 40 коек, химиотерапевтического - на 60 коек. С открытием новых отделений общее число коек в онкодиспансере увеличилось до 520., из них: хирургического профиля - 385, радиологического – 75, химиотерапевтического - 60.



Рис. 3. 8-ми этажный корпус диспансера:

1-2 этаж – амбулаторно-поликлиническое отделение

3 этаж – отделение дополнительных услуг

4 этаж – х.о. №5 (отделение проктологии)

5 этаж – х.о. №4 (торакальное отделение)

6 этаж – х.о. №7 (урология)

7 этаж – радиологическое отделение №1

8 этаж – х.о. №3 (голова-шея)



Рис. 4. 5-ти этажный корпус диспансера:

1 этаж – администрация

2 этаж – отделение анестезиологии-реанимации

3 этаж – отделение химиотерапии

4 этаж – х.о. №2 (маммологический центр)

5 этаж – х.о. №1 (абдоминальное отделение)



Рис. 5. 3-х этажный корпус:

1 этаж – дневной стационар

2 этаж – радиологическое отделение №2

3 этаж - х.о. №6 (гинекологическое отделение)



Рис. 6. Новый операционный корпус

Сдан в эксплуатацию 16.11.2011г. на базе которого расположились 10 современных операционных, центральное стерилизационное отделение, прачечная и гистологическая лаборатория.



В 1990 году закончено строительство пристройки к радиологическому корпусу под линейный ускоритель и компьютерный томограф.

С приобретением первых 10 персональных ЭВМ началась компьютеризация диспансера, созданы локальные программы учета и отчетности в отделе кадров, бухгалтерии, изотопной лаборатории, реанимационном отделении.

В 1991 году установлены линейный ускоритель и компьютерный (рентгеновский) томограф. Организовано отделение лучевой диагностики.

1992– 2013 гг.

В 1993 году установлены лазерный терапевтический аппарат, новые эндоскопы с видеокомплексом, аппараты для мониторингового наблюдения за послеоперационными больными, дыхательная аппаратура, проведено переоснащение клинической лаборатории, освоены операции на пищеводе и трансуретральная резекция простаты, комбинированное лечение рака мочевого пузыря. В 1994 году в отделении лучевой диагностики установлен магнитно-резонансный томограф.

В АГМИ организована кафедра клинической онкологии (1993 г.), которую возглавил д.м.н. И.С. Агеев – бывший сотрудник диспансера.

Начала действовать выездная служба хосписа в г. Архангельске, организованная доцентом кафедры онкологии АГМИ Александром Николаевичем Великолугом.

В 1997 – 1998 годах диспансером были организованы научно-практические международные конференции по онкологии.

С февраля 2002 года ГУЗ «АОКОД» возглавил д.м.н. А.В. Красильников. В 2002 г. проведена масштабная реструктуризация диспансера, в результате которой развернут дневной стационар на 30 коек с двухкратным оборотом, открыт пансионат временного проживания на 20 мест, создано отделение дополнительных услуг. В IV кв. 2004 года начала работу лаборатория иммуногистохимии.

В 2005 году впервые установлена централизованная система мониторинга за больными в реанимационном отделении.

В период с 2008 по 2011 гг. увеличен коечный фонд в дневном стационаре на 25 коек до 55 коек.

В 2011 году внедрены в работу стандарты оказания медицинской помощи по 14 нозологиям, утвержденные для применения в учреждениях АО в рамках реализации Программы модернизации системы здравоохранения АО на 2011-2012 годы.

Начата работа по национальной программе «Онкология» (утверждено постановлением Правительства РФ от 31.12.2010 г. № 1222). Принята долгосрочная целевая программа Архангельской области «Совершенствование медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями на 2011-2013 годы» (утверждена Постановлением Правительства АО от 29.03.2011 г. № 79-пп).

Для врачей первичного звена здравоохранения с 16.05.2011 по 27.05.2011 гг. на базе ГУЗ «АКОД» проведен выездной цикл обучения специалистами ФГБУ «Научно-исследовательский институт онкологии им. Н.П. Петрова» Минздравсоцразвития России по вопросам скрининга и диагностики онкологических заболеваний – обучено 59 специалистов.

16.11.2011 года сдан в эксплуатацию Медико-технологический операционный комплекс ГУЗ «АКОД», на базе которого расположились 10 современных операционных, центральное стерилизационное отделение, прачечная и гистологическая лаборатория. В новом корпусе проводится хирургическое лечение при всех локализациях с использованием видеоэндоскопической аппаратуры, современных методик электрохирургии (аргоноплазменной коагуляции, холодноплазменной коагуляции (гелей), УЗИ-десекции, хирургического лазера, радиочистой абляции, электрохирургический лизис, инвазивные вмешательства под Rg-контролем).

С января 2013 г. внедрена и работает программа «Централизованная госпитализация пациентов в ГБУ АО «АКОД», которая дает возможность контролировать очередь на госпитализацию и госпитализировать пациентов вне очереди, нуждающихся в скорейшем начале лечения.

28–29.03.2013 г. – на базе ГБУ АО «АКОД» - Междисциплинарная научно-образовательная конференция с международным участием «Регионарная анестезия и периоперационное обезбоживание: вчера, сегодня, завтра».

С апреля 2013 г. в АКОД работает «Школа пациентов после мастэктомии». 23.05-24.05.2013 г. – Областная научно-практическая конференция для врачей-онкологов и специалистов первичного звена «Оптимизация лечебно-диагностической тактики при онкологических заболеваниях». С 23.09 по 26.09.2013 г. сотрудниками АКОД проведена акция «Европейская неделя ранней диагностики рака головы и шеи».

С октября 2013 г. в АКОД работает кабинет противоопухолевого лекарственного лечения на базе диспансерного отделения. Октябрь 2013 г. сотрудники АКОД принимали активное участие в акции «Белая роза». Проводили мастер-классы по самообследованию молочных желез.

За 70 лет своего существования онкологическая служба в Архангельской области претерпела серьезные изменения и в настоящее время она представлена:

- областным клиническим онкологическим многопрофильным диспансером на 400 коек и дневным стационаром при поликлинике на 55 коек (110 мест), онкоотделением на 25 коек в Северодвинской гор. больнице № 2 СМП, онкоотделением на 18 коек и онкокабинетом в областной детской клинической больнице им. П. Г. Выжлецова.

Итого по области 443 койки для лечения онкобольных, из них онкологического профиля – 368 – 3,2 на 10 тыс. населения (по РФ за 2012г. – 2,4), радиологического профиля – 75 коек – 0,6 на 10 тыс. населения (по РФ – 0,6).

Ведущую роль в диагностике и лечении больных злокачественными новообразованиями занимает онкодиспансер, в состав которого входит 10 отделений, из них 8 онкологических (в т.ч. хирургического профиля на 275 коек, химиотерапевтического - на 50 коек) и 2 радиологических на 75 коек. Кроме того, имеется реанимационное отделение на 8 коек.

В поликлинике мощностью 200 посещений в смену, более 70 тыс. посещений в год (в 1950 г. было 8 тыс.) организованы профильные приемы больных.

В городских и районных больницах функционируют 22 онкологических кабинета. Число онкологов в области увеличилось с 31 в 1985 г. до 54 в 2013 г. и составляет 4,6 на 100 тыс. населения (РФ – 4,6). Радиологов – 14 или 1,2 на 100 тыс. населения.

На 2013 год в ЛПУ области открыты 35 смотровых, 42 эндоскопических и 53 кабинетов УЗД. В 8 районах области проводятся цитологические исследования. В 2013 г. всего по области проведено 327,6 тыс. исследований, из них 25,4% - в цитологической лаборатории онкодиспансера.

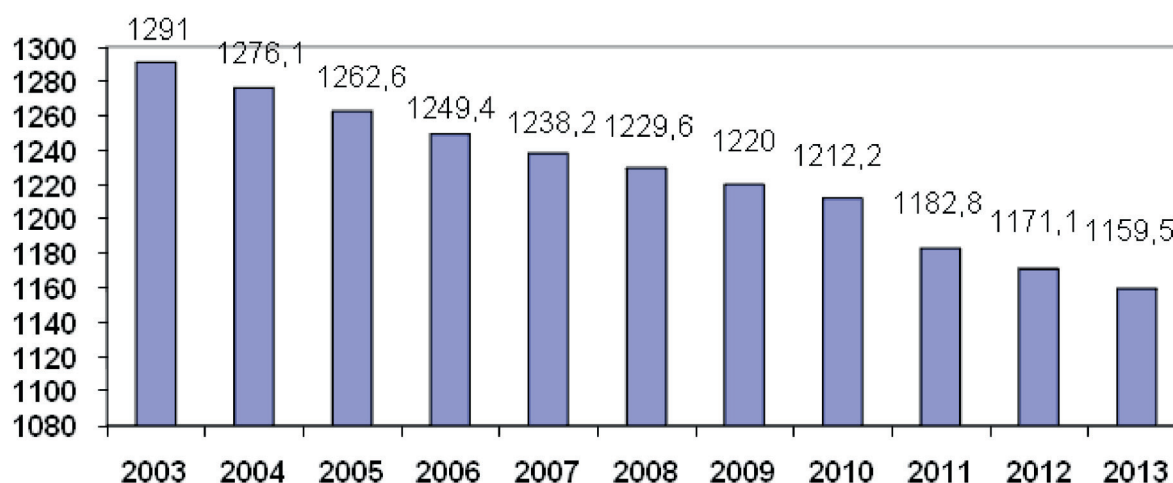
Медико-демографическая ситуация

Численность населения Архангельской области постоянно сокращается. По данным территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Архангельской области численность постоянного населения на 1 января 2013 года составила 1159,5 тыс. человек и за 2012 год уменьшилась на 11,6 тыс. человек, или на 1,0%.

В 2008-2012 гг. определяющим фактором депопуляции было превышение числа умерших над числом родившихся, т.е. естественная убыль населения. За последние четыре года устойчивое сокращение численности населения в основном за счет миграционной убыли, на долю которой приходится 70-80% в общем сокращении численности северян. В 2012 году доля миграционной убыли населения составила 88,8%, а остальные 11,2% приходятся на естественную убыль.

В последние годы, в связи с увеличением рождаемости и снижением смертности, заметно уменьшился темп естественной убыли населения. Если в начале 2000-х годов превышение числа умерших над числом родившихся в целом по области было стабильным и составляло 1,7-1,6 раза, то в 2012 году это соотношение уменьшилось и число умерших превысило число родившихся в 1,2 раза. Однако по прогнозу Росстата за период с 01.01.2011 г. до 01.01.2030 г. численность населения области уменьшится еще на 108 тыс. человек, или на 8,8%.

**Динамика численности населения Архангельской области
в 2003-2013 гг. (на начало соответствующего года, тыс.чел.)**



Еще одним показателем, оказывающим отрицательное влияние на динамику численности населения, является его старение. С каждым годом увеличивается доля лиц старше трудоспособного возраста (мужчины - 60 лет и более, женщины - 55 лет и более) в общей численности населения. Так, в 2006 году на их долю приходилось 18,7%, в 2012 году – 23,5%.

Низкая рождаемость и высокая смертность населения трудоспособного возраста влияют на современный половозрастной состав жителей области. Соотношение полов за десятилетний период ухудшилось: если в 2001 году на 1000 мужчин приходилось 1108 женщин, то к началу 2013 года – 1142. На 1 января 2013 года доля мужчин в общей численности населения составила 46,7%, женщин – 53,3%.

	Численность на 01.01.2012г.	Изменения за 2012 год			Численность на 01.01.2013г.	Средне-годовая численность за 2012 год
		общий + прирост - убыль	в том числе:			
			естественный	миграционный		
Все население	1171096	-11590	-1296	-10294	1159506	1165301
в том числе:						
городское	895293	-4472	-286	-4186	890821	926112
сельское	275803	-7118	-1010	-6108	268685	272244

В настоящее время 12,5% жителей области (почти каждый восьмой северянин) находится в возрасте 65 лет и старше. Согласно классификации ООН, население считается демографически старым, если доля людей в возрасте 65 лет и старше во всем населении превышает 7%.

Заболеваемость

В 2013 году в Архангельской области впервые в жизни выявлено 4981 случаев злокачественных новообразований (в том числе 2343 (47%) и 2638 (53%) у пациентов мужского и женского пола соответственно). Увеличение данного показателя по сравнению с 2012 г. составило 1,3% (за счет увеличения среди мужского населения – на 2,1%, среди женского населения – на 0,6%). Абсолютное число заболевших в 2013 г. на 23,2% больше, чем в 2003 году (РФ - на 16,0%).

Показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями на 100 тыс. населения Архангельской области составил 429,6 (РФ – 367,3), что на 2,4% выше уровня 2012 г. (РФ – на 0,5% выше уровня 2011 года) и на 41,6% (РФ – на 17,9%) выше уровня 2003 г.

Показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями мужского населения составил 432,8 (РФ – 363,6) на 100 тыс. мужского населения, увеличение его уровня за год составило 3,1%, при этом прирост его уровня за 10 лет – на 37,6% (РФ – на 14,6%). Показатель заболеваемости женского населения Архангельской области в 2013 г. достиг 426,8 (РФ – 370,5), что выше уровня 2012 г. на 1,7%, при этом прирост его уровня за 10 лет составил 45,6% (РФ – на 20,9%).

Заболеваемость населения Архангельской области злокачественными новообразованиями

		2003		2010		2011		2012		2013	
		АО*	РФ	АО*	РФ	АО*	РФ	АО*	РФ	АО*	РФ
Абсолютные числа	Оба пола	4042	455,4	4756	516,9	4911	522,4	4915	525,9	4981	Нет данных
	Мужчины	1975	216,3	2233	238,0	2321	240,1	2294	240,9	2343	
	Женщины	2067	239,1	2523	278,9	2590	282,3	2621	285,0	2638	
«Грубые» показатели	Оба пола	303,3	317,4	379,2	364,2	400,8	365,4	419,7	367,3	429,6	Нет данных
	Мужчины	314,6	324,1	382,1	362,6	406,6	363,2	419,9	363,6	432,8	
	Женщины	293,2	311,6	376,6	365,6	395,7	367,4	419,5	370,5	426,8	

*Показатели исчислены на предварительное расчетное население.

Ведущими локализациями в общей (оба пола) структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями населения Архангельской области являются: трахея, бронхи, легкое – 11,7% (РФ-10,6%), кожа с меланомой – 11,7% (РФ-14,1%), желудок – 9,5% (РФ-7,1%), молочная железа – 9,5% (РФ-11,3%), ободочная кишка – 7,5% (РФ-6,5%), прямая кишка, ректосигмоидное соединение и анус – 5,1% (РФ-5,0%), предстательная железа – 5,1% (РФ-5,5%), лимфатическая и кроветворная ткань – 4,2% (РФ-4,6%), тело матки – 3,6% (РФ-4,1%), почка – 3,6% (РФ-3,7%).

**Структура онкологической заболеваемости населения
Архангельской области в 2013 году. Оба пола
(Ф. №7 «Сведения о заболеваниях злокачественными
новообразованиями»)**

Ранг	Локализация	Абс. число	%
1	Трахея, бронхи, легкое	583	11,7
2	Новообразования кожи с меланомой	581	11,7
3	Желудок	475	9,5
4	Молочная железа	475	9,5
5	Ободочная кишка	376	7,5
6	Прямая кишка	253	5,1
7	Предстательная железа	253	5,1
8	Лимфатическая и кроветворная ткань	211	4,2
9	Тело матки	181	3,6
10	Почка	180	3,6
11	Пищевод	162	3,3
12	Поджелудочная железа	157	3,2
13	Шейка матки	141	2,8
14	Головной мозг и др. отделы нервной системы	114	2,3
15	Мочевой пузырь	109	2,2
16	Яичник	95	1,9
17	Щитовидная железа	86	1,7
18	Печень	73	1,5
19	Полость рта	65	1,3
20	Гортань	58	1,2
21	Желчный пузырь и внепеченочные желчные протоки	48	1,0
22	Соединительная и другие мягкие ткани	27	0,5
23	Глотка	25	0,5
24	Вульвы	14	0,3
25	Губа	13	0,3
26	Кости, суставные хрящи	13	0,3
27	Тонкого кишечника	13	0,3
28	Глаза и его придаточного аппарата	10	0,2
	Прочие	190	3,8
	ВСЕГО	4981	100

Первые места в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями мужского населения Архангельской области распределены следующим образом: опухоли трахеи, бронхов, легкого – 21,2% (РФ-18,7%), желудка – 11,4% (РФ-8,8%), предстательной железы – 10,8% (РФ-12,1%), новообразования кожи с меланомой – 8,2% (РФ-11,4%), ободочной кишки – 6,4% (РФ-5,9%). Значимую по удельному весу группу у мужчин формируют злокачественные опухоли органов мочеполовой системы, составляя 18,4% (РФ-22,0%) всех злокачественных новообразований (рис.1).

**Структура онкологической заболеваемости населения Архангельской области
в 2013 году. Мужчины (Ф. №7 «Сведения о заболеваниях злокачественными
новообразованиями»)**

Ранг	Локализация	Абс. число	%
1	Трахея, бронхи, легкое	496	21,2
2	Желудок	267	11,4
3	Предстательная железа	253	10,8
4	Новообразования кожи с меланомой	191	8,2
5	Ободочная кишка	149	6,4
6	Пищевод	125	5,3
7	Прямая кишка	116	5,0
8	Лимфатическая и кроветворная ткань	112	4,8
9	Почки	88	3,8
10	Мочевой пузырь	76	3,2
11	Поджелудочная железа	74	3,1
12	Гортань	52	2,2
13	Головной мозг и др. отделы нервной системы	48	2,0
14	Полость рта	45	1,9
15	Печень	42	1,8
16	Глотка	23	1,0
17	Желчный пузырь и внепеченочные желчные протоки	17	0,7
18	Щитовидная железа	15	0,6
19	Соединительная и другие мягкие ткани	14	0,6
20	Губа	9	0,4
21	Яичко	8	0,3
22	Кости, суставные хрящи	8	0,3
23	Полость носа и придаточные пазухи	7	0,3
24	Половой член	6	0,2
	Прочие	102	4,4
	ВСЕГО	2343	100

Рис.1 Структура заболеваемости ЗНО мужского населения
Архангельской области в 2013 году.



**Структура онкологической заболеваемости населения
Архангельской области в 2013 году. Женщины
(Ф. №7 «Сведения о заболеваниях злокачественными
новообразованиями»)**

Ранг	Локализация	Абс. число	%
1	Молочная железа	472	17,9
2	Новообразования кожи с меланомой	390	14,8
3	Ободочная кишка	227	8,6
4	Желудок	208	7,9
5	Тело матки	181	6,9
6	Шейка матки	141	5,3
7	Прямая кишка	137	5,2
8	Лимфатическая и кровеносная ткань	99	3,8
9	Яичник	95	3,6
10	Почки	92	3,5
11	Трахея, бронхи, легкое	87	3,3
12	Поджелудочная железа	83	3,1
13	Щитовидная железа	71	2,7
14	Головной мозг и др. отделы нервной системы	66	2,5
15	Пищевод	37	1,4
16	Мочевой пузырь	33	1,3
17	Желчный пузырь и внепеченочные желчные протоки	31	1,2
18	Печень	31	1,2
19	Полость рта	20	0,8
20	Вульва	14	0,5
21	Соединительная и другие мягкие ткани	13	0,5
22	Глаза и его придаточного аппарата	7	0,3
23	Тонкого кишечника	7	0,3
24	Гортань	6	0,2
25	Кости, суставные хрящи	5	0,2
26	Влагалища	4	0,1
	Прочие	81	3,1
	ВСЕГО	2638	100

Злокачественные опухоли молочной железы – 17,9% (РФ-20,7%), являются ведущей онкологической патологией у женщин. Второе и третье места занимают новообразования кожи с меланомой – 14,8% (РФ-16,4%) и ободочной кишки – 8,6% (РФ-7,1%). Далее (в порядке убывания) следуют новообразования желудка – 7,9% (РФ-5,7%), тела матки – 6,9% (РФ-7,5%), шейки матки – 5,3% (РФ-5,3%), прямой кишки – 5,2% (РФ-4,7%), лимфатической и кровеносной ткани – 3,8% (РФ-4,4%), яичника – 3,6% (РФ-4,5%), почки – 3,5% (РФ-3,1%). Наибольший удельный вес в структуре онкологической заболеваемости женщин имеют злокачественные новообразования органов репродуктивной системы – 34,4% (РФ-38,8%) (рис.2).

За последние 10 лет в общей структуре заболеваемости отмечается рост числа злокачественных новообразований следующих локализаций: предстательной железы – на 184,8%, тела матки – на 122,0%, щитовидной железы – 105,6%, мелано-

ма кожи – на 104,7%, печени – на 103,2%, головного мозга – на 75%, шейки матки – 67,6%, ободочной кишки – на 64,5%, молочной железы – 47,5%, поджелудочной железы – на 46,7%, пищевода – на 45,8%, другие новообразования кожи – 43,9%, прямой кишки – 43,4%, глотки – на 37,5%, лимфатической и кроветворной ткани – на 33,8%. Снижение онкозаболеваемости за тот же период наблюдается только при опухолях губы – на 100%, костей и суставных хрящей – на 21,4% и яичника – на 2,5%.

У мужчин чаще встречаются опухоли:

- пищевода – в 3,8 раза,
- полости рта и глотки – в 3,5 раза,



- мочевого пузыря – в 2,6 раза,
- трахеи, бронхов, легкого – в 6,5 раза,
- н/губы – в 2,4 раз,
- гортани – в 10 раз.

Но у женщин чаще опухоли:

- кожи – в 1,8 раза,
- желчного пузыря – в 1,6 раза,
- щитовидной железы – в 4 раза.

Максимальное число заболеваний приходится на возрастную группу 60-64 года: у мужчин - 20,3%, у женщин - 15,6%. Различия в возрастной структуре заболеваемости мужского и женского населения проявляются отчетливо после 30 лет. Удельный вес больных в возрасте 30-49 лет в группе заболевших женщин (13,1%) выше, чем в группе заболевших мужчин (8,2%). В возрастной группе 60 лет и старше диагностируется 66,1% случаев заболевания в мужской и 64,1% в женской популяциях.

Рост доли лиц пожилого возраста более выражен в женской популяции в связи с аномально высокой смертностью мужчин трудоспособного возраста от неонкологических заболеваний (прирост абсолютного числа заболевших мужчин старше 60 лет по сравнению с уровнем 2003 г. составил 29,9%, что ниже аналогичного показателя для женщин – 36,7%).

Доля детей (0-14 лет) среди заболевших составила 0,5% (РФ-0,5%). В возрасте до 30 лет наиболее часто развиваются гемобласты (26,1%), злокачественные опухоли головного мозга и других отделов нервной системы (14,1%), новообразования шейки матки (10,9%), новообразования молочной железы (5,4%), почки (5,4%).

Наибольшая заболеваемость на 100 тыс. всего населения отмечена в Котласском районе (533,2), городе Новодвинске (513,3), Приморском районе (496,9), Холмогорском районе (490,2), г. Архангельске (476,8), Виноградовском районе (466,2), г. Северодвинске (460,2), Лешуконском (456,4), Шенкурском (440,8) и Мезенском районе (439,5).

Диагностика злокачественных новообразований

Показатель выявляемости злокачественных новообразований при проведении профилактических осмотров составил 7,7% (РФ - 15,6%), что выше уровня 2012 года (на 8,5%). Данный показатель повысился при раке пищевода с 1,1 до 1,5% (РФ - 4,7%), желудка с 0,5 до 1,3% (РФ - 6,8%), ободочной кишки с 0 до 3,2% (РФ - 4,5%), прямой кишки с 3,2 до 4,2% (РФ - 10,3%), гортани с 0 до 1,9% (РФ - 5,9%), легкого с 13,3 до 14,3% (РФ - 20,2%), мягких тканей с 0 до 4,3% (РФ - 6,3%), молочной железы с 18,2 до 22,6% (РФ - 28,0%), шейки матки с 21,5 до 24,1% (РФ - 31,1%), тела матки с 7,2 до 10,6% (РФ - 14,8%), яичников с 7,6 до 8,4% (РФ - 11,4%), почки с 1,9 до 3,4% (РФ - 11,1%), мочевого пузыря с 1,7 до 3,3% (РФ - 7,6%), щитовидной железы с 0 до 3,9%, но снизился при онкозаболеваниях костей и суставных хрящей с 9,1 до 0% (РФ - 6,4%), меланомы кожи с 6,7 до 2,2% (РФ - 15,8%), другие новообразования кожи с 7,3 до 5,0% (РФ - 25,9%), предстательной железы с 24,0 до 14,2% (РФ - 23,0%).

Показатель	2009		2010		2011		2012		2013
	АО	РФ	АО	РФ	АО	РФ	АО	РФ	АО
Активная выявляемость(%)	5,2	12,9	5,7	13,2	5,9	14,9	7,1	15,6	7,7

Из 323 больных, выявленных активно, 58,5% (РФ - 73,1%) имели I-II стадии заболевания. Опухоли визуальных локализаций I-II стадии заболевания составили 39,9% (2012 г. - 40,1%; РФ - 46,6%) от числа всех новообразований, выявленных при профилактических осмотрах.

Анализ показателей активной диагностики злокачественных новообразований свидетельствует о недостаточной работе в ряде районов области (Вельский, Лешуконский, В.-Тоемский, Ленский, Коношский, Холмогорский) системы профилактических обследований всех категорий населения.

Большую роль в выявлении заболеваний видимых локализаций играют смотровые кабинеты, осуществляющие профилактические осмотры и ориентированные в основном на диагностику патологии органов женской репродуктивной системы. Однако в смотровых кабинетах поликлиник города Архангельска, Северодвинска, Котласа и Шенкурского района организован прием не только женщин, но и мужчин. За год число посещений кабинетов увеличилось на 2,1% – 120,0 тыс. (2012 г.

– 117,5 тыс.), при этом снизился процент цитологических исследований от числа посещений до 87,2% (2012 г. – 89,3%), выявляемость предопухолевых заболеваний составила 5,6% (2012 г. – 5,4%), активно диагностированная онкопатология - 0,13% (2012 г. - 0,13%)

Морфологическая верификация диагнозов злокачественного новообразования

Самым достоверным методом диагностики, указывающим на наличие злокачественного новообразования, является морфологическое исследование операционного материала или биоптата.

В таблице представлена динамика уровня морфологической верификации диагнозов злокачественных новообразований населения Архангельской области.

Динамика удельного веса морфологически подтвержденных диагнозов злокачественных новообразований в Архангельской области (Ф. № 35)

Локализация опухоли	2009		2010		2011		2012		2013
	АО	РФ	АО	РФ	АО	РФ	АО	РФ	АО
Губа	100	96,9	100	96,2	96,0	97,7	95,0	98,5	100
Полость рта	97,3	94,8	92,8	95,2	94,6	97,0	100	96,1	100
Глотка							100	94,1	95,8
Пищевод	79,3	81,3	83,9	81,7	88,5	84,0	94,2	86,1	96,6
Желудок	84,3	85,4	89,8	87,0	90,8	86,5	89,0	88,9	93,1
Ободочная кишка	80,8	84,7	78,7	85,9	81,9	85,2	85,3	88,1	87,9
Прямая кишка	93,5	90,4	89,7	91,0	89,1	91,9	91,4	92,5	93,6
Печень	-	-	-	-	64,3	46,6	77,8	48,9	68,1
Поджелудочная железа	-	-	-	-	52,9	47,1	68,3	44,2	79,4
Гортань	89,3	92,8	91,9	93,3	98,1	94,9	90,9	94,5	100
Трахея, бронхи, легкое	64,5	61,0	68,9	63,0	64,6	64,2	78,8	65,3	81,8
Кости и суставных хрящей	94,0	88,9	88,2	89,7	85,7	82,8	75,0	83,0	92,3
Меланома кожи	92,2	97,9	98,8	98,0	97,5	97,9	100	98,4	100
Другие новообразования кожи	99,0	99,0	99,0	98,8	99,1	99,0	100	98,4	99,6
Мягкие ткани	-	-	-	-	97,1	93,3	96,3	94,5	100
Молочная железа	93,4	95,7	96,0	95,7	95,7	96,6	96,1	96,3	97,9
Шейка матки	95,2	97,6	98,2	97,5	98,4	98,1	100	98,2	97,8
Тело матки	98,4	96,5	99,3	96,5	93,9	97,0	97,5	97,5	99,4
Яичники	90,2	88,4	93,0	89,1	92,7	90,1	92,1	91,0	98,9
Предстательная железа	97,3	91,2	94,2	90,2	94,1	92,0	96,6	91,9	96,3
Почки	-	-	-	-	64,5	75,5	75,8	76,5	73,3
Мочевой пузырь	88,5	86,1	90,7	86,6	90,6	87,6	91,4	88,3	94,2
Щитовидная железа	96,3	97,5	100	97,5	100	97,9	98,7	97,9	98,8

Локализация опухоли	2009		2010		2011		2012		2013
	АО	РФ	АО	РФ	АО	РФ	АО	РФ	АО
Злокачественные лимфомы	96,4	96,8	95,9	96,8	98,1	96,9	100	95,7	99,2
Лейкемии	97,5	97,0	96,7	96,1	100	95,5	100	95,2	98,6
ВСЕГО	84,0	84,5	85,6	85,3	86,3	85,8	89,9	86,7	91,4

В 2013 году доля больных с морфологически подтвержденным диагнозом злокачественного новообразования была несколько выше (91,4%), чем в 2012 году (89,9%). Низким остается удельный вес морфологически верифицированного диагноза рака печени (68,1%), поджелудочной железы (79,4%), почки (73,3%), трахеи, бронхов, легкого (81,8%), ободочной кишки (87,9%).

Распределение больных с впервые в жизни установленным диагнозом зно по степени распространенности опухолевого процесса

Одним из основных показателей, определяющих прогноз онкологического заболевания, является степень распространенности опухолевого процесса на момент диагностики:

Из числа больных с впервые установленным диагнозом имели стадии заболевания:

Степень распространенности опухолевого процесса	2009		2010		2011		2012		2013
	АО	РФ	АО	РФ	АО	РФ	АО	РФ	АО
I – II стадия	42,2	46,7	40,4	47,8	42,5	49,8	42,6	50,4	44,0
III стадия	23,5	23,2	23,6	22,9	23,7	21,8	24,2	21,5	22,2
IV стадия	24,4	22,5	26,5	22,3	24,2	21,3	23,9	21,2	24,2
Без стадии	9,8	7,7	9,5	7,1	9,5	7,1	9,3	6,8	9,6

По области выявляемость онкобольных с I-II стадиями заболеваний за 2013 увеличилась до 44,0% (2009г. – 42,2%) и по-прежнему остается ниже российских показателей (50,4%).

Одним из основных критериев оценки диагностического компонента помощи онкологическим больным в учреждениях общей лечебной сети Архангельской области является показатель запущенности. Его уровень в течение 10 лет остается на прежнем уровне. В 2012г. в области у 24,2% (2012г.-23,9%; РФ-21,2%) больных заболевание диагностировано при наличии отдаленных метастазов.

*Доля больных, взятых на учет с IV стадией (по некоторым локализациям
злокачественных новообразований)
Архангельская область (Ф. №35)*

Локализация опухоли	2009		2010		2011		2012		2013
	АО	РФ	АО	РФ	АО	РФ	АО	РФ	АО
Губа	11,1	5,6	9,1	5,3	4,0	4,4	-	3,9	-
Полость рта	32,7	33,1	41,4	32,9	34,0	28,8	24,2	28,1	29,0
Глотка					39,7	38,8	39,6	40,1	54,2
Пищевод	24,8	30,9	27,1	30,5	17,6	30,0	23,1	29,2	23,1
Желудок	43,9	42,1	49,7	42,3	44,8	41,4	44,2	39,3	44,9
Ободочная кишка	30,1	27,9	26,1	27,9	27,0	28,0	29,7	27,5	28,8
Прямая кишка	18,6	24,9	23,0	24,6	18,6	23,4	26,6	23,2	24,8
Печень	-	-	-	-	53,6	55,7	58,3	57,3	55,3
Поджелудочная железа	-	-	-	-	58,8	59,8	61,9	60,3	61,9
Гортань	14,3	16,7	13,5	17,0	13,2	16,0	12,7	17,0	21,4
Трахея, бронхи, легкое	43,0	36,0	42,4	37,0	42,9	36,8	44,6	38,3	49,3
Кости и суставных хрящей	22,0	19,8	47,1	19,3	28,6	26,7	16,7	25,5	30,8
Меланома кожи	10,4	9,6	7,1	9,7	7,4	9,0	9,7	9,0	11,9
Другие новообразования кожи	1,0	0,7	0,5	0,6	0,6	0,5	0,4	0,5	0,6
Мягкие ткани	-	-	-	-	25,7	16,3	18,5	16,2	11,5
Молочная железа	11,0	10,0	12,1	10,0	8,9	9,1	8,4	9,2	7,9
Шейка матки	11,3	9,6	6,7	9,1	10,2	8,6	5,1	9,1	7,9
Тело матки	8,6	6,4	4,3	6,4	5,4	5,5	8,2	5,5	5,2
Яичники	23,5	22,3	30,0	21,7	15,6	20,7	16,5	20,3	24,7
Предстательная железа	19,3	18,5	21,8	17,8	23,0	17,4	24,4	17,8	20,6
Почки	-	-	-	-	30,8	21,6	22,4	21,5	26,1
Мочевой пузырь	9,2	10,8	12,1	10,2	12,8	9,6	10,2	10,0	8,7
Щитовидная железа	9,3	8,6	12,5	8,6	16,2	8,0	11,7	7,8	11,0
Злокачественные лимфомы	23,4	14,1	27,3	14,8	16,6	16,0	17,6	16,6	21,0
ВСЕГО	24,4	22,5	26,5	22,3	24,2	21,3	23,9	21,2	24,2

Реальный показатель запущенности выше, так как следует учитывать больных с новообразованиями визуальных локализаций, диагностированных в III стадии.

Опухоли видимых локализаций с III-IV ст. составили:

Локализация опухоли	2009		2010		2011		2012		2013
	АО	РФ	АО	РФ	АО	РФ	АО	РФ	АО
Губа	13,9	15,8	18,2	17,1	16,0	14,8	5,0	14,3	18,2
Полость рта	-	-	-	-	75,0	63,4	46,9	61,7	69,3
Прямая кишка	60,3	52,1	75,6	51,6	69,2	48,6	76,4	49,2	65,4
Молочная железа	40,1	36,1	41,6	35,8	40,6	33,9	34,2	33,0	36,4
Шейка матки	30,7	37,9	17,7	38,1	29,0	35,9	26,3	37,7	34,5
Щитовидная железа	22,3	25,0	15,6	25,1	27,9	23,5	24,7	23,6	30,5
Меланома кожи	20,8	28,6	17,7	28,4	8,6	25,8	21,5	24,5	22,8
Другие новообразования кожи	2,0	4,2	1,5	3,8	1,3	2,7	1,0	2,7	1,0

Выявляемость рака губы, полости рта, прямой кишки, молочной и щитовидной железы в III-IV стадии по области превышают таковые по России. Показатели несвоевременной диагностики (IV ст.) максимальны при новообразованиях поджелудочной железы (61,9%), печени (55,3%), желудка (44,9%), трахеи, бронхов, легкого (49,3%), глотки (54,2%), ободочной кишки (28,8%), костей и суставных хрящей (30,8%). Наиболее высокий удельный вес больных с опухолевым процессом IV стадии зафиксирован в следующих районах: Устьянском (33,7%), Мезенском (33,3%), Пинежском (32,7%), Коношском (30,4%), Вельском (30,2%), Котласском (30,0%), г.Коряжме (29,4%), г. Новодвинске (29,1%), Виноградовском (28,2%), Онежском (28,0%), Вилегодском (26,5%), Плесецком (26,2%), В-Тоемском (25,0%) и Приморском (24,4%).

Из 1580 случаев запущенности (III стадия видимых локализаций и IV стадия) по области за 2013 год разобрано на врачебных конференциях (на 01.02.2014г.) 1370 протоколов (86,7%), 210 (13,3%) протоколов не разобраны, в основном за счет ведомственных ЛПУ.

Причины запущенности за 2013 год

1. Недостаточная квалификация врачей в области онкологии – 19,0% (2012 г. – 16,6%), из них:

- неполное обследование – 50,4%,
- ошибка в клинической диагностике – 10,3%,
- рентгенологической диагностике – 4,6%,
- ошибки других специалистов – 9,2%,
- несовершенство диспансеризации – 25,4%,
- морфологическая ошибка – 0%.

2. Скрытое течение болезни – 38,5%.

3. Несвоевременное обращение – 32,3%.

4. Отказы от обследования – 4,5%.

5. Прочие причины - 3,5%.

6. Причины неизвестны – 2,2%.

Летальность на первом году с момента установления злокачественного новообразования

Более объективным показателем запущенности является летальность в течение первого года после установления диагноза, которая составила в 2013 г. 30,5% (РФ - 26,1%), а при заболеваниях полости рта – 32,8% (РФ – 37,0%), глотки – 48,9% (РФ – 40,2%), пищевода – 71,4% (РФ - 59,4%), желудка – 58,0% (РФ - 49,8%), ободочной кишки – 40,4% (РФ - 29,6%), печени – 87,9% (РФ – 66,0%), поджелудочной железы – 87,9% (РФ – 68,1%), трахеи, бронхов, легких – 55,6% (РФ - 52,4%), костей и суставных хрящей – 40,0% (РФ – 32,7%). В течение последних 10 лет наметилась положительная тенденция к снижению показателя одногодичной летальности (2003 г. – 42,3%).

Одногодичная летальность по Архангельской области (Ф. № 35)

Локализация опухоли	2009		2010		2011		2012		2013
	АО	РФ	АО	РФ	АО	РФ	АО	РФ	АО
Губа	2,7	5,1	5,6	5,3	9,1	4,2	9,5	5,2	-
Полость рта	52,4	39,8	41,8	38,6	39,6	-	35,5	37,0	32,8
Глотка					48,8	-	52,6	40,2	48,9
Пищевод	75,2	61,0	62,0	63,6	64,4	60,4	58,0	59,4	71,4
Желудок	62,7	53,2	56,8	53,3	55,1	51,2	54,3	49,8	58,0
Ободочная кишка	37,3	32,5	41,8	32,0	31,3	30,5	34,9	29,6	40,4
Прямая кишка	32,7	30,5	30,2	28,6	30,0	27,7	27,9	25,8	29,3
Печень	-	-	-	-	84,4	-	85,5	66,0	87,9
Поджелудочная железа	-	-	-	-	84,0	-	83,6	68,1	87,6
Гортань	32,4	27,1	23,2	28,0	27,0	25,3	28,6	24,2	24,0
Трахея, бронхи, легкое	65,1	54,1	60,3	54,3	58,5	53,2	56,2	52,4	55,6
Кости и суставные хрящи	54,5	26,0	28,0	26,4	45,5	-	42,9	32,7	40,0
Меланома кожи	14,9	14,4	18,2	13,1	17,6	13,1	11,5	12,0	12,6
Другие новообразования кожи	1,1	0,9	0,7	0,8	1,6	0,7	0,2	0,7	1,0
Мягкие ткани	-	-	-	-	39,1	-	30,3	22,3	20,8
Молочная железа	9,6	9,5	8,4	9,1	8,3	8,7	7,6	8,3	4,6
Шейка матки	19,4	18,1	23,4	17,2	13,4	17,4	14,6	17,0	9,8
Тело матки	18,4	11,0	15,6	11,0	13,0	10,4	11,7	9,7	10,7
Яичники	28,0	26,4	28,4	26,3	35,0	24,6	27,1	24,3	24,6
Предстательная железа	11,8	14,0	4,5	12,3	9,2	11,2	7,0	10,3	7,5
Почки	-	-	-	-	21,6	-	25,6	18,3	13,1
Мочевой пузырь	15,0	22,6	21,4	21,3	15,9	19,5	13,4	18,9	16,8
Щитовидная железа	2,1	5,7	3,7	5,2	1,6	5,3	4,9	4,4	7,7
Злокачественные лимфомы	35,0	22,7	25,2	21,5	26,4	20,6	24,7	20,7	25,4
Лейкемии	48,1	28,5	37,5	25,1	30,0	24,6	25,3	23,0	27,8
ВСЕГО	37,9	29,2	33,2	28,6	31,9	27,4	30,9	26,1	30,5

Максимальные и минимальные соотношения одногодичной летальности 2013 г. и запущенности 2012-го приведены в нижеследующей таблице:

Территория	Одногодичная летальность 2013, %	Запущенность 2012, %	Индекс А/В
	А	В	
Архангельск	26,8	23,3	1,2
Арх. область	30,5	23,8	1,3
Россия	26,1	21,3	1,2

Среди ЛПУ области наибольший показатель соотношения одногодичной летальности и запущенности наблюдался в Мезенском (2,3), Лешуконском (1,9), Няндомском (1,8), Пинежском (1,7) районах и г.Северодвинске (1,8).

Наибольшая доля больных, умерших в течение первого года после установления диагноза в 2013 году отмечена в следующих районах: Вилегодском (48,1%),

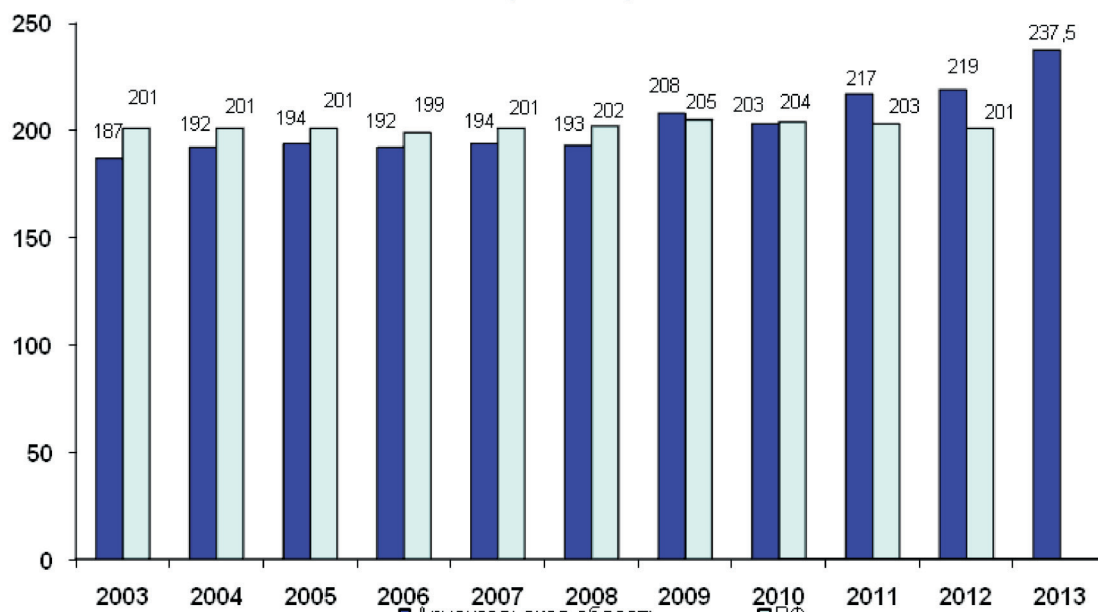
Мезенском (47,4%), Лешуконском (46,2%), Няндомском (44,7%), Красноборском (42,0%), В-Тоемском (40,7%), Пинежском (40,2%), Котласском (39,7%), Онежском (38,3%) и Коношском (38,2%).

Смертность

Структура причин общей смертности не претерпевает значительного изменения. Доминирующее положение по-прежнему занимают болезни системы кровообращения (56,2%), 2-е место – новообразования. Удельный вес умерших от этих причин составил 18,0%. На долю умерших от несчастных случаев, отравлений и травм приходится 11,5% - это третье место в структуре смертности.

Смертность от злокачественных опухолей по области за 10 лет увеличилась на 28,6% и в 2013г. составила 237,5 случая на 100 тыс. населения (РФ – 201,0). Абсолютное число умерших от злокачественных новообразований жителей Архангельской области в 2013 году – 2754 человека. Мужчины в структуре онкологической смертности составили 54,6%, женщины 45,4%. Наибольший удельный вес в смертности занимают опухоли трахеи, бронхов, легкого – 17,9% (РФ - 17,3%), желудка – 15,2% (РФ - 11,1%), ободочной кишки – 8,6% (РФ - 7,6%), прямой кишки – 6,3% (РФ - 5,9%) и молочной железы – 5,4% (РФ - 8,1%).

"Грубые" показатели смертности населения
Архангельской области от злокачественных новообразований
(оба пола)



Смертность населения Архангельской области от злокачественных новообразований («грубые» показатели на 100 тыс. населения)

		2003		2010		2011		2012		2013	
		АО*	РФ	АО*	РФ	АО*	РФ	АО*	РФ	АО*	РФ
Абсолютные числа	Оба пола	2460	288,2	2543	290,1	2659	289,5	2653	287,8	2754	Нет данных
	Мужчины	1352	157,4	1364	155,0	1415	154,9	1426	153,3	1503	
	Женщины	1108	130,8	1179	135,1	1244	134,6	1227	134,5	1251	
«Грубые» показатели	Оба пола	184,6	200,9	202,7	204,2	217,0	202,5	218,6	201,0	237,5	Нет данных
	Мужчины	215,4	236,0	233,4	236,2	247,9	234,3	251,5	231,3	277,6	
	Женщины	157,2	170,4	175,9	177,2	190,1	175,2	189,8	174,8	202,4	

*Показатели исчислены на предварительное расчетное население.

Структура смертности от злокачественных новообразований мужского и женского населения имеет существенные различия. 28,4% (РФ-26,8%) случаев смерти мужчин обусловлены раком трахеи, бронхов, легкого. Опухоли желудка явились причиной смерти 15,0% (РФ - 12,0%) мужчин. Далее ранговые места распределяются следующим образом: пищевода – 7,5% (РФ - 2,3%), ободочной кишки – 6,5% (РФ - 5,9%), новообразования прямой кишки, ректосигмоидного соединения, ануса – 5,7% (РФ - 5,4%), предстательной железы – 5,0% (РФ - 7,1%), губы, полости рта и глотки – 4,3% (РФ - 4,9%), лимфатической и кроветворной ткани – 4,1% (РФ - 4,5%), поджелудочной железы – 3,7% (РФ - 5,4%), почки – 3,5% (РФ - 2,9%).

В структуре смертности женщин наибольший удельный вес имеют злокачественные новообразования желудка – 15,4% (РФ - 10,1%). Далее в порядке убывания значимости в структуре смертности женского населения следуют: новообразования молочной железы – 12,0% (РФ - 17,1%), ободочной кишки – 11,5% (РФ - 9,5%), прямой кишки – 7,0% (РФ - 6,4%), поджелудочной железы – 6,6% (РФ - 5,9%), легкого – 5,2% (РФ - 6,6%), лимфатической и кроветворной ткани – 4,5% (РФ - 5,3%), яичника – 4,5% (РФ - 5,8%), шейки матки – 4,4% (РФ - 4,7%), тела матки – 3,8% (РФ - 4,9%).

В 2013 г. число умерших, не состоявших на учете в онкологическом учреждении - 409 человек, из них состоявших на учете ЛПУ других министерств и ведомств - 1. Посмертно установлен диагноз рака в 408 случаях. Умерли от других заболеваний 516 онкобольных.

Наибольшая смертность от злокачественных новообразований отмечена в следующих районах: Мезенском (327,1 на 100 тыс. населения), Приморском (294,3), г. Новодвинске (290,5), Котласском (288,6), Вельском (283,9), Холмогорском (283,8), Шенкурском (312,2), Лешуконском (304,8), Коношском (257,9), Холмогорском (254,2), г. Коржаме (267,0), Шенкурском (258,9), г. Архангельске (251,1), Виноградовском (245,7), Пинежском (238,0), Устьянском (235,5) и Плесецком (235,2).

Контингенты

Внедрение новых методов лечения злокачественных новообразований способствовало увеличению излеченных больных и накоплению соответствующего контингента до 25 295 в 2013 году, из них живы 5 лет и более 56,0% (РФ – 51,1%).

Динамика численности контингентов онкологических больных в Архангельской области

Локализация	Абсолютные числа				Прирост или убыль	%прироста или убыли
	2003	2011	2012	2013		
ВСЕГО	19862	24443	24692	25295	5433	27,4
В том числе дети до 14 лет	123	141	140	148	25	20,3
В том числе дети до 17 лет	146	190	186	186	40	27,4
Из общего числа ЗНО:						
Губы	608	443	382	333	-275	-45,2
Полости рта	338	339	322	321	-17	-5,0
Глотки	73	132	107	82	9	12,3
Пищевода	161	180	154	149	-12	-7,5
Желудка	1513	1406	1483	1420	-93	-6,1
Ободочной кишки	917	1396	1497	1551	634	69,1
Прямой кишки	847	993	1016	1013	166	19,6
Печени	31	46	40	40	11	29,0
Поджелудочной железы	70	118	104	104	34	48,6
Гортани	283	313	307	310	27	9,5
Трахеи, бронхов, легкого	1055	981	998	976	-79	-7,5
Костей и суставных хрящей	115	138	107	105	-10	-8,7
Меланома кожи	428	628	648	692	264	61,7
Др. новообразований кожи	1795	2444	2375	2497	702	39,1
Мезотел. и др. мягких тканей	204	207	264	268	64	31,4
Молочной железы	3018	4004	4021	4199	1181	39,1
Шейки матки	1591	1480	1430	1444	-147	-9,2
Тела матки	1034	1403	1401	1480	446	43,1
Яичника	645	832	867	886	241	37,4
Предстательной железы	357	943	1010	1132	775	217,1
Почки	757	1222	1262	1273	516	68,2
Мочевого пузыря	648	885	870	867	219	33,8
Щитовидной железы	1192	1379	1372	1411	219	18,4
Злокачественные лимфомы	640	801	870	900	260	40,6
Лейкемии	352	421	414	431	79	22,4
Прочие	1190	1309	1371	1411	221	18,6

Основной объем контингентов больных (без учета группы больных с опухолями кожи – 12,6%) формируется из пациентов со злокачественными новообразованиями молочной железы (16,6%), ободочной кишки (6,1%), тела матки (5,9%), шейки матки (5,7%), желудка (5,6%), щитовидной железы (5,6%), почки (5,0%), предстательной железы (4,5%), прямой кишки (4,0%) и трахеи, бронхов, легкого (3,9%), суммарно – 75,5%. Среди больных, наблюдавшихся 5 лет и более, больший

удельный вес составляют пациенты с опухолями молочной железы (18,1%), щитовидной железы (8,0%), шейки матки (6,9%), тела матки (6,6%), ободочной кишки (6,0%), желудка (6,0%).

**Структура контингентов онкологических больных
Архангельская область. 2013 год**

Ранг	Локализация	Абс. число	%
1	Молочная железа	4199	16,6
2	Другие новообразования кожи	2497	9,9
3	Ободочная кишка	1551	6,1
4	Тела матки	1480	5,9
5	Шейка матки	1444	5,7
6	Желудок	1420	5,6
7	Щитовидная железа	1411	5,6
8	Почки	1273	5,0
9	Предстательная железа	1132	4,5
10	Прямая кишка	1013	4,0
11	Трахея, бронхи, легкое	976	3,9
12	Злокачественные лимфомы	900	3,6
13	Яичник	886	3,5
14	Мочевой пузырь	867	3,4
15	Меланома кожи	692	2,7
16	Лейкемии	431	1,7
17	Губа	333	1,3
18	Полость рта	321	1,3
19	Гортань	310	1,2
20	Мезотел. и другие мягкие ткани	268	1,1
21	Пищевод	149	0,6
22	Кости и суставные хрящи	105	0,4
23	Поджелудочная железа	104	0,4
24	Глотка	82	0,3
25	Печень	40	0,2
	Прочие	1411	5,6
	ВСЕГО	25295	100%

На всех диспансерных больных оформляются регистрационные карты (Ф. № 030), которые кодируются для ЭВМ обработки.

Выводы

- За 2012 год численность населения Архангельской области уменьшилась на 11,6 тысяч человек (или на 1,0%);
- В 2013 году показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями на 100 тыс. населения Архангельской области составил 429,6 (РФ-367,3), что на 2,4% выше уровня 2012 года и на 41,6% выше уровня 2003 года. При этом отмечается и увеличение показателя смертности от злокачественных опухолей на 8,6% за год – 237,5 (РФ-201,0) на 100 тыс. населения (2012г. – 218,6 на 100 тыс. населения);
- Наблюдается снижение числа профилактических исследований органов грудной клетки взрослого населения в ЛПУ области на 0,2%, при этом активная выявляемость рака легких остается на прежнем уровне – 0,02% от числа исследований. Активная выявляемость рака легких, из числа впервые заболевших, увеличилась на 6,7% (с 13,4 до 14,3%; РФ – 20,2);
- Доля больных с морфологически подтвержденным диагнозом злокачественного новообразования была несколько выше (91,4%; РФ-86,7%), чем в 2012г. (89,9%);
- Процент активной выявляемости при профилактических осмотрах увеличился до 7,7% (2012г. – 7,1%; РФ-15,6%);
- Выявляемость ЗНО в I-II стадии увеличилась на 3,3% и составила 44,0% (2012г.-42,6%; РФ-50,4%);
- В 2013 году в области у 24,2% (2012г.-23,9%; РФ-21,2%) больных заболевание диагностировано при наличии отдаленных метастазов;
- Доля больных, умерших в течение первого года после установления диагноза уменьшилась на 27,9% по сравнению с 2003 годом (42,3%) и составила 30,5% в 2013г. (РФ-26,1%);
- В области функционируют 22 онкологических кабинета, 35 смотровых кабинетов (нет смотровых в В.-Тоемском, Котласском районе и г.б. №12 г. Архангельска);
- В смотровых кабинетах г. Архангельска, г. Северодвинска, г. Котласа и Пинежском районе организован прием не только женского населения, но и мужского;
- Число посещений в смотровой кабинет увеличилось на 2,1%, при этом число цитологических исследований составило 87,2% (2012 год – 89,3%);
- Активная выявляемость злокачественных новообразований в смотровых кабинетах ЛПУ области возросла до 0,13% в 2013 г. (0,11% - 2011г.);
- Выявляемость предраковых заболеваний при профилактических осмотрах увеличилась до 5,6% (2012г. – 5,4%);
- Внедрение новых методов лечения онкобольных способствовало увеличению процента излеченных больных и накоплению соответствующего контингента до 25295 в 2013 году;
- В 8-ми районах области проводятся цитологические исследования гинекологических мазков;

- В 2011 году сдан в эксплуатацию медико-технологический операционный комплекс ГБУ АО «АКОД», на базе которого расположились 10 современных операционных, центральное стерилизационное отделение, прачечная и гистологическая лаборатория;
- В 2013 году введены в эксплуатацию МРТ, цифровой маммограф, остеоденситометр;
- В поликлинике АКОД дополнительно организованы приемы радиолога и онколога-дерматолога;
- Открыт процедурный кабинет для проведения гормонотерапии и химиотерапии при диспансерном отделении онкодиспансера;
- Созданы и внедрены протоколы нутритивной поддержки пациентов по отделениям онкодиспансера;
- Разработан алгоритм ранней диагностики осложнений (химиотерапия, хирургия);
- В 2013 году внедрены современные методики внутрисветной эндоскопической хирургии;
- При лечении пациентов с раком кожи (базально-клеточный, плоскоклеточный рак) применяется фотодинамическая терапия;
- Проводятся исследования для поиска мутации гена Her-2 new – «FISH-диагностика» (результат анализа необходим для принятия решения о назначении таргетной терапии у пациенток с раком молочной железы);
- С 2011 по 2013 г.г. Архангельская область принимала участие в национальной программе «Онкология» (утверждено постановлением Правительства РФ от 31.12.2010г. №1222);
- Принята долгосрочная целевая программа Архангельской области «Совершенствование медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями на 2011-2013 годы» (утверждена Постановлением Правительства АО от 29.03.2011г. №79-пп);
- В рамках долгосрочной целевой программы Архангельской области «Совершенствование медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями на 2011-2013 годы» в целях реализации мероприятий осуществлена подготовка кадров по вопросам оказания медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями. Обучение прошли 59 врачей лечебно-профилактических учреждений области. 34 специалиста ГУЗ «АКОД» подготовлено на циклах тематического усовершенствования в виде индивидуального обучения;
- В рамках программы «Онкология» приобретено современное медицинское оборудование, оборудование для обеспечения радиационной безопасности и контроля;
- Проведена реконструкция помещений под установку маммографической системы, ОФЭКТ/КТ, гамма-терапевтического аппарата контактной лучевой терапии и передвижного рентгеновского аппарата «С-дуга»;
- Еженедельно на утренних конференциях проводится разбор сложных клинических случаев, представление новых возможностей отделений;

➤ Разработана и внедрена программа «Централизованная госпитализация пациентов в ГБУ «АКОД», которая дает возможность контролировать очередь на госпитализацию и госпитализировать пациентов вне очереди, нуждающихся в скорейшем начале лечения;

➤ АКОД служит хорошей базой для подготовки врачей и средних медицинских работников по вопросам онкологии.

следует отметить, что недостаточный уровень ряда показателей онкологической службы области, возможно, обусловлен следующими причинами:

➤ дефицитом кадров врачей в районах области в т.ч. онкологов;

➤ малой ролью ФАПов в диагностике заболеваний;

➤ неполным обследованием пациентов с неуточненным диагнозом по месту жительства;

➤ недостаточной онконастороженностью врачей и формальным подходом к разбору ошибок в диагностике заболеваний;

➤ финансово-экономическими трудностями больных, ведущими к росту числа отказов от обследования и лечения.

Проблемы:

➤ неудовлетворительное выполнение программы «О мерах по развитию онкологической помощи населению Архангельской области на 2011-2013 годы» (затянутые сроки и качество подготовки помещений под установку закупленного оборудования).

В целях дальнейшего совершенствования онкологической помощи населению области онкодиспансер планирует:

➤ выполнение требований порядка и стандартов оказания медицинской помощи по профилю «онкология» медицинскими организациями всех уровней (приказ МЗ РФ № 915-н от 15.11.2012 г., федеральные стандарты оказания первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи от 2013 г.);

➤ совершенствовать совместную работу с ЛПУ МО по достижению плановых показателей целевых индикаторов;

➤ провести мероприятия по оформлению разрешающих документов к вводу в эксплуатацию следующего оборудования: линейного ускорителя, информационной системы, система планирования лучевой терапии, специализированного компьютерного томографа с системой виртуальной симуляции, ОФЭКТ, аппарата для брахитерапии;

➤ максимально эффективное использование каждой единицы медицинского оборудования, полученного по программам;

➤ освоение новых хирургических технологий (микроскопическая и эндоскопическая хирургия; Rg-контроль во время операции);

➤ расширить спектр лечения пациентов с фотодинамической терапией;

➤ расширить показания к установке внутрипросветных стентов (пищеводных, дуоденальных, бронхиальных);

➤ проводить мероприятия по совершенствованию работы смотровых кабинетов и ФАПов по выявлению ЗНО видимых локализаций;

- продолжить проведение химиотерапии в ЛПУ области по рекомендации врачей-специалистов ГБУ АО «АКОД» как по программе дополнительного лекарственного обеспечения, так и вне ее в соответствии с распоряжением министерства здравоохранения АО от 06.11.2012г. № 525-ро «Об организации обеспечения граждан противоопухолевыми лекарственными препаратами по рецептам врачей» (таблетированные формы и гормонотерапию);
- обеспечить на догоспитальном этапе выполнение в полном объеме исследований, необходимых для госпитализации пациентов в ГБУ АО «АКОД», в соответствии с распоряжением департамента здравоохранения Архангельской области №522-ро от 29.10.2012г. «О порядке направления пациентов в консультативные поликлиники и стационары специализированных государственных бюджетных учреждений здравоохранения Архангельской области»;
- стандартизация лечебного процесса: совершенствование существующих протоколов ведения больных, разработка новых;
- взаимодействие с ГБУЗ АО «АОКБ», другими ЛПУ по коррекции соматической патологии онкологических больных;
- совершенствование комплексного+комбинированного методов лечения;
- оптимизация лекарственной терапии в стационаре;
- совершенствование оформления первичной медицинской документации;
- провести реконструкцию локальной вычислительной сети 8-ми этажного корпуса;
- обновление и поддержание собственного сайта в соответствии с повышенными требованиями;
- продолжить информатизацию учреждения (поликлиника, диагностические службы);
- совершенствовать стационарзамещающие технологии (увеличить количество пациентов, получающих химиотерапевтическое и радиотерапевтическое лечение в условиях дневного стационара);
- провести ежегодную клиничко-практическую конференцию «Оптимизация лечебно-диагностической тактики при онкологических заболеваниях»;
- врачам ЛПУ области, с целью повышения онкологической грамотности, принимать активное участие в ежегодной научно-практической конференции «Оптимизация лечебно-диагностической тактики при онкологических заболеваниях»;
- способствовать и стимулировать профессиональный рост сотрудников АКОД;
- п➤ продолжить совершенствование системы оплаты труда, ориентированной на конечный результат;
- продолжить работу со СМИ по вопросам гигиенического воспитания населения с целью профилактики рака.

Популяционный раковый регистр АО

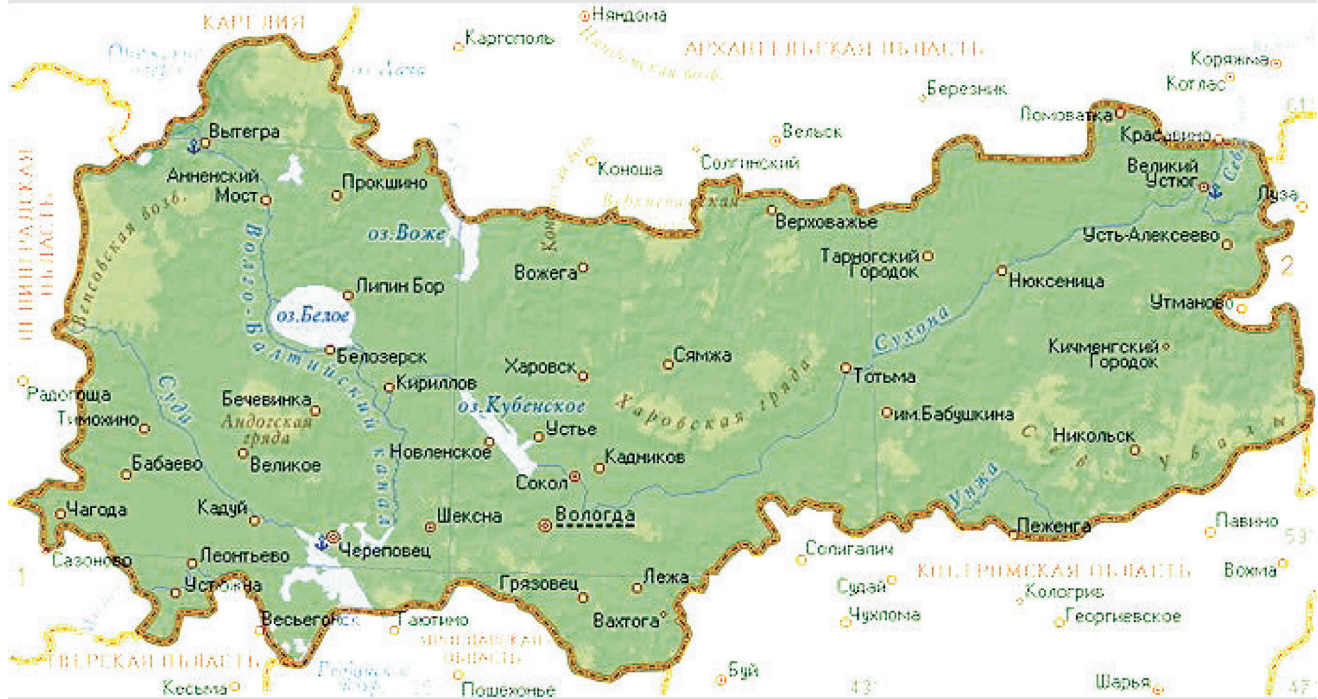
Территориальный раковый регистр в ГБУ АО «АКОД» является структурным подразделением диспансера, входит в состав организационно-методического отдела. Информационно-аналитическая система популяционного ракового регистра была внедрена в 1995 году. С 1995 по 1999 гг. данные заносились в специализированную линковскую программу (объем введенной информации – 14406 записей). В 2000 году онкодиспансером была приобретена программа территориального ракового регистра в г. Санкт-Петербурге (разработчик программы – ООО «Новел СПб»; название программы (версии) – ПРР 26.3.4.91; дата начала действия регистра – 2000 год).

Система «канцер-регистр» предоставляет информацию и данные углубленного анализа по позициям: заболеваемость населения злокачественными новообразованиями (ЗНО), клинико-морфологические характеристики различных нозологических групп в разных массивах населения, эффективность лечения ЗНО при применении различных методов, степень адекватности диагностики ЗНО. Кроме того, система канцер-регистр используется для получения информации о внутренней деятельности диспансера.

По состоянию на 01.01.2014 года в базе данных программы «Канцер-регистр» находятся сведения о 77817 больных (в том числе состоящие под диспансерным наблюдением 25295). Информация в канцер-регистр поступает из лечебных учреждений районов области, города, ведомственных ЛПУ и онкологического диспансера. Если жителям АО онкозаболевание было установлено в других регионах РФ, документы поступают в онкодиспансер из соответствующих медицинских учреждений этих регионов. Сведения об умерших больных от злокачественных новообразований ежемесячно предоставляет Медицинский информационно-аналитический центр. Достоверность информации обеспечивается ежеквартальными сверками контингента по каждому ЛПУ.

В работе канцер-регистра участвует сетевой администратор и программист отдела программирования диспансера. Работа канцер-регистра обеспечивается сервером и 8-ю рабочими станциями, объединенными в локальную сеть.

ВОЛОГОДСКАЯ ОБЛАСТЬ



РАЗДЕЛ VI

ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ

А.Б. Ежов, Н.В. Крюкова, Н.А. Шубин

ГБУЗ «Областной клинический онкологический диспансер»

160012, г. Вологда, Советский проспект, д. 102 Б.

Тел./факс: 8(8172) 75-87-56, 75-88-20

Эл. почта: volonko@yandex.ru

SECTION VI

ONCOLOGY SERVICE OF VOLOGDA REGION

A.B. Yezhov, N.V. Kryukova, N.A. Shubin

6 октября 2013 года исполнилось 65 лет со дня открытия в Вологодской области областного онкологического диспансера. В настоящее время в диспансере работает 60 врачей, в т.ч. 24 онколога, 8 анестезиологов, 2 патологоанатома, 5 радиологов, 5 рентгенологов.

По состоянию на 01.01.2013 г. численность населения Вологодской области составила 1196,2 тыс. человек. Ежегодно выявляется более 4200 первичных случаев злокачественных новообразований (4232 случая – $352,7^{0}/_{0000}$ -2012 г.). За период с 2000 по 2012 гг. «грубый» показатель заболеваемости возрос с 302,6 до $352,7^{0}/_{0000}$ или на 16,6%, показатель смертности на 5,6%, стандартизованный среди мужского и женского населения на 4%. Контингенты больных достигли 23585 человек. За последние 5 лет произошло существенное обновление материально-технической базы.

The 65th anniversary of Regional Oncology Dispensary in Vologda Region was celebrated on October 6, 2013. Currently, 60 doctors, including 24 oncologists, 8 anesthesiologists, 2 pathologists, 5 radiologists, 5 radiotherapists work in the dispensary.

As of 01.01.2013, the population of Vologda region was 1196.2 thousand people. Annually it is detected more than 4200 of new cancer cases (4232 - $352.70/0000$ in 2012). During the period since 2000 to 2012 a "crude" incidence rate increased from 302.6 to $352.70/0000$, or by 16.6%, the mortality rate increased by 5.6%, standardized rate among male and female population increased by 4%. Contingents of patients have reached 23585 people. Over the last 5 years there has been a significant upgrade of material and technical equipment.



Гл. врач Андрей Борисович Ежов

Андрей Борисович Ежов родился в 1964 году. В 1987 году окончил Горьковский медицинский институт. Работает в Вологодской области более 25 лет. Главным врачом БУЗ ВО «ВООД» является с 2002 года. Опытный организатор здравоохранения. Успешно руководит учреждением и онкологической службой области.

В 2013 году отмечено снижение смертности от злокачественных новообразований с 222,2 в 2012 году до 212,8 на 100 тыс. населения.

Андрей Борисович провел большую работу по модернизации отделения радиотерапии. Эта служба стала многогранной и многофункциональной и состоит из ряда отделов (радиотерапевтического, компьютерной томографии и виртуальной симуляции, стационара на 85 коек).

В 2014 году завершён ремонт анестезиолого – реанимационного и операционного отделений. Закуплен компьютерный и магнитно – резонансный томографы.

Андрей Борисович большое внимание уделяет работе с кадрами. В 2012 году на базе БУЗ ВО «ВООД» был проведён выездной цикл усовершенствования врачей – онкологов Санкт – Петербургской медицинской академией последипломного обучения.

85% врачей, 96% медсестер аттестовано, 91 % врачей имеют сертификат специалиста.

В 2014 году прошёл обучение на сертификационном цикле по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье». В 2006 году награждён Почётной грамотой департамента здравоохранения и в 2010 году Благодарностью Губернатора Вологодской области.

6 октября 2013 г. исполнилось 65 лет как в Вологодской области был открыт областной онкологический диспансер. На организацию его работы ушло более трех лет. Лишь в 1951 г. были созданы удовлетворительные условия для функционирования диспансера.

В 1955 году была произведена надстройка второго этажа основного корпуса, что позволило развернуть 50 стационарных коек. Лучевые методы лечения стали применяться с 1959 г.

В 1960 г. построено здание под хирургический корпус и только в 1970 г. введено в эксплуатацию здание специализированного радиологического корпуса на 12 коек.

В августе 1989 г. было открыто химиотерапевтическое отделение на 40 коек.

В апреле 2001 г. введен в эксплуатацию новый хирургический корпус на 240 коек, в котором разместилось 9 отделений: абдоминальное, гинекологическое, то-

ракальное, патологии головы и шеи, химиотерапевтическое, эндоскопическое, анестезиологии и реанимации, оперблок на 6 операционных.

И только в 2009 г. завершена модернизация радиологического отделения, которое оснащено новейшей аппаратурой и позволяет лечить больных на самом современном уровне.

В настоящее время проводится реконструкция поликлиники диспансера. Продолжается оснащение диспансера: устанавливаются компьютерный и магнитно-резонансный томографы.

История становления и развития онкологического диспансера – это история его роста и укрепления материально – технической базы, кадров тех безусловных достижений в работе, которые достаточно наглядны за 65 лет существования этого медицинского учреждения. С 50 коек в 1955 году до 300 коек в 2001 году. То же касается и врачебных кадров. В 1965 г. в диспансере работало 14 врачей, в настоящее время – 60, в т.ч. 24 онколога, 8 анестезиологов, 2 патологоанатома, 5 радиологов, 5 рентгенологов. Из общего количества врачей 69% аттестовано: 26% имеют высшую категорию, 33% - первую, 10% - вторую.

В 1955 году была произведена надстройка второго этажа основного корпуса, что позволило развернуть 50 стационарных коек. Лучевые методы лечения стали применяться с 1959 г.

В 1960 г. построено здание под хирургический корпус и только в 1970 г. введено в эксплуатацию здание специализированного радиологического корпуса на 12 коек.

В августе 1989 г. было открыто химиотерапевтическое отделение на 40 коек.

В апреле 2001 г. введен в эксплуатацию новый хирургический корпус на 240 коек, в котором разместилось 9 отделений: абдоминальное, гинекологическое, торакальное, патологии головы и шеи, химиотерапевтическое, эндоскопическое, анестезиологии и реанимации, оперблок на 6 операционных.

И только в 2009 г. завершена модернизация радиологического отделения, которое оснащено новейшей аппаратурой и позволяет лечить больных на самом современном уровне.

В настоящее время проводится реконструкция поликлиники диспансера. Продолжается оснащение диспансера: устанавливаются компьютерный и магнитно-резонансный томографы.

История становления и развития онкологического диспансера – это история его роста и укрепления материально – технической базы, кадров тех безусловных достижений в работе, которые достаточно наглядны за 65 лет существования этого медицинского учреждения. С 50 коек в 1955 году до 300 коек в 2001 году. То же касается и врачебных кадров. В 1965 г. в диспансере работало 14 врачей, в настоящее время – 60, в т.ч. 24 онколога, 8 анестезиологов, 2 патологоанатома, 5 радиологов, 5 рентгенологов. Из общего количества врачей 69% аттестовано: 26% имеют высшую категорию, 33% - первую, 10% - вторую.

Общая характеристика демографической ситуации в Вологодской области

По состоянию на 1 января 2013 года численность населения Вологодской области составила 1196,2 тыс. человек, в том числе 852,9 тысячи городского населения и 343,3 тысячи - сельского.

Общее уменьшение численности населения области за 2012 год составило 2,3 тыс. человек, 0,2 % к уровню 2011 года. Причем число жителей, проживающих в городской местности, в 2012 году осталось на прежнем уровне, а в сельской местности сократилось на 2,3 тысячи человек (на 0,7 %). Доля городского населения области в общей численности занимает 71,3 %, сельского - 28,7 процента. Уменьшение численности сельского населения происходит значительными темпами. В сельской местности наблюдается как естественная, так и миграционная (-1,6 тыс. человек и - 2,1 тыс. человек соответственно) убыль населения.

В 2012 году в области родилось 16762 ребенка, что на 1192 (на 7,7 %) малышей больше, чем в 2011 году. Умерло от всех причин 18059 человек, на 721 человека (на 3,8 %) меньше, чем годом ранее. Естественная убыль населения области (превышение числа умерших над числом родившихся) за 2012 год составила 1297 человек, что на 1913 человек меньше, чем в 2011 году.

В расчете на 1000 человек населения число родившихся в городской местности увеличилось до 13,8 промилле, в сельской - 14,5 промилле. *Для сравнения:* за 2011 год показатели составляли соответственно 12,8 и 13,5 промилле.

Увеличилась рождаемость по сравнению с 2011 годом в 19 муниципальных районах области и городских округах г. Вологда и г. Череповец. Более чем на 15 процентов увеличилось число родившихся в расчете на 1000 человек населения в Кирилловском (на 40,7 %), Вашкинском (на 29,7%), Бабушкинском (на 22,3%), Тотемском (на 17,5%) и Вожегодском (на 15,1 %) районах. В городских округах г. Вологда и г. Череповец число родившихся возросло на 9,4 % и 9,5 % соответственно

В 2012 году по сравнению с 2011 годом число умерших детей в возрасте до 1 года увеличилось на 40 человек, показатель младенческой смертности на 1000 родившихся составил 8,4 промилле (в 2011 году - 6,5).

Основными причинами смерти детей первого года жизни в 2012 году стали состояния, возникающие в перинатальном периоде (от 28 недель беременности, включая роды и первые семь дней жизни ребенка) - 67,1 %, врожденные аномалии (пороки развития) - 11,4 %, а также болезни органов дыхания - 5 %, несчастные случаи, травмы - 3,6 процента.

Общий коэффициент смертности по области составил 15,1 промилле в расчете на 1000 человек населения против 15,7 - в 2011 году. В сравнении с предыдущим годом показатель снизился в городской местности с 13,7 до 13,4 промилле, в сельской - с 20,4 до 19,2 промилле. Уровень смертности сельских жителей в сравнении с городскими выше на 5,8 промилле.

В сравнении с предыдущим годом снижение на 10 и более процентов числа умерших в расчете на 1000 человек населения отмечено в следующих районах: Сямженском - на 20,6 %, Нюксенском - на 18,7 %, Вашкинском - на 18,5 %, Вологодском - на 14,2 %, Кадуйском - на 12,2 %, Вытегорском - на 11,4 %, Никольском - на 11,5 процента. В г. Вологде снижение показателя смертности составило 5,5 %, в г. Череповце - 0,8 процента.

Основными причинами смерти по-прежнему остаются болезни системы кровообращения (59,4 %), новообразования (14,7 %), внешние причины: несчастные случаи, отравления, травмы (9,9 %), болезни органов пищеварения (5,8 %) и болезни органов дыхания (3,1 процента).

Особенностями возрастной структуры населения области стало продолжение процесса старения населения - увеличение доли лиц старше трудоспособного возраста в общей численности населения. На начало 2012 года в общей численности населения области 200 тысяч человек (16,7 %) составляли дети в возрасте до 16 лет, 720,6 тысячи человек (60,1 %) - лица трудоспособного возраста, 277,9 тысячи человек (23,2 %) - население старше трудоспособного возраста.

Возрастная структура городского населения значительно отличается от сельского. В городской местности доля трудоспособного населения в общей численности занимает 61,4 %, пенсионного возраста - 21,7 %, в сельской местности показатели составляют соответственно 56,9 и 26,8 процента.

Коэффициент демографической нагрузки на начало 2012 года по области составил 663, или на 1000 человек трудоспособного возраста приходилось 663 человека нетрудоспособных возрастов (детей и пенсионеров). Причем в сельской местности коэффициент демографической нагрузки сложился значительно выше - 757 человек, чем в городской - 628 человек на 1000 человек в трудоспособном возрасте.

Обобщенную характеристику уровня смертности во всех возрастах дает **показатель ожидаемой продолжительности жизни при рождении**. Данный показатель для жителей Вологодской области в 2011 году составил 68,4 года, для женщин - 75,1 года, для мужчин - 62,1 года. *Для сравнения:* средняя продолжительность жизни по России 69,8 года, женщин - 75,6 года, мужчин - 64 года.

Главные потери продолжительности жизни в Вологодской области связаны с высокой смертностью населения в трудоспособном возрасте, особенно мужчин. Аналогичные тенденции характерны в целом по России.

В минувшем году 4775 человек (26,4 %) скончались в трудоспособном возрасте, из них 881 женщина и 3894 мужчины. При этом на долю мужчин приходилось 81,5 % умерших в рабочих возрастах; уровень мужской смертности в 4,4 раза превысил уровень женской.

Такой перевес приводит к увеличению числа неполных семей, ухудшению в численном соотношении полов, сокращению брачного и репродуктивного потенциала населения, к значительной разнице в продолжительности жизни женщин и мужчин.

Одним из компонентов изменения численности населения области является **миграция населения**. Общий миграционный оборот (сумма прибывших и выбывших из области) в 2012 году составил 64,1 тыс. человек. В Вологодской области в 2012 году сложилась миграционная убыль -1053 человека. Причем в городской местности сложился миграционный прирост 1017 человек, а в сельской произошла миграционная убыль - 2070 человек.

В 2012 году из других регионов России прибыло в область 9201 человек, в то же время выбыло из области в пределах Российской Федерации 11245 человек, миграционная убыль в обмене с регионами составила -2044 человека.

Анализ показателей миграции по муниципальным районам Вологодской области показал, что в большинстве из них произошла миграционная убыль населения. В отличие от прошлых лет небольшой миграционный прирост сложился в Череповецком (330 человек), Вологодском - (249 человек), Кадуйском - (79 человек), Кирилловском - (21 человек) районах. В городских округах г. Вологда и г. Череповец миграционный прирост сохранился и составил 1895 человек и 723 человека соответственно

Общие показатели воспроизводства населения

	2011	2012	Прирост, снижение (-)	2011	2012	Темп роста (снижения), %
Всего умерло	18780	18059	-721	1565,2	1508,2	96,4
в том числе от: инфекционных и паразитарных болезней	139	155	16	11,6	12,9	111,2
ив них: от туберкулеза	80	87	7	6,7	7,3	109,0
новообразований	2574	2660	86	214,5	222,2	103,6
болезней эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ и иммунитета	106	103	-3	8,8	8,6	97,7
психические расстройства	25	22	-3	2,1	1,8	85,7
болезней нервной системы и органов чувств	104	81	-23	8,7	6,8	78,2
болезней системы кровообращения	11133	10729	-404	927,9	896,0	96,6
болезней органов дыхания	648	551	-97	54,0	46,0	85,2
болезней органов пищеварения	1072	1054	-18	89,3	88,0	98,5
болезней мочеполовой системы	85	95	10	7,1	7,9	111,3

	2011	2012	Прирост, снижение (-)	2011	2012	Темп роста (снижения), %
осложнений беременности, родов и послеродового пе- риода	1	3	2	0,1	0,3	в 3 p
болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани	14	16	2	1,2	1,3	108,3
врожденных аномалий (по- роков развития)	32	36	4	2,7	3,0	111,1
несчастных случаев, отрав- лений и травм	2030	1792	-238	169,2	149,7	88,5

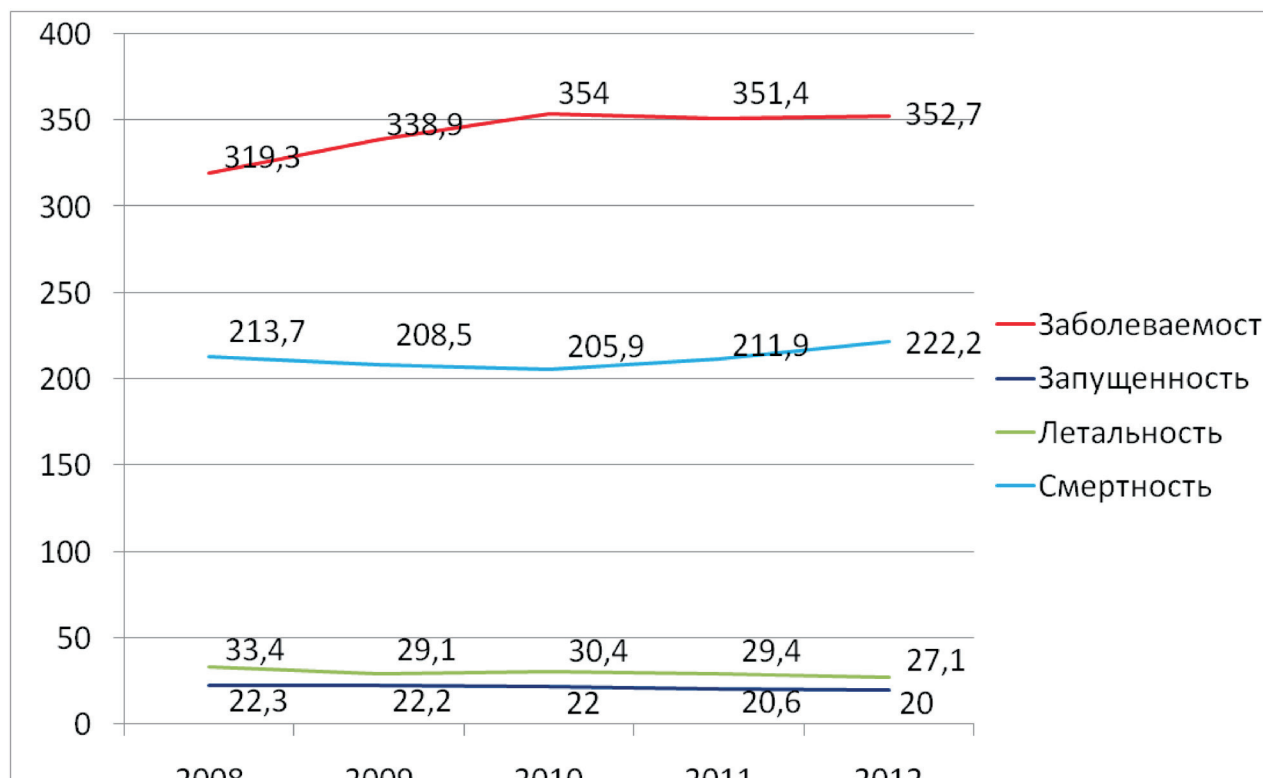
**Заболеваемость и смертность от онкологических заболеваний
в 2000 – 2012 гг.**

№ пп	Год	Заболеваемость	Смертность	Контингенты
1.	2000	302,6	210,4	20405
2.	2001	320,5	208,0	21298
3.	2002	328,3	205,8	22625
4.	2003	329,4	218,8	23250
5.	2004	330,4	208,2	24495
6.	2005	330,4	201,9	25724
7.	2006	331,3	208,2	25937
8.	2007	334,6	213,2	26507
9.	2008	320,5	213,7	26015
10.	2009	340,2	212,4	25263
11.	2010	353,9	209,4	23850
12.	2011	352,5	212,5	23888
13.	2012	352,7	222,2	23585

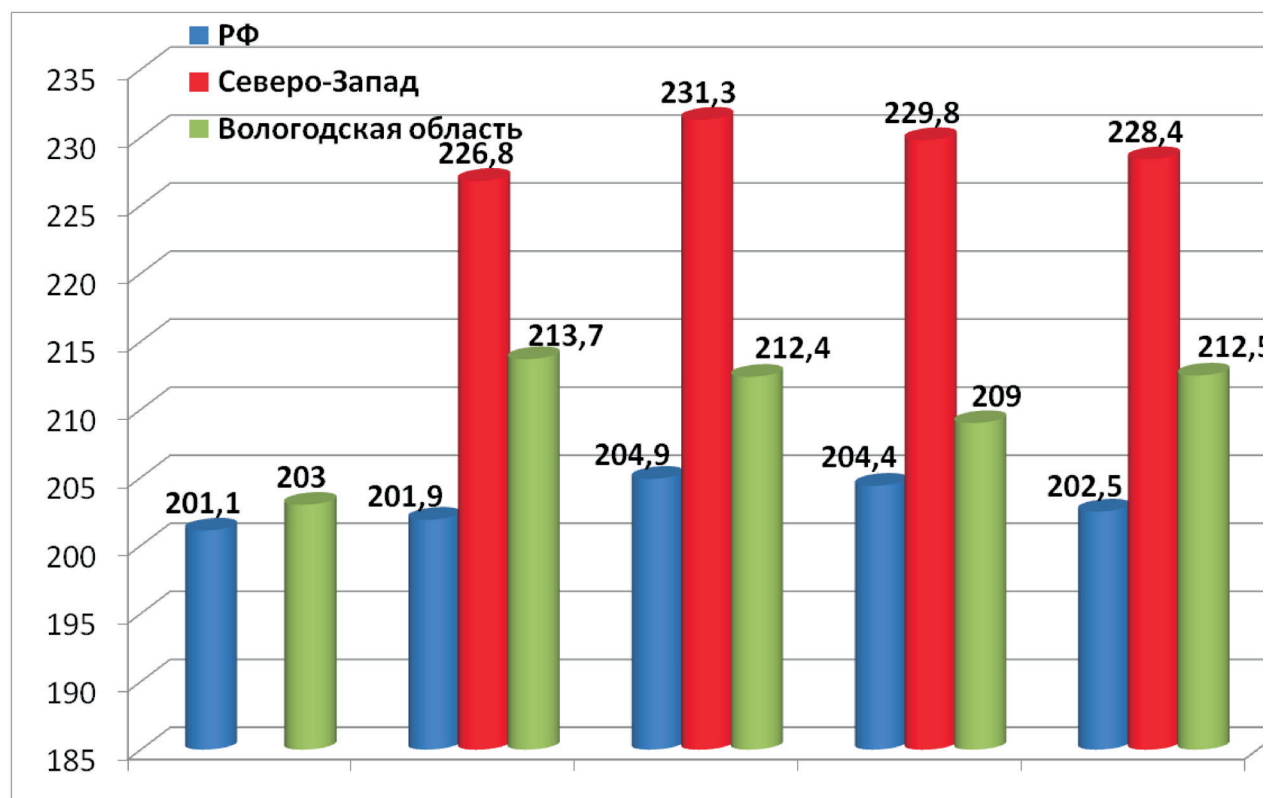
Пятилетняя выживаемость онкологических больных. Всего и по основным локализациям

Год	Нозология																
	Всего	С 00	С 01-14	С 15	С 16	С 18	С 20	С 32	С 34	С 43	С 50	С 53	С 54	С 61	С 64	С 67	С 73
2000	53,5	71,0	49,2	21,8	58,0	44,8	51,8	55,4	41,9	59,0	59,6	78,4	62,8	39,2	34,2	49,9	70,1
2001	55,8	71,6	50,9	22,0	53,5	45,4	52,1	57,8	37,4	56,7	56,4	81,7	65,0	31,8	35,8	50,3	71,1
2002	54,6	79,1	57,2	22,1	57,2	50,5	52,5	66,5	40,5	62,7	59,4	83,6	66,4	36,8	36,6	50,6	70,4
2003	55,6	80,9	58,8	35,4	59,5	51,1	50,9	62,8	42,0	60,3	62,6	81,6	67,4	39,3	36,2	54,5	63,1
2004	56,0	81,8	60,4	37,0	60,7	52,3	53,1	66,0	43,9	58,6	62,8	81,0	68,7	37,5	34,8	57,7	63,9
2005	50,4	78,7	52,5	29,3	57,0	47,0	48,2	60,0	40,0	51,5	57,0	76,5	63,0	28,3	34,6	51,2	56,7
2006	45,7	73,5	48,2	20,4	52,1	40,8	41,7	56,0	33,7	46,3	51,3	72,7	58,8	21,0	35,7	43,8	50,7
2007	50,8	78,0	36,0	33,8	39,7	48,6	47,2	55,9	40,5	54,2	56,0	71,0	56,1	26,3	37,6	49,6	60,0
2008	51,0	59,3	44,1	33,6	40,0	49,0	61,7	51,9	40,0	54,9	54,0	71,0	56,0	27,1	42,3	46,8	60,1
2009	52,7	50,8	50,7	32,4	52,0	53,0	52,7	39,6	35,5	32,6	56,0	72,0	54,0	34,0	40,0	41,0	51,1
2010	51,9	67,8	49,6	31,4	51,8	49,9	49,9	52,9	35,7	51,1	56,1	70,0	59,0	32,0	38,1	30,0	60,1
2011	52,0	65,5	47,4	38,1	50,9	47,0	53,0	53,8	39,4	48,3	57,2	68,0	62,0	35,4	37,7	47,1	59,4
2012	51,8	71,5	50,7	33,7	53,3	41,0	50,8	56,1	39,1	54,8	57,1	66,8	61,7	27,5	53,1	48,2	38,5

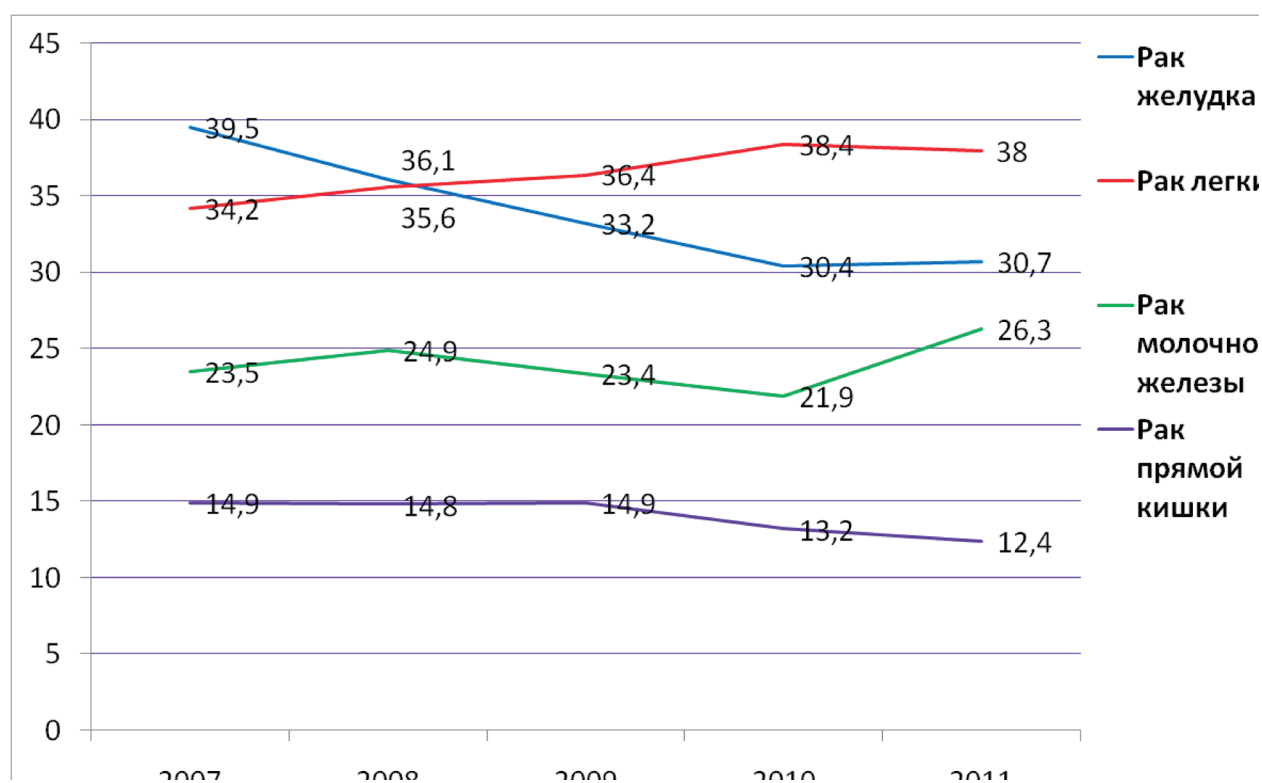
заболеваемость, запущенность, летальность, смертность



Смертность 2007 – 2011 гг. на 100 000 населения



**смертность по нозологическим формам
заболеваемости и смертности населения от новообразований,**



Аналитические показатели

Злокачественные новообразования (далее ЗНО) являются одной из важнейших медико-социальных проблем современного общества. Ежегодно в России регистрируется более 470 тыс. больных с впервые жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования. По данным ВОЗ, в мире ежегодно регистрируется около 9 млн. новых случаев онкологических заболеваний. В настоящее время ЗНО занимают 3 место по причинам смертности населения РФ, уступая лишь сердечно-сосудистым заболеваниям и травматизму, особенно среди лиц старшего возраста.

В Вологодской области, как и в целом по Российской Федерации, на протяжении последних пяти лет отмечается рост заболеваемости ЗНО. Рост обусловлен увеличением доли лиц старшего возраста в структуре населения, ухудшением экологической ситуации, распространенностью курения среди населения, а также повышением качества диагностики и, как следствие, ростом выявляемости данной патологии при проводимых скрининговых обследованиях населения. Показатель заболеваемости увеличился с 319,3 на 100 тыс. населения в 2008 году до 352,7 на 100 тыс. населения в 2012 году (на 10,4%). Наибольшее число заболевших выявлено в старшей возрастной группе 50-69 лет.

Одним из показателей, характеризующим уровень оказания специализированной медицинской помощи онкологическим больным и раннюю диагностику заболеваемости, является показатель летальности на первом году жизни пациентов с момента установления диагноза. Кроме этого, на этот показатель

вливают биологические особенности опухоли и характер течения, частота отказов от лечения. Наблюдается тенденция к снижению данного показателя: в 2008 году - 33,4%, в 2012 году 27,1%. На сегодняшний день снижение показателя одногодичной летальности во многом связано с улучшением качества лечения этих пациентов с применением современных схем лечения (комбинированного лечения, с включение лучевых и химиолучевых методик, применением таргетных препаратов). Данные схемы лечения используются с 2010 года, после окончания модернизации радиологического корпуса БУЗ ВО «Вологодский областной онкологический диспансер».

Показатель смертности от злокачественных новообразований в динамике по годам выглядит следующим образом (на 100 тыс. населения):

2008 год – 213,8

2009 год – 212,4

2010 год – 210,8

2011 год – 211,5

2012 год – 222,2

В структуре смертности опухоли легкого составляют 14,6%, желудка – 14,0%, молочной железы – 6,7%, прямой кишки – 9%.

Рост заболеваемости за последние пять лет составил 10,4%, при этом рост показателя смертности только 4%, что отражает эффективность оказания специализированной помощи данным больным. Снижение одногодичной летальности может отражаться на росте смертности от онкологических заболеваний в последующие годы. Следует отметить, что на протяжении последних пяти лет отмечается динамика снижения процента выявленных случаев заболевания в запущенной форме (с 22,3 до 20 процентов случаев), что свидетельствует о повышении качества и своевременности диагностики.

Таким образом, высокая смертность от ЗНО во многом определяется ростом заболеваемости, что имеет многофакторную причину. Проведенная разными учеными оценка факторов образа жизни и окружающей среды показала, что причиной 30% всех опухолей человека является курение, 35% неправильное питание, 10% инфекционные факторы, 4-5% профессиональные канцерогенные воздействия, 6-8% ионизирующее и УФ-излучение, 1-2%) загрязнение атмосферного воздуха. Эти цифры свидетельствуют о том, что более половины случаев заболевания раком можно было бы предотвратить на индивидуальном уровне путем отказа от курения, модификации питания. Одним из приоритетов отрасли здравоохранения является профилактическое направление в онкологической службе, направленное на раннее выявление онкологических заболеваний на уровне первичного звена. Проводятся профилактические осмотры на выявление видимых локализаций злокачественных новообразований. Проводится диспансеризация населения, осуществляется маммологический и флюорографический скрининг.

В 2012 году онкологическая ситуация характеризуется стабилизацией показателя заболеваемости злокачественными новообразованиями на цифре 352,0 на 100 тыс.,

ростом смертности до 222,2, одногодичной летальности до 27,1 и запущенности до 20,0.

В I-II стадиях заболевания выявлено 51,4% больных.

Вместе с тем, выявляемость рака прямой кишки в I-II стадиях заболевания составляет всего 29%, молочной железы всего 55,8%, щитовидной железы 65,2%, рака легкого 30,0, полость рта и глотки 58,3%.

По г. Вологде рак прямой кишки в I-II стадиях выявлен всего в 28,7%, г. Череповце в 32%, г. Соколе в 38%, Шекснинском районе в 30%, Вытегорском - 25%, Великоустюгском - 40%, Харовском - 25%. В Тотемском районе из 5 больных 3 выявлены в IV стадии. А таких районах, как Бабаевский, Грязовецкий, Верховажский, Кирилловский, Вожегодский, рак прямой кишки в I-II стадиях не выявлен вообще.

Рак молочной железы в I-II стадиях заболевания выявлен в среднем по области в 55,8%, что ниже среднероссийского показателя (65,0%). А в Великоустюгском районе всего лишь в 26,3%, Вологодском - 37,5%, Грязовецком - 50%», Сокольском - 65%, Череповецком - 73%, Шекснинском - 50%, в Тотемском таких больных не было выявлено. В г. Вологде - 53% и г. Череповце - 63%.

Лучше обстоят дела в области с ранним выявлением рака шейки матки (87,3% выявлено в I-II стадиях и 22,5% рак неинвазивный), тела матки - 88,8%, яичников - 45,3%).

Висполнение Указа Президента РФ №598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» необходимо достичь показателя снижения смертности от злокачественных новообразований до 192,8 на 100000 населения к 2018 году.

На сегодняшний день ситуация в области выглядит следующим образом:

Уровень заболеваемости ЗНО в Вологодской области, как и РФ населения растет, это связано со сложной демографической ситуацией в России (постарение населения). Рост числа *заболевших злокачественными новообразованиями* с учетом специфики демографической ситуации в России свидетельствует об истинном росте онкологической заболеваемости, так как наблюдается на фоне убыли численности населения, хотя следует отметить и положительную тенденцию в активном выявлении больных со злокачественными новообразованиями на уровне первичного звена. На сегодняшний день снижение показателя одногодичной летальности вероятнее всего, говорит о высоком качестве лечения этих пациентов с применением современных схем лечения (комбинированного лечения, с включение лучевых и химиолучевых методик, применением таргетных препаратов). Показатель смертности от злокачественных новообразований стабильный, тенденции к росту по данным госпитального ракового регистра нет.

Изменения в онкологической службе за период с 2008 по 2013 гг.

Произошло обновление материально-технической базы:

Приобретены новые операционные столы

Приобретена Лор - система, что позволило внедрить новую диагностическую методику видеоларингоскопии для диагностики сложных случаев онко ЛОР-патологии.

Приобретена станция парафиновой заливки, ротационный микроскоп, что позволило, в первую очередь, ускорить технологический процесс изготовления парафиновых блоков. Вся станция работает в автоматическом режиме, исключен ручной механизм обработки, в связи с чем, идет более точный процесс изготовления блоков. Во-вторых, улучшилось качество парафиновых блоков, а соответственно и самих гистологических срезов, что привело к улучшению и ускорению работы патоморфологов и выдаче гистологических заключений.

Приобретены реанимационные консоли в палату ИТИР, прикроватные мониторы неинвазивного давления являются системой контроля за основными функциями жизнедеятельности больных- являются стандартом оснащения палаты ИТИР.

Приобретены мониторы глубины наркоза, позволяют судить о глубине анестезии и медикаментозного сна при оперативных вмешательствах, особенно важны при проведении обширных, травматичных операциях по поводу онкологических заболеваний, которые имеют место быть в онкологическом диспансере.

Закуплен видеоэндоскопический комплекс для урологических операций

Анализатор автоматический биохимический

С февраля 2008 года начата работа по модернизации радиологического отделения (проектирование, формирование пакета заявок на новое оборудование, строительство) «Вынужденный технологический простой отделения» составил 1 год 2 месяца. Реконструированный и модернизированный радиологический корпус, оснащенный новейшей аппаратурой, решает задачу проведения лучевой терапии в регионе на самом современном уровне. Благодаря вводу данного корпуса радиотерапевтическая служба Вологодского онкодиспансера стала многогранной и многофункциональной и состоит из ряда связанных между собой отделов: компьютерной томографии и виртуальной симуляции, радиотерапевтического, медицинской физики и инженерного сопровождения, радиационной безопасности и стационара на 60 коек и дневного стационара на 20 коек. На сегодняшний день в отделении работают современные медицинские ускорители, обеспечивающие лечение большого количества больных и имеющие широкий диапазон энергии, позволяющий подводить дозу излучения избирательно, максимально концентрируя ее в опухолевом очаге, минимально повреждая окружающие ткани. Применение системы «Лантис» решает проблему оптимального планирования лечения пациентов. Внедрение новых методик лечения онкологических больных, связанных с применением аппарата гипертермии, позволяет замедлить рост опухоли и в сочетании с лучевой терапией улучшить результаты лечения онкологических больных, а использование фотодинамической терапии - излечивать онкологические заболевания кожи за один день. Реализация всего потенциала радиологического отделения дает возможность осуществить прорыв в лучевой терапии Вологодской области, улучшить результаты лечения больных и при необходимости проводить лучевую терапию больных из соседних областей.

За прошедшие с момента открытия 3 года(2009- 2012гг) стационарно и амбулаторно на облучателях пролечено почти 3000 больных, ежегодно около 1000 пациентов, до реконструкции лечение в радиологическом отделении получали не более 700 больных в год.

Круглосуточный стационар

Показатели	2009г.	2010г	2011г.	2012г.
Выписано больных	700	754	754	738
Проведено койко- дней	201300	21960	22609	22556
Объём оказания медицинской помощи по больным		102%	101%	102%
Объём оказания медицинской помощи по койко- дням		106%	108%	110.5%

Дневной стационар (с декабря 2010 г.)

	2011г.	2012г.
Выписано больных	314	332
Проведено койко-дней	6302	6826
Объём оказания медицинской помощи по больным	112%	118.6%
Объём оказания медицинской помощи по койко-дням	107.7%	121.9%

С конца 2011 года начался капитальный ремонт поликлиники БУЗ ВО «Вологодский областной онкологический диспансер».

Территориальный раковый регистр

Популяционный раковый регистр действует в области с 2006 года.

В базе данных сведения на 27690 больных, в том числе на 2774 больных раком желудка, 1690 – ободочной кишки, 2276 – раком легкого, 4290 – больных меланомой и раком кожи, 2673 - больных раком молочной железы, 980 раком шейки матки, 1290 раком предстательной железы, 1380 больных злокачественными лимфомами и лейкомиями.

Из общего количества подтвержден морфологически у 23652 (85,3%) – 7000 (25,3%) выявлено в I стадии заболевания, 57667 (921%) во II стадии, 6836 (24,7%) в III стадии и 6147 (22,2%) в IV стадии заболевания.

Умерло за период с 2006 по 2012 г. 10846 больных (40,3%). На первом году жизни с момента установления диагноза – 7041 (26,1%). Лечение закончили 16096 больных (58%), в т.ч. только хирургическое – 7577 (47%), только лучевой – 3290 (20,4%),

только лекарственное – 772 (4,8%), комбинированное или комплексное – 4085 (27,0%), химио-лучевое – 124 (0,8%).

Передача базы данных в Москву для формирования Государственного ракового регистра осуществляется.

С 2011 г. возникли трудности с формированием реальной величины выживших контингентов онкологических больных, т.к. мы лишены возможности получать персональные сведения на лиц, умерших от злокачественных новообразований, в органах ЗАГС, что, естественно, чревато недостоверностью получаемых показателей смертности, годичной летальности и пятилетней выживаемости.

В области осуществляется программа по реализации в 2013 – 2018 годах в рамках Концепции демографической политики РФ на период до 2025 года, которая предусматривает создание эффективной системы профилактики, диагностики и лечения онкологических больных, уменьшение негативных медицинских и социальных последствий роста онкологических заболеваний, оптимизация мероприятий по раннему выявлению рака, создание условий для внедрения новых технологий в хирургические, лучевые и лекарственные методы лечения, подготовка и укомплектование кадрами к 2018 г. врачами до 90%, средними медработниками до 95%.

Реализация мероприятий программы в перспективе позволит увеличить число больных, выявленных на ранних стадиях до 55%, снизить смертность на первом году жизни с момента установления диагноза до 25%, выявлять не менее 20% впервые заболевших онкобольных активно, снизить выявляемость запущенных форм злокачественных новообразований до 20 % и менее, снижать ежегодно смертность на 1% и довести пятилетнюю выживаемость онкологических больных до 55%.

Выполнение этих задач возможно только при исключительной заинтересованности и поддержке областного и федерального правительств их внимание к этой проблеме как исключительно социально значимой.

КАЛИНИНГРАДСКАЯ ОБЛАСТЬ



РАЗДЕЛ VII

ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА КАЛИНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

*К.И. Поляков, С.В. Коренев, А.Б. Кутлумуратов,
И.З. Вайсбейн, М.С. Попов, Е.Ф. Шагимуратова*

*Областной онкологический диспансер в структуре
ГБУЗ «Калининградская областная клиническая больница»*

*236016 г. Калининград, ул. Клиническая, 74
Тел. 8(4012) 578-558; 592-912; 592-913, Факс 8(4012) 578-412
Эл. почта: info@kokb.ru*

SECTION VII

Oncology Service of Kaliningrad Region

*K.I. Polyakov, S.V. Korenev, A.B. Kutlumuratov,
I.Z. Vaysbeyn, M.S. Popov, E.F. Shagimuratova*

Датой организации специализированной онкологической службы в Калининградской области можно считать 1 апреля 1951 года, когда на базе Ленинградской районной больницы Калининграда был впервые организован областной онкологический диспансер. Одновременно были открыты онкологические отделения в больницах городов Советск и Черняховск. Как отдельное медицинское учреждение онкологический диспансер области основан в 1956 году.

В этом качестве диспансер просуществовал до середины 2009 года. Официально до июля 2009 года считалось, что в Калининградской области онкологическая помощь оказывается онкологическим диспансером. В действительности же поток больных ЗНО к началу нынешнего века сильно возрос, ресурсов же диспансера на их обслуживание катастрофически не хватало.

Учитывая кадровые, материально-технические и организационные ресурсы Областной клинической больницы Калининграда, региональное Правитель-

April 1, 1951 can be considered the date of organization of a specialized oncology service in the Kaliningrad Region, since the first regional oncology center at the Leningrad Regional Hospital of the city of Kaliningrad was established then. Simultaneously, oncology departments in hospitals of the towns of Sovetsk and Chernyakhovsk were established. As a separate medical institution, the regional oncology center was founded in 1956.

As such, the dispensary existed until mid-2009. It was formally considered before July 2009 that cancer care in the Kaliningrad region is provided by the oncology dispensary. In fact, the flow of cancer patients by the beginning of this century has increased dramatically resulting in the lack of care resources of the dispensary.

Having taken into account the human, logistical and organizational resources of the Regional Hospital of the city of Kaliningrad, the Regional Government, by Decree No. 284 (dated May 8, 2009), charged it with providing specialized

ство Постановлением №284 (от 8 мая 2009 г.) возложило на нее основную функцию оказания специализированной онкологической помощи населению области. В июле 2009 года Приказом №354 регионального Минздрава от 23.07.09. «Об организации специализированной онкологической помощи населению Калининградской области в ГБУЗ “Калининградская областная клиническая больница”» осуществлена реорганизация ОКБ в форме присоединения ГСУЗ «Калининградский областной онкологический диспансер».

И, начиная с конца 2009 года, онкологическая служба области набирает во многих отношениях уникальный опыт, специальный анализ и обобщение которого еще только начались.

Население Калининградской области составляет 9507845 человек (2012). Ежегодно регистрируется более 3200 (3232-2013 г.) новых случаев злокачественных новообразований и около 2000 (1964-2013 г.) умерших от этой причины.

cancer care to the population of the region. In July 2009, by Order of the regional Ministry of Health dated July 23, 2009 No. 354 «On the organization of specialized cancer care to the population of the Kaliningrad region in the State Budget Health Institution «Regional Hospital of the City of Kaliningrad», the regional hospital was reorganized by absorption of the State Budget Health Institution «Kaliningrad Regional Cancer dispensary».

Thus, since the end of 2009, the regional oncology service has been acquiring unique experience, the special analysis and generalization of which has just begun.

The population of the Kaliningrad region is 9,507.845 people (as of 2012). Each year more than 3,200 (2012-2013) new cases of malignant tumors and about 2,000 (1964-2013) associated deaths are registered.



Онкологический диспансер Калининградской области (г. Калининград, ул. подполковника Иванникова, 7)



*Областная клиническая больница Калининградской области
(ул. Клиническая, 74)*

Датой организации специализированной онкологической службы (ОС) в Калининградской области (КО) можно считать 1 апреля 1951 года, когда на базе Ленинградской районной больницы Калининграда был впервые организован областной онкологический диспансер. Одновременно были открыты онкологические отделения в больницах городов Советск и Черняховск. Как отдельное медицинское учреждение онкологический диспансер области основан в 1956 году.



*Константин Иванович
Поляков*

В этом качестве диспансер просуществовал до середины 2009 года. По традиции, сложившейся за советский период истории России, специализированная медицинская помощь при ЗНО оказывается главным образом онкологическим диспансерами. Официально до июля 2009 года считалось, что в КО онкологическая помощь оказывается онкологическим диспансером. В действительности же поток больных ЗНО к началу нынешнего века сильно возрос, ресурсов же диспансера на их обслуживание катастрофически не хватало. Фактически существенный объем специализированной помощи взрослым онкологическим больным оказывали в области ОКБ, центральная городская больница и больница скорой медицинской помощи. Дети с онкологическими заболеваниями проходили лечение в Калининградской детской областной больнице (это положение в детской онкологии сохраняется в регионе поныне). Иными словами, специализированная онкологическая помощь населению к этому време-

ни была фактически децентрализована, что на практике создавало для пациентов и врачей трудности. Они были связаны, в частности, с административной, организационной и экономической сторонами деятельностью учреждений здравоохранения, на которые наложили свой отпечаток новые социально-экономические условия. Это привело к тому, что реальная доступность для населения этого вида помощи значительно снизилась, что сказалось на выявляемости и высокой запущенности ЗНО при первичном выявлении.

Все это и заставило Минздрав области пойти на серьезные организационные изменения ОС. И после тщательного изучения самых разных вариантов дальнейшего развития ОС области выход из создавшегося положения Минздрав области увидел в Приказе Минздравсоцразвития РФ №633 от 13.10.2005 г. [15], который предусматривает возможность организации оказания централизованной специализированной помощи как в онкологическом диспансере, так и других учреждениях здравоохранения субъектов РФ, в частности - областных больницах.

Учитывая кадровые, материально-технические и организационные ресурсы ОКБ, региональное Правительство Постановлением №284 (от 8 мая 2009 г.) возложило на нее основную функцию оказания специализированной онкологической помощи населению области [14]. В июле



М.С. Попов

2009 года Приказом №354 регионального Минздрава от 23.07.09. [16] «Об организации специализированной онкологической помощи населению Калининградской области в ГБУЗ «Калининградская областная клиническая больница»» осуществлена реорганизация ОКБ в форме присоединения ГСУЗ «Калининградский областной онкологический диспансер».

Попов, руководитель онкологической службы Калининградской областной клинической больницы (ОКБ), врач высшей квалификационной категории. Родился в 1958 г.р. в Калининградской области. Имеет две специальности – торакального хирурга и онколога. Трудовую деятельность начал в качестве врача-интерна хирурга торакального отделения областного онкологического диспансера в 1982 году. В 1983 по 1988гг - хирург этого отделения. С 1988 года – торакальный хирург ГБУЗ «Областная клиническая больница Калининградской области». С 2000 года врач-онколог ОКБ по совместительству. С октября 2009 года в



Игорь Зиновьевич Вайсбейн

связи с присоединением к ОКБ онкологического диспансера - руководитель онкологической службы. Практикующий торакальный хирург-онколог единственного в области торакального хирургического отделения, владеет всеми оперативными



Сергей Владимирович Коренев

методиками лечения специфических и неспецифических заболеваний легких, пищевода, диафрагмы, молочной железы, видеоэндоскопических и пластических операций. Стажировался в Онкологическом научном центре (г. Москва), Институте хирургии им. А.В. Вишневского (г. Москва), в Медицинском радиологическом научном центре РАМН (г. Обнинск), клинике торакальной и сосудистой хирургии (г. Ганновер, Германия), Клинике Мейо (г. Ротчестер, США). Главная задача как организатора онкологической службы – решение вопросов оптимального взаимодействия и преемственности между муниципальными лечебно-профилактическими учреждениями и ОКБ в сфере оказания первичного и специализированного онкологического обслуживания населения региона. Практически к концу

2009 года

Консультативная поликлиника ОКБ перешла на обслуживание онкологических больных области. К концу 2009 года поток онкологических больных был уже полностью охвачен службами ОКБ. Онкологическую службу ОКБ возглавил врач высшей категории М.С. Попов. Главный онколог Минздрава Калининградской области - доктор медицинских наук, профессор С.В. Коренев.

Таким образом, начиная с конца 2009 года, ОС области набирает во многих отношениях уникальный опыт, специальный анализ и обобщение которого еще только начались.

Основные этапы развития специализированной онкологической службы в регионе и ее современная конфигурация

Областная клиническая больница является одним из старейших медицинских учреждений региона — ровесником Калининградской области. Основана в 1946г.

Разместилась она тогда в здании бывшей больницы милосердия Кёнигсберга.

Сегодня ГБУЗ «Областная клиническая больница Калининградской области» оказывает специализированную и высокотехнологичную медицинскую помощь населению всей области. В больнице работают 319 врачей более 30-ти медицинских специальностей. 170 врачей имеют высшую квалификационную категорию, в коллективе 25 кандидатов и 2 доктора медицинских наук, 23 врачам присвоено звание «Заслуженный врач Российской Федерации». ОКБ включает многопрофильный стационар, поликлинику, мощную диагностическую и лабораторную

базу, используются самые современные медицинские технологии и методики лечения. В последние годы активно идет обновление лечебного и диагностического оборудования по областным и федеральным программам. Больница является основной клинической базой Медицинского института Балтийского федерального университета им. Канта. Все это дает возможность оказывать в больнице многопрофильную медицинскую помощь на высоком современном уровне. Главный врач ОКБ К.И. Поляков, зам. главного врача по медицинской части И.З. Вайсбейн.

Онкологическое подразделение ОКБ ныне включает:

кабинеты консультативного приема специалистов-онкологов (онколога-хирурга, онколога-гинеколога, онколога-отоларинголога, онколога-химиотерапевта, онколога-радиолога);

отделения диспансера располагаются в двух корпусах, разделенных территориально. В здании по адресу: ул. Подполковника Иванникова, 7, размещены круглосуточные стационары:

- радиологическое отделение на 45 коек (заведующий В.И. Худяков),
- химиотерапевтическое отделение на 55 коек (заведующий А.И. Ермаков),
- онкологическое отделение на 10 коек;

специализированные хирургические отделения предназначены для осуществления специализированного, в том числе высокотехнологичного, хирургического противоопухолевого лечения (всего 105 коек):

- в отделении торакальной хирургии 30 коек (в т.ч. 15 маммологических),
- в отделении урологии 32 коек (в т.ч. 25 гинекологических),
- в отделении колонопроктологии 12 коек,
- в хирургическом отделении 15 коек,
- в отделении отоларингологии 5 коек,
- в отделении нейрохирургии 3 койки,

в отделении челюстно-лицевой хирургии 5 койки,

в отделении гастроэнтерологии 1 койка,

в отделении пульмонологии 1 койки,

в отделении неврологии 1 койка;

дневной стационар - 28 коек (18 радиологических, 10 – онкохимио-терапевтических).



Т.А. Саврасова

Консультативно-диагностическая поликлиника. Заведует Консультативно-диагностической поликлиникой (КДП). Татьяна Александровна Саврасова - заслуженный врач РФ, главный специалист МЗ области по амбулаторно-поликлинической помощи, врач высшей категории. Прием ведут 2 спе-

циалиста гинеколога, один лор-врач, два химиотерапевта, один радиолог, шесть хирургов-онкологов, из которых один кандидат медицинских наук, и один – доктор медицинских наук. Средний медицинский персонал – 8 человек. Посещений

в одну смену 400-450. Химиотерапевт и радиолог обязательно принимают участие в онкологическом консилиуме, который работает 3 раза в неделю. Загруженность врачей на приеме онкологических больных в КДП за 2013 год (число посещений онкологическими больными на врачей только онкологического профиля) составило 73237 посещений при нормативном плане 48550 (перевыполнение на 51%).



Коллектив онкологической службы поликлиники.

Врачи КДП ОКБ: **В.Д. Терехова** (врач онколог-химиотерапевт, категория высшая, кандидат медицинских наук), **О.И. Мельникова** (врач-онколог высшей категории), **В.Н. Полончук** (врач-онколог, высшей категории), **В.В. Порозинский** (врач онколог-гинеколог первой категории), **В.М. Кривошеев** (врач онколог-гинеколог, высшей категории), **И.В. Шпилев** (врач-онколог второй категории), **А.В. Липко** (врач-онколог второй категории), **А.Е. Белоусова** (врач лор-онколог).



Ермаков Александр Евгеньевич

Старшая медсестра КДП **Г.А. Гололоб**, (высшей категории, отличник здравоохранения), **Л.Х. Попова** врач-радиолог высшей категории, **Ю.В. Виноградова**, врач-онколог первой категории, **А.Б. Путинцев**, врач-онколог.

Отделение химиотерапии. Персонал отделения: 4 врача, включая заведующего отделением, 8 медицинских сестер, младший медперсонал. Заведующий отделением — **А.Е. Ермаков**, главный специалист МЗ области по химиотерапии, врач-онколог высшей категории. Врачи отделения: **В.А. Кропп**, **Г.Н. Нараленкова**, **Н.А. Евстратова**. Врачи и медицинские сестры являются высококвалифицированными специалистами, с большим опытом работы в отделении, имеют высшие и первые категории.

Из специального оборудования в отделении имеются инфузоматы для длительных инфузий цитостатиков, шприцевые насосы, ламинарные шкафы в процедурных кабинетах. Палаты дневного стационара оборудованы креслами с регулировкой положения для удобства пациентов.

В отделении постоянно внедряются новые препараты и новые методики лечения онкологических заболеваний.

Химиотерапевтическая служба начала формироваться в области с 1978 г. У истоков становления химиотерапевтической службы в области стояла к.м.н. **В. Д. Терехова**. В 1978 году она прибыла в Калининград из Москвы, где работала в ведущем онкоцентре страны - РОНЦ РАМН СССР, и была принята на работу в областной онкологический диспансер. Имея специализацию по химиотерапии, занялась организацией службы. В.Д. Терехова по сей день работает врачом-химиотерапевтом в областной КДП. В июне 1990 года на базе 5 городской больницы было открыто отделение химиотерапии на 41 койку. В 1996 году отделение химиотерапии переехало в 6 городскую больницу, где помимо круглосуточного стационара был организован дневной стационар. С сентября 2009 года областной онкодиспансер включен в структуру областной клинической больницы и химиотерапевтическое отделение стало одним из подразделений ОКБ.



*Валентина Дмитриевна
Терехова*

Отделение химиотерапии расположено в корпусе на ул. Иванникова, 7. В составе отделения 35 коек круглосуточного стационара и 30 коек дневного стационара.



В.И. Худяков

Из специального оборудования в отделении имеются инфузоматы для длительных инфузий цитостатиков, шприцевые насосы, ламинарные шкафы в процедурных кабинетах. Палаты дневного стационара оборудованы креслами с регулировкой положения для удобства пациентов.

В отделении постоянно внедряются новые препараты и новые методики лечения онкологических заболеваний. Вопрос о плановой госпитализации больных решается онкоконсилиумом ОКБ или врачом-химиотерапевтом консультативно-диагностической поликлиники ОКБ после обследования врачом-онкологом поликлиники ОКБ.

Радиологическое отделение работает в области с 1956 года. В состав отделения входит кабинет дистанционной гамма-терапии с аппаратом «АГАТ-С» с закрытым радиоактивным источником кобальт-60, активностью 178 ТБк;

радиологическая палата для контактной гамма-терапии злокачественных опухолей женской половой системы методом ручного последовательного введения эндостатов и источников ионизирующего излучения (закрытые радиоактивные источники - кобальт-60, активностью 375 МБк каждый), общее количество — 20 штук кабинет короткодистанционной рентгенотерапии для лечения различных новообразований кожи и слизистых с аппаратом «Рентген-ТА-02».

Радиологическое отделение на 30 коек работает 365 дней в году. В среднем в год пролечивается более 800 больных, в стационаре - 350-400 человек. Средний срок пребывания больных в стационаре составляет 45 койко-дней.

В отделении радиологии работает высококвалифицированный персонал. Заве-



дующий отделением — **Владимир Иванович Худяков**.

Врачи-радиологи прошли обучение на центральных базах и имеют сертификаты специалистов. Средний медперсонал в основном имеет высшую категорию. Инженер-дозиметрист рассчитывает время лечения и дозу на каждого больного, который получает лучевую терапию. Вместе с заведующим в отделении работают еще три врача-радиолога: Елена Борисовна Мартынова, врач-радиолог второй категории (снимок слева), Лина Владимировна Журавель, врач-радиолог второй категории (снимок в центре), Евгений Вячеславович Трофимов, врач-радиолог второй категории (справа).

Патологоанатомическое отделение. Патологоанатомическая служба ведет свое начало с первых лет существования областной больницы. В 1949 г. было создано патологоанатомическое отделение во главе с врачом Максимовой. Отделение окончательно оформилось при В.В. Филиппове. Кандидат медицинских наук, талантливый врач, прекрасный организатор, в 1954 г. он возглавил ОКБ. С 1973 по 1998 г. отделение и патологоанатомическую службу области возглавляла Л.И. Пупыкина. С 1998 г. по 2013 г. отделением заведовал Ю.Б. Васильев. В настоящее время отделением руководит **В.Г. Ермаков**. За последние годы отделение приобрело современные микро-



Владимир Георгиевич Ермаков

скопы, тканевые процессоры, позволившие улучшить качество исследуемого материала. В отделении работают 5 врачей, 8 медицинских сестер.



Коллектив отделения патологоанатомии

Централизованная цитологическая лаборатория. Заведует лабораторией В.В. Сапрыкина, врач высшей категории. ЦЦЛ была организована в 1978 г. в Калининградском областном онкологическом диспансере на основании приказа № 1253 от 30.12.1976. «О мерах по улучшению цитологической диагностики злокачественных новообразований». В сентябре 2009 года при реорганизации областного онкологического диспансера лаборатория вошла в состав лабораторного отдела Калининградской областной клинической больницы, а с октября 2011 года стала самостоятельной лабораторией. Лаборатория проводит цитологический скрининг мазков шейки матки и цервикального канала у женщин по раннему выявлению рака и предраковых изменений шейки матки. Обслуживает 18 районов области. Выполняет диагностические исследования материала из поликлиники и стационара:

- пунктаты различных органов;
- эксфолиативная цитология;
- цитологическое исследование жидкостей из серозных полостей;
- итраоперационная срочная диагностика;
- исследование эндоскопического материала.

Лаборатория является консультативно-методическим центром по правильному забору и цитологической диагностике цитологических препаратов из других учреждений. Оснащена двумя микроскопами «ZEISS», одним микроскопом «LEIKA», «МИКМЕД», центрифугой «ELMI», компьютерами. Штаты лаборатории представлены пятью врачами, двумя фельдшерами-лаборантами, одной санитаркой. Все врачи имеют высшую квалификационную категорию, один лаборант - высшую, один - вторую квалификационную категорию. Количество исследований за год составляет около 50000.

Стационарная хирургическая помощь. Для оказания стационарной хирургической помощи онкологическим больным в ОКБ работают 21 хирургов-онкологов,



*Коллектив цитологической лаборатории.
В центре - Валентина Владимировна Сапрыкина*

4 химиотерапевта-онколога и 4 радиолога-онколога. Операционный блок включает 5 операционных (в поликлинике для амбулаторных операций- 1, в стационаре -4); количество всех операций в 2012 году – 9941, амбулаторных – 4544; количество оперированных онкологических больных в 2012 году по больнице 1345. Реанимационных коек 12. Трижды в неделю работает онкоконсилиум.



Александр Львович Шор

Хирургическим отделением ОКБ, которым в настоящее время заведует заслуженный врач РФ, кандидат медицинских наук, хирург высшей категории **А.Л. Шор** было образовано в ноябре 1946 года. В то время на его базе оперировали пациентов практически с любой хирургической патологией. Работавшие в то время хирурги владели широким диапазоном оперативных вмешательств. Это были профессора Н.Н. Назаров, А.Я. Ясногородский, А.Н. Гостев. В этот период в больнице начали работать такие хирурги и организаторы хирургической службы, как М.Б. Дрибинский М.Б., Л.М. Шор, Г.С. Кемтер.

Служба развивалась, и в дальнейшем из хирургического отделения выделились профильные узкоспециализированные отделения. Ныне лечение больных ЗНО поводится в различных профильных хирургических отделениях ОКБ. В частности, наибольший объем проводимых лечений приходится на торакальное (заведующий **В.Г. Руд-**

ковский), урологическое (заведующий В.А. Попов), нейрохирургическое (заведующий Д.Б. Краснов), оториноларингологическое (заведующий А.А. Драй) отделения и отделение челюстно-лицевой хирургии (заведующий А.В. Чекин).



Коллектив хирургического отделения

В структуру отдела клинично-экспертной и организационно-методической работы ОКБ (руководитель отдела Е.Ф. Шагимуратова) входит отделение статистики (заведующий отделением О.А. Ашурова), в состав которого входит Популяционный раковый регистр (ПРР), и методический кабинет ОС ОКБ (А.Б. Кутлумуратов).

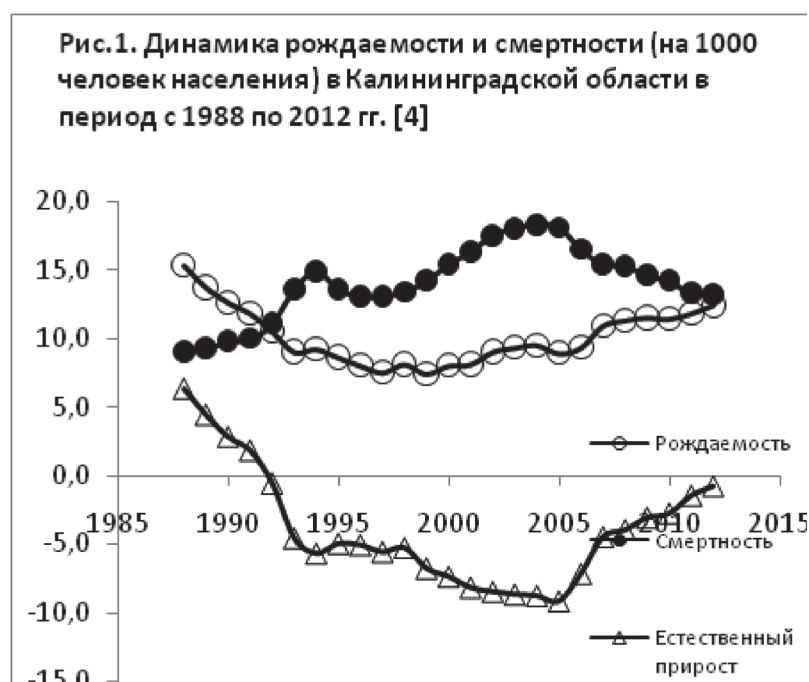


Сотрудники отдела клинично-экспертной и организационной работы ОКБ. В центре – Елена Федоровна Шагимуратова



Сотрудники отдела клинико-экспертной и организационной работы ОКБ. Справа на переднем плане заведующая отделением статистики О.А. Ашурова

II. Основные демографические показатели региона



Демографическая ситуация в области сходна с таковой по РФ в целом. К началу 2012 г. показатель рождаемости в регионе восстановился до уровня 1990 г. минувшего века [4] (рис.1), составив в 2012 г. 46,7 на 1000 женщин фертильного возраста. Число аборт на 1000 женщин фертильного возраста составило 28,7. Смертность несколько снизилась после резкого подъема в середине 90-х и начале 2000-х гг., составив в 2012 г. 574,4 на 100000 населения

трудоспособного возраста. Однако естественный прирост населения области все еще отрицателен (убыль), хотя он и приблизился вплотную к нулевому значению: в 2012 г. естественная убыль населения составила -0,8.

Таблица 1

Распределение населения Калининградской области по основным возрастным группам на начало года в период с 1959 по 2012 гг. [4]

Годы	Доля населения в основных возрастных группах на начало года		
	моложе трудоспособного возраста (0-15 лет)	трудоспособный возраст (мужчины 16-59 и женщины 16-54 лет)	старше трудоспособного возраста (мужчины 60 лет и старше, женщины 55 лет и старше)
1959	33,7	60,1	6,2
1979	23,3	65,6	11,1
1989	23,4	59,8	16,8
1994	22,5	58,9	18,6
1995	22,2	59,1	18,7
1996	21,7	59,4	18,9
1997	21,1	59,6	19,3
1998	20,6	60,0	19,4
1999	20,0	60,6	19,4
2000	19,2	61,5	19,3
2001	18,4	62,3	19,3
2002	17,8	62,8	19,4
2003	17,1	63,5	19,4
2004	16,4	64,2	19,4
2005	15,8	64,6	19,6
2006	15,3	64,9	19,8
2007	14,9	64,9	20,2
2008	14,8	64,6	20,6
2009	14,8	64,3	20,9
2010	15,0	63,6	21,4
2011	15,5	62,4	22,1
2012	15,7	61,7	22,6

Позитивным моментом в демографии региона является то, что к 2012г. приостановилось снижение доли населения в возрастной группе моложе трудоспособного и даже наметилась тенденция к росту этого показателя (табл. 1).

Постарение населения области носит устойчивый характер: доля населения в возрастной группе старше трудоспособного возраста к началу 2012 года составила 22,6%, и рост этого показателя, видимо, продолжится. Разумеется, сам по себе этот факт можно связывать с ростом продолжительности жизни населения региона и расценивать как свидетельство улучшения качества жизни населения в целом. Но вместе с тем тенденция к постарению означает и рост бремени здравоохранения, связанного с болезнями пожилого возраста - сердечнососудистыми, цереброваскулярными и ЗНО, что необходимо учитывать при аналитической оценке данных статистики, в том числе – онкологической [10]. Если наметившаяся тенден-

ция к росту рождаемости в области в последующие годы сохранится, то в перспективе можно ожидать некоторое замедление постарения населения. Но оно едва ли уже сможет снизить бремена цереброваскулярных, кардиоваскулярных болезней и ЗНО на здравоохранение.

Таблица 2

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении по Калининградской области в 1990-2011 гг. [4]

Годы	Доля населения по основным возрастным группам на начало года			Различие в ОПЖ
	Оба пола	Мужчины	Женщины	
1990	68,66	63,73	73,24	-9,51
1991	68,54	63,33	73,46	-10,13
1992	67,15	61,84	72,44	-10,60
1993	64,22	58,31	70,71	-12,40
1994	62,91	56,97	69,69	-12,72
1995	64,66	58,78	71,21	-12,43
1996	65,71	59,92	71,90	-11,98
1997	65,89	60,48	71,61	-11,13
1998	65,83	60,44	71,52	-11,08
1999	64,93	59,31	71,03	-11,72
2000	63,57	57,46	70,52	-13,06
2001	63,02	57,22	69,73	-12,51
2002	62,19	56,09	69,36	-13,27
2003	61,35	55,06	68,90	-13,84
2004	61,36	55,19	68,68	-13,49
2005	61,49	54,99	69,26	-14,27
2006	64,13	58,19	70,75	-12,56
2007	65,79	59,86	72,26	-12,40
2008	66,51	60,55	72,84	-12,29
2009	67,67	62,31	73,06	-10,75
2010	68,75	63,26	74,16	-10,90
2011	69,90	64,40	75,30	-10,90
2012	70,12	64,82	75,17	-10,35

К позитивным демографическим сдвигам в области следует отнести и возврат к 2010 г. ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) населения области на момент рождения к уровню 1990 г., а к 2012 году она превысила и этот уровень (табл.2). Важно отметить, что разница в этом показателе между мужским и женским населением также снизилась, практически вернувшись к уровню начала 90-х минувшего века. ОПЖ в области в 2012 г. аналогична средним показателям по России в целом: 70,24 года для населения обоего пола, 64,56 – для мужчин, 75,86 – для женщин. Есть серьезные перспективы дальнейшего роста ОПЖ населения региона, особенно - мужского населения, которое по этому показателю сильно отстает от женского, но темп роста его выше, чем у женщин.

ЗНО в структуре смертности населения области в последнее десятилетие делят второе-третье места с травмами и несчастными случаями. Но в последние годы смертность от травм в области имеет тенденцию к снижению. Перспективы для профилактики смертности от травм также хорошие. Этого нельзя сказать о сердечнососудистых заболеваниях, идущих на первом месте с заметным опережением, что обусловлено главным образом постарением населения.

Таблица 3

Доля смертей в трудоспособном возрасте от ЗНО в КО в 2012г.

Локализации ЗНО	15-59 лет	60 лет и старше
Все ЗНО (оба пола)	36,32	52,45
ЗНО молочной железы	39,06	60,94
Гинекологические ЗНО	46,54	53,46

Этого нельзя сказать и о ЗНО. В КО, по данным ПРР, более трети больных, умирающих от ЗНО, составляют лица трудоспособного возраста, что свидетельствует о социальной значимости для КО проблем ЗНО в целом (табл.3). Серьезные потери в трудоспособном возрасте регион несет от гинекологических ЗНО: в трудоспособном возрасте умирает почти 2/5 таких больных. Велика доля потерь в трудоспособном возрасте и от рака молочной железы (РМЖ), то есть ЗНО наружной, визуально доступной локализации, составляющая без малого почти половину больных, умирающих от этого заболевания

III. Заболеваемость, смертность, контингенты больных в 2000-2012 гг.

Ежегодная онкологическая статистика свидетельствует, что эффективность оказания населению КО онкологической помощи в 2010-2013 гг. заметно выросла. В основном, как это показывают ежегодные анализы отчетных данных ОС (см. ниже), этому способствовало улучшение онкологической помощи на уровне специализированного обслуживания населения. В то же время анализ данных статистики показывает, что сохраняющиеся проблемы, тормозящие дальнейший рост эффективности онкологической помощи в КО, связаны теперь главным образом сложным положением лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) первичного звена здравоохранения [2]. Именно они в целом и определяют в области уровень первичной выявляемости (заболеваемости) ЗНО, в том числе – ЗНО ранних стадий. Поэтому основным показателем характеризующим эффективность ЛПУ деятельности первичного звена ОС является показатель заболеваемости, рост которого должен обеспечиваться ростом доли первично выявленных ЗНО ранних стадий и снижением доли ЗНО в запущенных стадиях. Ухудшение доврачебной (фельдшерско-акушерской) помощи в КО, сохраняющей свое значение для жителей села (ныне примерно 22% от общей численности населения области), также определяется во многом ослаблением работы в ЛПУ первичного звена.

Сложное положение ЛПУ первичного звена характерно для здравоохранения всех регионов современной России [2]. Тем не менее, в КО решать эти проблемы относительно легче - уже в силу компактности территории региона. Последнее можно рассматривать как фактор, облегчающий обеспечение доступности специализированной помощи для всего его населения. Компактность проживания облегчает задачу формирования потока больных онкологического профиля, направляемого для оказания специальной помощи, поскольку в структуре обращающегося за первичной врачебной помощью контингента лучше представлены все социальные слои населения. Компактность проживания облегчает и проведение скрининга – главного элемента практики ранней диагностики рака и адресной профилактики, которая во многом и выражает реальную доступность первичной и специализированной онкологической помощи населению.

Давно известно, что эффективность специализированной помощи больным ЗНО определяется временными рамками ее оказания, которые в свою очередь зависят от рациональной организации поэтапного обследования больных [11]. Соблюдение этих рамок обеспечивается кадровой, материально-технической и организационной мощностью первичного и диспансерного звена ОС. Ситуация с ее доступностью в КО осложнена тем, что во многих ЛПУ первичного звена в последние два десятилетия произошло «вымывание» специалистов основных профилей, большинство которых скопилось в крупных городах и областном центре. С одной стороны это облегчило развитие специализированных видов помощи, высоких технологий. Но с другой стороны это ослабило первичное звено здравоохранения, которое в основном и структурирует поток больных, направляемый на специализированное лечение. Характерно, что кардиологи и неврологи по-прежнему востребованы во многих районных поликлиниках, и в штатном расписании им обычно отводят полные ставки. Но этого нельзя сказать в отношении онкологов, хотя, как было отмечено выше, смертность от ЗНО в области, как и по всей России, стойко держится в первой двойке-тройке причин смертности, все больше претендуя на окончательное завоевание второй позиции. Наряду с кардионеврологическими причинами смертности на уровень ОПЖ в регионе значительно влияет смертность от ЗНО. Напомним, что при этом, на трудоспособный возраст и молодежь приходится чуть менее половины смертей от ЗНО (см. табл.1 выше).

Таблица 4

Динамика ИП заболеваемости ЗНО, смертности и контингента больных ЗНО (на 100000 соответствующего населения) в Калининградской области в 2000-2012гг. (данные популяционного ракового регистра ОКБ Калининградской области)

Годы	Заболеваемость ЗНО	Смертность при ЗНО	Контингент больных ЗНО
2000	268,8	196,8	1367,8
2001	288,3	193,7	1415,4
2002	353,6	210,1	1513,8
2003	321,6	211,6	1602,9
2004	281,8	160,4	1660,9
2005	366,4	152,7	1819,5

Годы	Заболеваемость ЗНО	Смертность при ЗНО	Контингент больных ЗНО
2006	306,8	163,5	1934,0
2007	311,5	171,0	1937,7
2008	298,9	167,9	2009,3
2009	357,0	172,9	2033,4
2010	360,8	189,3	2118,9
2011	365,5	199,5	2210,6
2012	355,9	165,7	2236,8
2013	336,8	153,3	2338,1

В таблице 4 дана динамика интенсивных (грубых) показателей (ИП) общей онкологической заболеваемости, смертности и контингента в КО за период 2000-2012 гг. До 2009 г. ИП заболеваемости из года в год сильно варьировала около значения 300,0 на 100000 населения. При этом в интервале 2006-2008 гг. отмечается «обвал» этого показателя. Обращает на себя внимание «скачок» ИП заболеваемости в 2009 г., после чего в 2010-2011 гг. следует ее плавный рост, а в 2012-2013 гг. - плавное снижение с удержанием на уровне, близком к 350,0 на 100000 населения. То есть в течение 2009-2013 гг произошла некоторая стабилизация уровня выявляемости ЗНО, реально возрос поток первичного обращения населения за специализированной онкологической медицинской помощью, которая стала, таким образом, более доступной для населения КО, чем до 2009 г.

Таблица 5

Годы	Число больных, состоящих на учете на конец отчетного года	Число больных, состоящих на учете с момента установления диагноза ЗНО 5 лет и более		
		Абс. число	% к состоящим на учете на конец года в КО	% к состоящим на учете на конец года в РФ
2005	17191	13146	76,47	50,4
2006	17238	11629	67,46	50,4
2007	18164	10196	56,13	50,8
2008	18835	10876	57,74	50,4
2009	19060	10961	57,51	50,7
2010	19381	11172	57,64	51,0
2011	20862	11766	56,40	51,3
2012	21183	12098	57,11	51,1
2013	22430	12759	56,88	-

Смертность от ЗНО в области за 2009-2014 гг. не увеличилась, число состоящих на учете больных с онкологическими диагнозами (контингент) на фоне выросшей выявляемости ЗНО продолжает неуклонно расти. Следует отметить, что имеется заметная разница между данными по смертности МИАЦ и данными по этому показателю ПРР. Это связано с тем, что в базу данных ПРР заносятся только случаи выявления рака, документально подтвержденные врачом, установившим диагноз, в том числе это относится и к случаям посмертного диагноза ЗНО. К сожалению,

определенная доля случаев посмертного установления диагноза ЗНО не имеет такого подтверждения. Это – одна из основных проблем качества ПРР на текущий момент, объясняемая отчасти значительным снижением числа посмертного секционного исследования умерших лиц.

Обращает на себя внимание высокий показатель состоящих на учете 5 лет и более в начале 2000-х гг. и крутое падение его к 2008 г. с дальнейшей стабилизацией (табл.5). Доля больных, состоящих на учете 5 лет и более, в последние годы не уменьшается, и даже остается несколько более высокой, чем в целом по России. Ведущую тройку проживших 5 и более лет в КО составили в 2013 г. больные ЗНО молочной железы (2720 человек, или 63,33% от всех состоящих на учете к концу отчетного года), раком шейки (1014, или 72,17%) и тела матки (982, или 66,49%). Эти показатели заметно выше, чем по России в 2012 году (соответственно 57,9%, 65,4% и 60,0%).

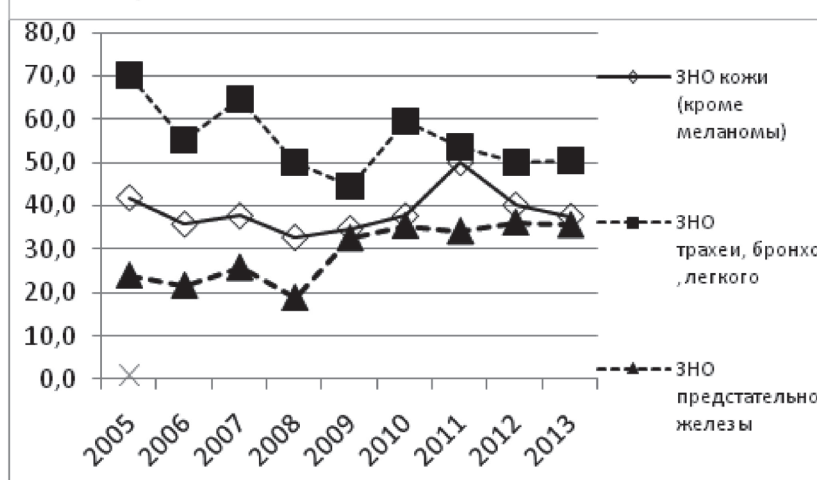
Таблица 6.

Динамика выявляемости ЗНО наиболее частых локализаций по КО

Локализация ЗНО	ИП ЗНО на 100000 населения						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Оба пола							
кожа (кроме меланомы)	46,51	40,75	47,57	43,41	58,46	49,43	46,61
трахея, бронхи, легкие	38,08	28,59	25,7	36,18	33,36	28,39	29,41
желудок	29,02	24,11	27,30	28,73	25,63	25,03	22,84
ободочная кишка	20,27	16,43	23,25	20,00	21,18	21,87	21,48
прямая кишка, ректосигмоидное соединение, анус	13,66	17,18	19,41	18,83	18,43	17,88	18,25
лимфатическая и кровеносная ткани	17,28	15,79	14,40	17,77	19,70	17,04	11,37
Мужчины							
трахея, бронхи, легкие	64,66	50,25	44,60	59,40	53,73	50,01	50,47
кожа (кроме меланомы)	37,76	32,82	34,87	37,72	49,91	40,18	37,63
предстательная железа	25,77	18,79	32,60	35,46	34,17	36,17	35,64
желудок	30,97	29,65	25,81	33,20	32,37	27,24	29,66
мочевой пузырь	15,15	16,30	16,53	19,88	17,09	21,43	18,60
ободочная кишка	20,12	13,13	15,85	15,81	18,88	18,53	22,80
Женщины							
молочной железы	72,72	65,98	71,58	76,24	82,69	90,47	92,66
кожа (кроме меланомы)	54,34	47,82	58,88	48,48	66,07	57,66	54,61
ободочная кишка	20,40	19,37	29,84	23,74	23,22	24,85	20,31
шейки матки	21,41	20,38	33,07	26,55	20,22	23,26	20,50
желудок	27,27	19,17	28,63	24,74	19,62	23,06	16,76
тело матки	18,99	23,41	25,20	28,97	25,43	22,86	28,78

Если говорить о заболеваемости отдельными формами локализации ЗНО, что обращает на себя внимание «всплеск» выявляемости рака кожи в 2011 г., который является наиболее частой для населения региона в целом формой ЗНО (табл.6, рис.2). Следует, правда отметить, что ЗНО молочной железы при расчете на оба пола

Рис.2. Динамика заболеваемости мужчин тремя, наиболее частыми в Калининградской области, ЗНО в 2005-2013гг.

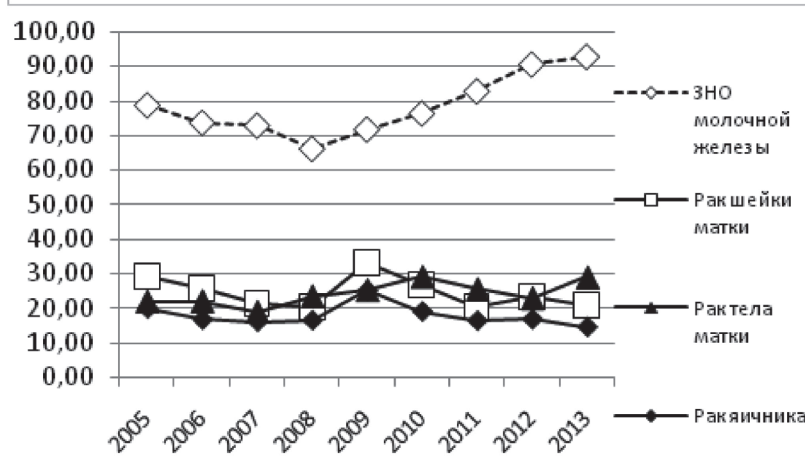


является в действительности наиболее частой. Но здесь мы рассматриваем РМЖ главным образом как заболевание женского населения ввиду редкости этой формы ЗНО у мужчин области (в 2013 г. выявлено максимальное число заболеваний им мужчин – 7 случаев). Рак же кожи у каждого пола в отдельности занимает второе место, что само по себе говорит о том, что половой и гендерный факторы не игра-

ют основной причинной роли при этой форме ЗНО. Можно предположить, что общим причинным фактором рака кожи в области является ультрафиолетовое излучение, небезразличное в отношении светлой кожи европейского населения. Следует учесть и повсеместное распространение косметических соляриев, возросший туризм населения на юг России и стран европейского зарубежья. В последние годы возросло стремление жителей области к отдыху летом и на Балтийском побережье, о чем говорит ставшая обычной картина летних выходных дней, когда из-за массового выезда жителей не только г. Калининграда, но и других районов области, на морское побережье, сопровождается пробками на дорожных магистралях в начале и конце дня. К этому следует добавить повышенную вероятность ультрафиолетового повреждения клеток кожи у жителей региона в связи длительно стью дневного времени в летний период в этих широтах. На фоне проблем озонового слоя над Европой это может усилить риск рака кожи.

У мужчин области вторым по частоте является ЗНО трахеи, бронхов и легкого, что обусловлено, очевидно, тем, что привычка к курению сигарет остается одной из серьезных проблем здорового образа жизни. У женщин наиболее частым является ЗНО молочной железы (таблица 6, рис.3), что обусловлено, видимо, как луч-

Рис.3. Динамика заболеваемости женщин ЗНО органов репродуктивной системы в 2005-2013гг. Калининградской области



шей выявляемостью этой формы рака в последние годы, так и распространенностью соответствующих ей основных факторов риска, так или иначе, способствующих стойкому гормональному дисбалансу, на фоне которой растет вероятность ракового перерождения клеток молочной железы.

В 2009-2013 гг. по сравнению с предыдущими годами заметно выросла выявляемость ЗНО простаты у мужчин и молочной железы у женщин (Рис. 2 и 3). При этом по частоте у мужчин рак предстательной железы стоит на третьем месте, что, по-видимому, имеет определенное отношение к возрастной структуре населения, в которой доля лиц старше 50 лет значительна. У женщин на третьем месте рак ободочной кишки, что можно связывать отчасти и с гормональными причинами.

Описанное распределение ранговых мест ЗНО стало результатом заметного перераспределения к 2013 г. уровня заболеваемости ЗНО наиболее частых локализаций относительно такового в 2007 г. У мужчин заболеваемость ЗНО предстательной железы переместилась с четвертого на третье место, ЗНО мочевого пузыря уступило 5-ю позицию ЗНО ободочной кишки. У женщин в последние годы ИП заболеваемости ЗНО ободочной кишки, желудка, шейки и тела матки конкурируют за третье-четвертое места.

Для населения в целом заболеваемость ЗНО почек уступила 6-ю позицию ЗНО лимфатической и кроветворной ткани, в первой тройке ЗНО (кожи, трахеи бронхов и легкого и предстательной железы) изменений не произошло.

Наиболее редки в КО ЗНО губы, ротоглотки, носоглотки, гортаноглотки, полостей носа, среднего уха, придаточных пазух.

IV. Показатели клинической деятельности на этапах первичной и специализированной онкологической помощи в регионе

А. Об основном принципе управления ОС в Калининградской области

Основной принцип, которыми руководствуется ОКБ в управлении ОС, является обеспечение для максимально большей части населения региона доступности и качественного оказания онкологической помощи на всех этапах ее организации.

Говоря о доступности онкологической помощи, мы имеем в виду возможность свободного доступа пациента ко всем видам такой помощи на всех этапах ее оказания и вне зависимости от географических, экономических, социальных, культурных или языковых барьеров. Идеал доступности онкологической помощи - такая ее организация, при которой эти барьеры не могут влиять на качество и своевременность ее оказания всем слоям населения.

В системе оказания онкологической помощи мы выделяем...

1. качество структуры онкологической помощи отражает обеспеченность ее материально-технической базой, численностью и уровнем квалификации медицинского персонала, соответствие стандартам организационно-управленческих технологий и др. составляющими онкологической помощи на всех этапах ее оказания;

2. качество процесса оказания онкологической помощи - возможности постановки верного диагноза, соблюдения норм и стандартов и прочих характеристик организации процесса оказания лечебно-диагностической, профилактической онкологической помощи;

3. качество результата - уровень выявляемости (заболеваемости), запущенности первично выявленных ЗНО, выживаемости больных, сроки ожидания пациентами очереди за получением помощи и т.п. показатели, характеризующие качество реально оказанной помощи.

Оценка качества и доступности онкологической помощи (целевых параметров деятельности ОС) необходима для принятия адекватных управленческих решений, от которых зависит достижение целевых результатов деятельности ОС на каждом этапе ее развития. Адекватностью же принимаемых решений определяется уровень выживаемости онкологических больных на популяционном уровне, ведь именно возможность влиять на популяционную выживаемость определяет в целом качество онкологической помощи на обслуживаемой территории.

Конечный результат деятельности ОС региона характеризуется с одной стороны заболеваемостью (выявляемостью ЗНО), а с другой – смертностью от онкологических причин. Выживаемость онкологических больных на популяционном уровне характеризует способность ОС влиять на продолжительность жизни в обслуживаемой популяции и является важнейшим показателем вообще качества службы. Она напрямую связана с уровнем запущенности онкологического заболевания в момент первичного выявления ЗНО и взятия больного на учет. Причем роль первичного поликлинического звена здравоохранения, в частности - онкологического кабинета, является решающей в решении проблем запущенности первично выявляемых ЗНО. Онкологический кабинет - главное связующее звено между службой специализированной онкологической помощи и населением, и от эффективности ее работы зависят и результаты работы доврачебной медицинской помощи, что особенно важно для жителей села. От него во многом зависит уровень выявляемости (заболеваемости) и запущенности первично выявленных ЗНО, поскольку именно он формирует первичный поток больных онкологического профиля.

Основной путь, ведущий к снижению онкологической смертности - раннее выявление и своевременное лечение ЗНО, что в первую очередь зависит от качества работы поликлинического и доврачебного звеньев здравоохранения в онкологическом секторе, регулируемой онкологическим кабинетом районной поликлиники. Доступность для населения первичной и специализированной помощи начинается с ЛПУ первичной сети.

Б. Состояние онкологической помощи Калининградской области

К концу 2009 года онкологический диспансер области в качестве структурного подразделения ОКБ фактически перестроил свою работу под новые организационные, материально-технические и кадровые условия.

В течение последующих 4-х лет значительно вырос поток первичных больных онкологического профиля в КДП ОКБ (табл. 7). Учитывая, что дальней-

ший рост потока больных этого профиля ожидается и в 2014 году, было решено с 2014 года перевести работу КДП ОКБ на двухсменный режим работы. Это позволит уменьшить длительность ожидания больными очереди на консультативный прием и стало возможным благодаря улучшению в последние годы оснащенности ДЦ диагностической техникой средствами лабораторного исследования, а также укреплением кадровых ресурсов ОКБ.

Таблица 7

Фактическое количество посещений больными специалистов онкологического подразделения консультативно-диагностической поликлиники Калининградской ОКБ В 2010-2013гг. (не считая посещения ими специалистов смежных профилей)

Показатель	2010	2011	2012	2013
Абс. число посещений	45996	54612	66086	73237
% относительно 2010 года	100%	118,7%	143,7%	159,2%

Целесообразность двухсменного режима работы КДП очевидна и с точки зрения возможных перспектив на налаживание в области практики скрининга ранних форм ЗНО, необходимость которой диктуется высоким уровнем запущенности первично выявляемых ЗНО (см. далее).

Таблица 8

Доля ЗНО выявленных активно из числа впервые в жизни взятых на учет

	Калининградская область		Россия, %
	Абс. число	% от взятых на учет	
2005	1098	33,8	11,8
2006	253	9,3	11,9
2007	335	12,6	12,1
2008	410	15,6	12,2
2009	228	7,8	12,9
2010	82	2,6	13,2
2011	63	2,0	14,9
2012	363	11,6	15,6
2013	262	8,8	-

Рост потока больных онкологического профиля в КО мы связываем не только и не столько с возросшей онкологической настороженностью врачей ЛПУ первичного звена в области (а она, как свидетельствуют данные методического мониторинга, о чем речь еще будет далее, действительно возросла), сколько с возросшей мощностью онкологического подразделения КДП ОКБ, что реально увеличило доступность специальных услуг ОС для населения области (данные того же мониторинга показали, что обращаемость населения в ЛПУ первичного звена за последние годы существенных изменений не претерпела).

Таблица 9

**Динамика удельного веса морфологического подтверждения диагноза
ЗНО по Калининградской области и России в 2005-2013 гг.**

Годы	Взято на учет впервые выявленных ЗНО в КО	Абс. число больных ЗНО с морфологически подтвержденным диагнозом в КО	% к числу впервые взятых на учет больных ЗНО	
			КО	Россия
2005	3249	2229	68,61	80,7
2006	2715	1860	68,51	81,8
2007	2666	1995	74,83	82,9
2008	2622	2085	79,52	83,2
2009	2943	2358	80,12	84,5
2010	3166	2513	79,37	85,3
2011	3406	2691	79,01	85,8
2012	3325	2842	85,47	86,7
2013	3176	2779	87,50	

Таблица 10

Распределение по стадиям диагнозов ЗНО по Калининградской области в 2005-2012 гг.

Годы	Из числа впервые в жизни установленных диагнозов ЗНО имели стадии (%)			
	I-IIст.	IIIст.	IVст.	Стадия не установлена
2005	46,94	17,54	27,18	8,34
2006	48,69	16,50	23,43	11,38
2007	46,81	14,89	25,69	12,60
2008	41,65	16,82	24,29	17,24
2009	43,63	18,48	20,05	17,84
2010	43,83	16,99	27,00	12,18
2011	46,51	14,61	23,95	14,92
2012	50,34	17,40	26,10	6,16
2013	51,42	15,74	24,24	8,60

Характерно, что в 2005 г. при высокой активной выявляемости ЗНО уровень морфологического подтверждения диагноза в области минимален в интервале 2005-2012 гг. (таблицы 8 и 9). Продолжающийся рост доли морфологически подтвержденных диагнозов ЗНО свидетельствует об улучшении качества онкологической диагностики в области, поскольку морфологический диагноз имеет немаловажное значение для принятия клинически значимых решений по индивидуальному ведению больных ЗНО. Можно видеть, что, имея неплохую динамику, этот показатель в 2013 г. сравнялся с таковым по России за 2012 г.

Распределение ЗНО по стадиям за тот же период изменилось незначительно (таблица 10). Очевидно, на решение проблемы запущенности ЗНО при первичном их выявлении не влияет текущая практика так называемого «активного выявления», которая в области носит по большей части формальный характер. Запущенность

ЗНО в области мало зависит активной выявляемости. На этом фоне особое значение имеет доступность онкологической помощи.

Об изменении уровня доступности специализированного диагностического обслуживания для населения КО говорит и то, что диагностические услуги в КДП в последние годы стали более разнообразны в силу значительного дооснащения ДЦ ОКБ. За последние годы в больнице появилось много современной аппаратуры высокого класса, в том числе – магнитно-резонансный томограф, компьютерный томограф, ангиографический комплекс, комбинированная система ОФЭКТ/КТ и др., которые успешно освоены специалистами больницы. Это позволило сделать более точным диагностическое обследование больных на догоспитальном этапе, что в свою очередь способствовало более детальному планированию лечения больных всех профилей, в том числе – больных ЗНО, и соответственно большему его качеству, в частности – более четкому установлению принадлежности их ко II или IV клинической группе. С 2013 года ОКБ является участником и бенефициаром международного российско-польского проекта («Золотой стандарт хирургии»), целью которого является создание трансграничного Центра обучения врачей – хирургов высокотехнологичных специальностей на базе виртуальных компьютерных технологий. Это, несомненно, позитивно отразится на уровне лечебно-диагностической деятельности ОС КО и улучшит конечные результаты оказания специализированной онкологической помощи населению области.

Тем не менее, возможности оказания эффективной специализированной помощи зависят от структуры потока онкологического профиля больных, формируемого первичными учреждениями здравоохранения – на уровне районных онкологических кабинетов. Активное выявление – элемент практики ранней диагностики ЗНО, которая лежит на плечах ЛПУ первичного звена здравоохранения. По этому показателю область отстает от среднего по РФ. В 2013 г. в I-II-й стадии активно диагностировано 151 ЗНО, или 57,63% от всех активно выявленных и 4,75% от всех впервые взятых на учет ЗНО. Из них 74 – больные с ЗНО визуальных локализаций (28,24% от всех активно выявленных и 2,33% от всех впервые взятых на учет ЗНО). Это значит, что возросшая в 2009-2013 г. в КО заболеваемость ЗНО больше связана с одной стороны с перестройкой специализированного этапа оказания онкологической помощи в области в 2009 г., а с другой – свою роль в этом сыграл и рост онкологической настороженности врачей ЛПУ общей сети.

Точность диагностики рака по области к 2013 году улучшилась: диагноз ЗНО после взятия на учет не был подтвержден лишь у одного пациента из числа больных, взятых на учет в 2012-м году. Число больных с базально-клеточным раком кожи, снятых с учета через 5 лет после окончания специального лечения, составило в 2013 г. 205 человек (0,91% от числа стоящих на учете к концу отчетного года). Число первично-множественных ЗНО среди взятых на учёт в 2013 году с впервые в жизни установленным диагнозом составило 30 (0,13% от общего числа находившихся на учете). Рак *in situ* диагностирован у 45 больных ЗНО (0,20%), из них: при раке молочной железы – у 4, и при раке шейки матки – у 18. Из числа больных, со-

стоявших на учете в КО, выехало из района деятельности онкологического учреждения 79 (0,35%).

Как и в целом по России, в КО остается значительной доля лиц с III и IV стадиями заболевания при первичном установлении диагноза (табл.10). Причем такое положение и в отношении ЗНО визуально доступных локализаций. В 2010 г. в структуре потока первично выявленных больных онкологического профиля выросла доля ЗНО поздних (III-IV-й) стадий, что, вероятно внесло свою «лепту» в пик смертности в 2011 г. - 199,5 на 100000 населения. Позже наметился «сдвиг влево» - рост доли ЗНО I-II стадий и некоторое снижение III-IV стадий.

Таким образом, в 2009-2012 гг. в КО с одной стороны выросла заболеваемость, с другой – отмечен некоторый сдвиг «влево», в сторону ранних форм ЗНО. Но об устойчивости этого сдвига пока говорить не приходится. Это подтверждают и данные за 2013 год: если общее число больных, взятых на учет с запущенными формами рака, в 2012-м году составило 835 (26,45% от общего числа впервые взятых на учет), а в 2013-м – 982 (30,93%). При этом число впервые выявленных запущенных форм ЗНО IV клинической группы составило в 2012 году 527 (15,32% от общего числа взятых на учет), в 2013-м – 770 (24,24%). Следует отметить, что в 2013 г. возросла доля больных II клинической группы, она достигла 86,0% (на 6,8% выше по сравнению с 2012 г.). Доля же IV клинической группой составила 16,0% (в 2012 г. -15,0%). И хотя показатель запущенности в 2013 году вернулся к уровню 2011 года, в этом возврате можно отметить две особенности:

во-первых, запущенность возросла за счет сдвига «вправо» в структуре первично выявленных ЗНО - к III-й и IV-й стадиям;

во-вторых, главным образом это был сдвиг среди визуально доступных локализаций – губы, полости рта, глотки, прямой кишки, ректосигмоидного соединения и ануса, щитовидной железы и меланомы кожи.

Это ровным счетом обратное тому, что мы наблюдали в 2012 г. Подобная картина колебательных движений «вправо-влево» данного показателя наблюдается уже в течение многих лет, в отличие от среднероссийского показателя.

Таблица 11

Распределение по стадиям больных с впервые установленным ЗНО молочной железы в 2005-2013 гг. по Калининградской области и России

годы	Всего,	I-II стадия		III стадия		IV стадия		Стадия не установлена	
	абс.число (%)	абс.число	%	абс.число	%	абс.число	%	абс.число	%
по Калининградской области									
2006	345 (100%)	238	68,99	56	16,23	41	11,88	10	2,9
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

годы	Всего,	I-II стадия		III стадия		IV стадия		Стадия не установлена	
	абс.число (%)	абс.число	%	абс.число	%	абс.число	%	абс.число	%
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	17	3,69
2013	476 (100%)	301	63,24	109	22,90	49	10,29	17	3,57
По Российской Федерации									
2005		61,8		25,9		11,5		0,8	
2006		62,1		25,7		11,5		0,7	
2007		62,3		26,3		10,5		0,9	
2008		62,7		26,2		10,3		0,8	
2009		63,0		26,1		10,0		0,9	
2010		63,6		25,8		10,0		0,6	
2011		65,0		24,8		9,1		1,1	
2012		64,4		23,8		9,2		2,6	

Таким образом, в интервале 2005-2012 гг. среди больных с впервые установленным диагнозом ЗНО продолжился рост доли I-II стадий заболевания (наиболее низкой в 2008 г.) и уменьшается доля больных, у которых стадия заболевания не была установлена, практически сравнявшись с таковой по РФ. Это положительная тенденция, на наш взгляд, все же не носит устойчивого характера, хотя и свидетельствует о росте диагностической активности учреждений здравоохранения КО в сфере онкологического обслуживания населения. Следует подчеркнуть, что данная тенденция мало связана с самой практикой активного выявления ЗНО медучреждениями общей сети, но опирается на рост обращаемости в них работающей части населения. О том же говорит все еще остающаяся высокой доля запущенности первично выявляемых ЗНО наружных локализаций, наиболее частыми среди которых являются ЗНО молочной железы, шейки матки, полости рта и глотки. Встречаются и запущенные случаи ЗНО кожи. Вместе с тем доля ЗНО молочной железы I-II стадий на фоне роста его выявляемости в последние годы постепенно растет (таблица 11).

Распределение по стадиям для социально значимых ЗНО в 2013 году представлено в таблице 12-Доля больных с III и IV стадиями ЗНО молочной железы остается высокой (33,2%), шейки матки - 37,7%, яичников – 65,3%. Очень высокой (более половины общего числа выявленных впервые) остается доля больных ЗНО легких IV стадии. То есть ситуация по ранней диагностике этих форм локализаций ЗНО в КО заметно хуже, чем по России в целом. В этой связи нелишне отметить, что не только ЗНО легких, но и ЗНО остальных четырех локализаций, по данным литературы, так или иначе ассоциированы с курением, что можно было бы рассматривать в качестве ориентира в развитии профилактики и практики скрининга в группах риска по этим заболеваниям в КО.

Таблица 12

Распределение по стадиям для социально значимых ЗНО, впервые выявленных

Локализации	Всего	Выявлено активно	I	II	III	IV	стадия не определена
По Калининградской области за 2013 год							
Абсолютное распределение							
Рак молочной железы	476	57	54	247	109	49	17
Рак шейки матки	104	2	33	26	31	12	2
Так тела матки	146	5	108	7	12	16	3
Рак яичников	72	11	12	11	27	20	2
Рак трахеи, бронхов, легкого	273	36	34	20	63	145	11
Относительное распределение, %							
Рак молочной железы	100%	12,53	11,34	51,90	22,90	10,29	3,57
Рак шейки матки	100%	2,00	31,73	25,00	29,81	11,54	1,92
Так тела матки	100%	3,68	73,97	4,79	8,22	10,96	2,05
Рак яичников	100%	16,92	16,67	15,28	37,50	27,78	2,78
Рак трахеи, бронхов, легкого	100%	13,95	12,45	7,33	23,08	53,11	4,03
По России за 2013 год, %							
Рак молочной железы	100%	28,0	18,4	46,1	23,8	9,2	2,6
Рак шейки матки	100%	31,1	29,0	31,3	28,6	9,1	2,0
Рак тела матки	100%	14,8	59,0	22,0	10,8	5,5	2,7
Рак яичника	100%	11,4	24,0	12,2	40,8	20,3	2,7
Рак трахеи, бронхов, легкого	100%	20,2	11,0	15,4	31,8	38,3	3,4

Запущенность ЗНО при первичном их выявлении остается единственным из основных показателей, который в течение 2009-2013 гг. все еще не поддается заметному контролю. Слабые подвижки в сторону улучшения связаны в основном с увеличением доли ЗНО наружных локализаций в стадии I-II. Это, как далее будет показано, объясняется не только отсутствием в ЛПУ первичного уровня реальной практики раннего выявления рака, но и снижением вообще возможностей выполнения в полном объеме стандартов первичной диагностики ЗНО. Для решения этих проблем, очевидно, в ЛПУ здравоохранения первичного звена области нужно решить кадровые и материально-технические проблемы, нужна и заинтересованность местной администрации в развитии первичного здравоохранения. Лишь тогда системная, а не эпизодическая, работа по активному выявлению рака в КО станет реально возможной и, несомненно, принесет свои плоды.

Специализированное звено ОС области было усилено в 2009 г. вовлечением в ее работу ресурсов ОКБ. Теперь же все более становится очевидным необходимость укрепления ЛПУ первичного и доврачебного звеньев здравоохранения, координации их работы с деятельностью КДП ОКБ, направив усилия амбулаторно-поликлинической службы каждой территории на повышение качества первичной диагностики ЗНО, прежде всего – на улучшение ранней диагностики рака. На те-

кущий момент ДЦ ОКБ, задача которого – проводить окончательную специальную диагностику ЗНО, фактически дорабатывает то, чего не дорабатывают поликлиники районов области. То есть, в настоящий момент в КО трудности ранней диагностики рака все больше смещаются на первичный уровень здравоохранения, где не хватает кадров, диагностического оборудования, в трудном положении находится доврачебная помощь, что не позволяет ЛПУ общей сети реально развивать практику скрининга рака. Поэтому основной упор ОС делает на онкологическую настороженность в отношении обращающихся в эти учреждения больных. Работа же с группами риска имеет эпизодический характер, и в основном проводится по линии женских консультаций и маммологических служб некоторых районов области, с чем отчасти и связан рост заболеваемости ЗНО молочной железы в последние годы.

С учетом имеющегося уровня запущенности первично выявленных ЗНО (который может снизить только хорошо налаженная практика скрининга ЗНО в ЛПУ первичного звена здравоохранения) показатель выявляемости (заболеваемости) ЗНО в ближайшие несколько лет можно было бы приблизить к уровню 400-450 на 100000 населения за счет выявления их на более ранних стадиях. Это приведет к экономически оправданному увеличению объемов специализированного амбулаторного и стационарного лечения больных ЗНО ранних стадий, позволив обслужить большее число первичных больных за счет снижения затрат на специальное лечение в среднем одного больного. Вместе с тем это приведет к увеличению выживаемости больных, большему сохранению жизни в трудоспособном возрасте. К тому же затраты на скрининг ЗНО в ЛПУ первичного звена сами по себе невысоки, что и их делает экономически оправданными.

Таблица 13

Аналитические показатели

Годы	Всего больных раком, впервые выявленных в предыдущем году в КО	Абсолютное число умерших в течение года в КО	Умерло в срок до 1 года с момента установления диагноза	Умерло в сроки до 1 года, % от числа впервые выявленных в минувшем году	
				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	26,1
2013	2966	1470	776	24,91	-

Объемы оказания специализированной лечебной помощи онкологическим больным в КО резко возросли, причем это относится ко всем основным видам лечения (условно-радикального, симптоматического, паллиативного) онкологических больных. Тем самым можно говорить о реальном росте доступности этих

услуг населению области. Это, по-видимому, отчасти сказалось и на позитивной динамике доли (в %) больных ЗНО, умерших до 1 года с момента установления диагноза, представленной в таблице 13. Можно видеть, что этот показатель в течение 2010-2013 гг. снизился до уровня ниже общероссийского показателя, имея в 2009 году максимум за последние восемь лет.

Видимо, этот факт связан с возросшим объемом оказания специализированной лечебно-диагностической помощи онкологическим больным в КО, основная часть которых проходит лечение в ОКБ. Вместе с тем, удельный вес состоящих на учете 5 лет и более в КО заметно выше, чем в среднем по России (см. выше таблицу 5)

Таблица 14

Сведения о больных злокачественными новообразованиями, подлежащих специальному лечению (II клиническая группа)

Годы	Число ЗНО, выявленных и радикально пролеченных в 2011 году	Лечение закончено в отчётном году с использованием методов				
		только хирургического	только лучевого	только лекарственного	комбинир. или компл. (кроме химиолучевого)	Химиолучевого
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
2007-09	3392	1859	880	4	627	22
2010	1129	564	226	15	316	8
2011	1445	650	369	20	374	22
2012	1532	832	258	-	430	12
2010-12	4096	2046	853	35	1120	42
2013	1392	730	248	8	392	14
% от общей численности радикально леченных больных						
2005	100,00	66,16	22,50	4,11	7,05	0,18
2006	100,00	56,66	20,78	0,44	20,87	1,24
2007	100,00	57,68	21,73	0,00	20,16	0,44
2008	100,00	53,75	27,09	0,17	18,40	0,60
2009	100,00	52,89	29,20	0,19	16,79	0,93
2007-09	100,00	54,81	25,94	0,12	18,48	0,65
2010	100,00	49,96	20,02	1,33	27,99	0,71
2011	100,00	45,30	25,71	1,39	26,06	1,53
2012	100,00	54,31	16,84	0,00	28,07	0,78
2013	100,00	52,44	17,82	0,57	28,16	1,01
2010-12	100,00	49,95	20,83	0,85	27,34	1,03
2012 г., РФ	100,00	50,4	11,3	3,2	32,9	2,1
2012 г., СЗФО	100,00	57,8	9,3	2,0	28,9	1,9

Таблица 15

Сведения о больных злокачественными новообразованиями, подлежащих специальному лечению (II клиническая группа)

Годы	Число ЗНО, выявленных и радикально пролеченных в 2011 году	Лечение закончено в отчётном году с использованием методов				
		только хирургического	только лучевого	только лекарственного	комбинир. или компл. (кроме химиолучевого)	Химиолучевого
2011	221 (100%)	63 (28,51%)	6 (2,71%)	1 (0,45%)	143 (64,71%)	8 (3,62%)
2012	218 (100%)	46 (21,10%)	2 (0,92%)	0 (0,00%)	169 (77,52%)	1 (0,46%)
2013	230 (100%)	77 (33,48%)	0 (0%)	0 (0%)	153 (66,52%)	0 (0%)

Выше отмечалось, что в 2013 г. продолжился рост числа и доли больных II клинической группы, достигшая 86,0%. На этом фоне, как можно видеть из таблицы 14, за 2010-2012 гг. по сравнению с предыдущим трехлетним периодом (2007-2009гг.) возросла доля больных II клинической группы ЗНО, получивших комбинированное и комплексное лечение. Этот показатель приблизился к таковому по России и составил в 2012 г. 32,9%. В 2013 г. в КО существенно увеличились объемы проведения хирургического лечения (52,4%). В то же время структура радикального лечения впервые выявленных ЗНО в КО приблизилась с таковой по Северо-Западному Федеральному округу (СЗФО) за 2012 г. Комбинированное и комплексное лечение стало чаще проводится у больных с ЗНО молочной железы – наиболее частой формы локализации ЗНО среди женщин КО (таблица 15). Рост числа и доли больных ЗНО молочной железы, пролеченных в 2013 г. хирургически, можно объяснить, помимо прочего, и ростом числа ранних стадий этого заболевания (см. выше) и использованием хирургического метода в схемах комбинированного и комплексного лечения.

Таким образом, в складывающихся ныне условиях финансирования учреждений здравоохранения и правил страховой медицины переподчинение онкологического диспансера ОКБ позволило реально поддержать деятельность ОС области на уровне специализированной помощи и положительно сказалось на ее конечных результатах. Это, в частности, мы связываем с влиянием фактора многопрофильности на качество оказания специализированной онкологической помощи в области в условиях ОКБ. Видимо, в условиях многопрофильной ОКБ пришли в движение скрытые резервы, вообще стоящие за многопрофильным характером онкологической проблемы. Взять хотя бы тот общеизвестный факт, что больные ЗНО умирают от самых разных причин, в том числе от сердечнососудистых, цереброваскулярных заболеваний и проч. Возможность получения своевременной специализированной помощи по этим профилям в условиях ОКБ составляет еще не изученный резерв в повышении конечной эффективности специализированной помощи онкологическим больным. Этот резерв еще предстоит во многом выявить и осмыслить с проекцией на будущее ОС области.

В. О качестве оказания первичной онкологической помощи в КО

О качестве первичной онкологической помощи в КО на текущий момент можно судить по данным методического мониторинга, проведенного в течение 2013 г.

Таблица 16

Элементы организационной обеспеченности первичной онкологической помощи как показатели качества структуры ОС помощи в КО (на середину 2013 г.)

Организационные элементы	Наличие	% от общего числа районов
Онкологический кабинет	13	61,9
Онколог с сертификатом	5	23,8
Смотровая	13	61,9
Картотека условно пригодная для выполнения функций по диспансеризации онкологическая	11	52,4
Полностью пригодная картотека	1	4,8
Условно годные для функций диспансеризации онкологические картотеки	12	57,1
Онкологическая настороженность в работе врачебного персонала районной поликлиники	21	100,0
Достаточность кадров для привлечения к работе онкологического кабинета	6	28,6

Во-первых, методические выезды на места выявили низкий уровень организационной обеспеченности оказания первичной онкологической помощи (таблица 16), что выражается в отсутствии онкологических кабинетов почти в четверти всех первичных ЛПУ, на которые возложена функция обеспечения первичной онкологической помощи населению. Выяснилось, что по кадрам в районах онкологическая служба области значительно не добирает. Причем речь идет не только об онкологах, но и о реальной возможности задействовать старший и средний медицинский персонал в работе онкологического кабинета, прежде всего в обеспечении диагностической работы. Сертифицированные онкологи работают менее чем в двух из пяти ЛПУ. Смотровыми кабинетами (включая кабинеты, приспособленные под смотровую) обеспечено лишь четверо из пяти таких ЛПУ. Онкологическая документация (картотека) мало пригодна для выполнения функций по диспансеризации, что говорит о стихийности контакта с учетными больными. Работа с ними ведется в ряде районов только на основе амбулаторных карт. Очень высок в районах области кадровый голод, который не позволяет обеспечить работу онкологического кабинета.

Таблица 17

Показатель качества структуры оказания первичной онкологической помощи - доля районов КО, располагающих соответствующей диагностической аппаратурой (оснащенность диагностической техникой) - на середину 2013 г.

Элементы структуры оказания помощи	Наличие	%
Цифровой флюорограф	16	76,2

Элементы структуры оказания помощи	Наличие	%
Рентгенографические аппараты	11	52,4
УЗИ	13	61,9
Маммограф	10	47,6
Кольпоскоп	10	47,6
Фиброгастроскоп	14	66,7
Ректоскоп	7	33,3
Бронхоскоп	4	19,0
Гистероскоп	4	19,0

Таблица 18

Показатель качества процесса оказания онкологической помощи - доля районов КО, где используется диагностическая аппаратура, как (на середину 2013 г.)

Диагностическая аппаратура	число ЦРБ и ЦГБ (кроме г.Калининграда), где она используется	% от общего числа ЦРБ и ЦГБ, обеспечивающих онкологическую помощь (кроме г. Калининграда)
Цифровой флюорограф	12	57,1
Рентгенографические аппараты	8	38,1
УЗИ	9	42,9
Маммограф	7	33,3
Кольпоскоп	10	47,6
Фиброгастроскоп	10	47,6
Ректоскоп	4	19,0
Бронхоскоп	2	9,5
Гистероскоп	4	19,0

Во-вторых, уровень материально-технической обеспеченности первичной диагностики ЗНО в районном звене ОС области значительно ниже предполагаемых нормативами первичного здравоохранения (таблица 17). То есть в этом важном своем пункте реальная структура оказания диагностической помощи не может обеспечить стандартного набора элементов первичной (предварительной) диагностики ЗНО во многих районах области.

В-третьих, даже имеющаяся диагностическая аппаратура используется в процессе оказания первичной онкологической помощи далеко не во всех ЛПУ (таблица 18). Основная причина – отсутствие специалистов, умеющих использовать эту аппаратуру. Поэтому некоторые ЦРБ, даже имея такую аппаратуру, вынуждены направлять для первичного обследования в соседние районы пациентов, ориентированных на онкологический профильный поток. Бывает и так, что есть специалист, но нет оборудования, что также не позволяет полноценно осуществлять процесс формирования потока первичных онкологических больных в районах, организовывать скрининговый процесс.

Основной смысл первичной диагностики ЗНО, в том числе при скрининге рака, состоит в том, чтобы на основе полученных данных рационально оформить по-

ток больных онкологического профиля для своевременного оказания им специализированной помощи. В этот поток с максимальной вероятностью должны попасть больные ЗНО. Недостаточное же первичное обследование повышает вероятность попадания в этот поток непрофильного больного, и на исключение онкологического диагноза на таких больных будут отвлечены ресурсы КДП, усложняться проблема очередей, что само по себе снижает доступность специализированной онкологической помощи для действительно нуждающихся в нем пациентов. Эти проблемы преодолеваются четкой диагностической работой ЛПУ первичного звена – онкокабинетов, работников маммологических служб и женских консультаций в районах, решением по возможности, вопросов первичной диагностики на месте, не направляя пациента в учреждения других районов и Калининграда и КДП ОКБ.

Бронхоскопия, фиброгастроскопия, ректоскопия, кольпо-гистероскопия позволяют получить материал и направить его в патологоанатомическую лабораторию ОКБ для морфологического диагноза ЗНО в централизованном порядке. Отсутствие этого оборудования и специалистов, владеющих им, выводит районную ОС из участия в морфологической верификации диагноза ЗНО: больной из отдельных районов области вынужден прибыть в ДЦ КОКБ для забора у него материала. Постановка первичного диагноза замедляется, что также не мотивирует больного посещать КДП ОКБ.

В 2011 году сотрудники ОКБ в помощь врачам первичной медико-санитарной помощи подготовили «Краткий справочник районного онколога», где изложены объемы мероприятий по выявлению ЗНО, вопросы организации деятельности первичных онкологических кабинетов амбулаторно-поликлинического учреждения. В нем приведены стандарты обследования пациента на поликлиническом уровне по всем основным локализациям ЗНО, в частности – перечислены методы, входящие в структуру первичного обследования пациентов. Эти справочники тогда же были распространены по всем районам области. Достаточно сопоставить эти стандарты с имеющимися возможностями первичных ЛПУ области реально обеспечить их, чтобы оценить в какой сложной обстановке работает ныне ОС на уровне районных ЛПУ области.

Понятно, что в условиях кадрового голода, необеспеченности полным набором диагностической техники и/или отсутствия реальной невозможности использовать имеющееся оборудование нет реальной возможности в таких районах организовать и полноценный скрининг ЗНО, чтобы на удовлетворительном уровне решать проблемы ранней диагностики. При этом желание врачей (молодых и опытных) участвовать в работе онкологического кабинета, ощущающегося практически повсеместно, не получает должной мотивации.

Ныне эксперты по здравоохранению РФ делают особый акцент на так называемом «эффективном контракте», который, согласно задумке, поможет руководителям районного здравоохранения решать проблему мотивации. Время, покажет, так ли это. О том, что здесь заключены реальные возможности восстановления первичного звена ОС области, говорит тот факт, что фактически только за счет

роста одной лишь повышенной онкологической настороженности ЛПУ первичного звена в районах области поток больных онкологического профиля в КДП ОКБ в последние годы возрос. Но одной онкологической настороженности недостаточно для того, чтобы вычерпать больных ЗНО с поздними стадиями, увеличить долю выявляемых ЗНО на ранних стадиях, существенно улучшив структуру этого потока в соответствии с реальными потребностями области в ранней диагностике ЗНО. При имеющемся же качестве структуры и процесса оказания первичной онкологической помощи рассчитывать трудно.

Есть также опасения, что уровень запущенности ЗНО связан с оформлением определенного контингента населения, для которого в силу социально-экономических причин невнимательное отношение к своему здоровью становится привычным. Это, по-видимому, тот контингент населения, для которого проблемы здоровья ранее более или менее успешно решались патерналистской системой советского здравоохранения. Экономические трудности, переживаемые российским обществом в целом, КО - в частности, очевидно, не способствуют сокращению этого контингента, и рассчитывать на это в ближайшем будущем сложно. Частично вопрос запущенности можно было бы решить с помощью служб здоровья и структур общественного здравоохранения. Но пока способность их влиять на структуру обращаемости в ЛПУ первичного звена оставляет желать лучшего.

Вышесказанное позволяет констатировать, что ныне врачи ЛПУ общей сети в КО все больше выполняют функцию диспетчеров, все больше отстраняются от самого процесса первичной диагностики, ориентируясь не столько на обоснованные диагнозы, сколько лишь на подозрение ЗНО. Это, конечно, развивает практику онкологической настороженности, но создает неоправданную нагрузку на ресурсы специализированного звена онкологической помощи. То есть, качество процесса оказания первичной врачебной помощи в целом снижается. Недостаточность кадровых и материально технических ресурсов для выполнения стандартов первичной диагностики ЗНО ведет к тому, что часть больных возвращают из КДП обратно - на дообследование на районном уровне, и тогда они вынуждены дообследоваться за пределами своих районов. Тем самым увеличиваются сроки первичного обследования больных первичного онкологического профиля, а значит - в буквальном смысле слова - увеличивается расстояние, которое больному необходимо преодолевать для получения гарантированного пакета первичного обследования. Больной теряет время в очередях, обращаясь в соседние районы, а чаще - в Калининградские учреждения, где есть свои очереди. Реальная траектория прохождения первичной диагностики у среднестатистического больного получается значительно удлиненной, особенно - для больного, живущего в отдаленных районах. Это не мотивирует его стремления до конца пройти диагностические процедуры.

Стало быть, снижается доступ к реальному получению первичной и специализированной онкологической помощи. В КДП ОКБ ныне работают на приеме 12 врачей онкологического профиля и число посещений (не считая посещения больными онкологического профиля смежных специалистов) увеличилось по сравне-

нию с 2010 г. почти на 60% (см. выше таблицу 7). Но при этом доля выявляемых ранних форм ЗНО увеличилось лишь на 12-13% процентов от уровня запущенности в 2010 г. Сам уровень запущенности первично выявленных ЗНО снизился с 33-36% до 25% от общего числа ЗНО, впервые выявляемых в КО в среднем в течение одного года. То есть у каждого четвертого больного с впервые выявленным раковым заболеванием по-прежнему имеется запущенная стадия ЗНО.

Ведение документации онкологическими кабинетами и женскими консультациями в районах, их годность для выполнения функций по диспансеризации населения оставляет желать лучшего. Практически повсеместно работа с явкой ведется по амбулаторной, а не по контрольной карте – то есть, хотя реально контакт с больным и сохранен, его посещения большей частью носят случайный характер, то есть диспансерный учет больных ЗНО в основном формальный. Это значит, что в большинстве районов методически продуманных решений по совершенствованию работы онкологических кабинетов нет.

Таблица 19

Активная выявляемость, доля умерших в течение 1 года с момента установления диагноза и распределение по клиническим группам впервые выявленных больных ЗНО в отдельных административно территориальных образованиях Калининградской области

Наименование района	Из впервые взятых на учет выявлено активно (%), в среднем за 2010-2012 гг.	Доля умерших в течение 1 года с момента установления диагноза ЗНО (%), в среднем за 2010-12 гг.	Взято на учет с...	
			кл.гр. II	кл.гр. IV
БАГРАТИОНОВСКИЙ	9,57	21,62	77,8	22,2
БАЛТИЙСКИЙ	14,00	25,00	81,9	18,1
Г КАЛИНИНГРАД	11,37	27,49	81,0	18,8
Г ЛАДУШКИН	9,09	33,33	81,6	18,4
Г МАМОНОВО	16,67	17,24	85,1	14,9
Г ПИОНЕРСКИЙ	22,73	15,38	81,1	18,9
Г СВЕТЛЫЙ	18,48	10,58	79,4	20,6
Г СОВЕТСК	16,81	19,13	81,8	18,2
ГВАРДЕЙСКИЙ	15,19	34,04	81,0	19,0
ГУРЬЕВСКИЙ	9,93	27,27	80,5	19,5
ГУСЕВСКИЙ	14,00	32,26	83,3	16,7
ЗЕЛЕНОГРАДСКИЙ	10,99	26,44	81,7	18,3
КРАСНОЗНАМЕНСКИЙ	13,89	34,78	72,2	27,8
НЕМАНСКИЙ	20,00	30,77	74,5	25,5
НЕСТЕРОВСКИЙ	2,27	29,73	78,6	21,4
ОЗЕРСКИЙ	5,13	24,24	81,1	18,9
ПГТ ЯНТАРНЫЙ	10,53	25,00	82,7	17,3
ПОЛЕССКИЙ	6,78	31,67	81,1	18,9

Наименование района	Из впервые взятых на учет выявлено активно (%), в среднем за 2010-2012 гг.	Доля умерших в течение 1 года с момента установления диагноза ЗНО (%), в среднем за 2010-12 гг.	Взято на учет с...	
			кл.гр. II	кл.гр. IV
ПРАВДИНСКИЙ	4,35	42,86	73,7	26,3
СВЕТЛОГОРСКИЙ	9,80	4,17	84,0	16,0
СЛАВСКИЙ	8,06	31,25	77,6	22,4
ЧЕРНЯХОВСКИЙ	9,38	28,57	80,8	19,2
По области:	11,66	28,39	80,7	19,2

Формальное ведение учетной документации на уже выявленных больных ЗНО вполне перекликается с формальным характером практики «активного выявления» ЗНО почти во всех районах области. Из таблицы 19 можно видеть, что в районах с низким активным выявлением ЗНО не обязательно высокий уровень смертности в течение года с момента установления диагноза, и наоборот – при высоком уровне активной выявляемости ЗНО не обязательно этот показатель низок. Характерные примеры – данные последних шести строчек таблицы. В ЦРБ Нестеровского, Палесского и Озерского районов делают упор не на активную первичную выявляемость ЗНО, а на онкологическую настороженность в отношении повседневного потока больных. Показатели запущенности и одногодичной летальности в этих районах не хуже, чем в Неманском районе с относительно высоким показателем активной выявляемости. Поэтому и корреляция между долей впервые взятых на учет активно выявленных ЗНО и долей умерших в течение 1 года с момента установления диагноза ЗНО в районах области за 2010-2012гг. слабая ($r^2=-0,391$, $tst=1,90$, $p>0.05$). Конечно, эта корреляция не обязана быть линейной (хотя бы потому, что одногодичная смертность зависит от структуры первичной заболеваемости, которая различна в разных районах КО). Но если учесть, что распределение между двумя клиническими группами впервые выявленных больных ЗНО в большинстве районов области в целом примерно одинакова (около 80% - II кл.гр., 20% IV кл.гр.), то понятно, что практически ни в одном районе области над развитием практики скрининга ЛПУ не работают. Основное внимание – онкологическая настороженность, она и формирует поток больных онкологического профиля в КП Калининградской ОКБ.

Из той же таблицы 18 видно, что почти во всех выявленных случаях заболевания ЗНО клиническая группа больных установлена, причем независимо места проживания пациентов, что связано с возросшей эффективностью работы специалистов КДП и ДЦ ОКБ.

Таблица 20

Распределение запущенных случаев выявления ЗНО по основным причинам запущенности в период 01.01.2010-31.12.2012

Регион	Всего запущенных случаев ЗНО	Причины запущенности			
		Скрытое течение заболевания	Несвоевременное обращение	Причина не выяснена	Прочие причины
Число ЗНО визуальных локализаций, выявленных в 3 ст. в период 01.01.2010-31.12.2012					
г. Калининград	268	22	79	164	3
Другие административно-территориальные образования	286	28	87	163	8
Область в целом	554	50	166	327	11
% ко всем случаям запущенности ЗНО визуальных локализаций, выявленных в 3 ст.					
г. Калининград	100,0	8,2	29,5	61,2	1,1
Другие административно-территориальные образования	100,0	9,8	30,4	57,0	2,8
Область в целом	100,0	9,0	30,0	59,0	2,0
Число ЗНО всех локализаций, выявленных в 4 ст. в период 01.01.2010-31.12.2012					
г. Калининград	1258	404	291	539	24
Другие административно-территориальные образования	1182	378	294	460	50
Область в целом	2440	782	585	999	74
% ко всем случаям запущенности ЗНО, выявленных в 4 ст.					
г. Калининград	100,0	32,1	23,1	42,8	1,9
Другие административно-территориальные образования	100,0	32,0	24,9	38,9	4,2
Область в целом	100,0	32,0	24,0	40,9	3,0
Число всех запущенных ЗНО, выявленных в 3-4 ст. в период 01.01.2010-31.12.2012					
г. Калининград	1526	426	370	703	27
Другие административно-территориальные образования	1468	406	381	623	58
Область в целом	2994	832	751	1326	85
% ко всем случаям запущенности ЗНО, выявленных в 3-4 ст.					
г. Калининград	100,0	27,9	24,2	46,1	1,8
Другие административно-территориальные образования	100,0	27,7	26,0	42,4	4,0
Область в целом	100,0	27,8	25,1	44,3	2,8

Сказанное выше объясняет, в частности, характер распределения причин запущенности ЗНО среди впервые выявленных случаев (таблица 20): в г. Калининграде распределение различных причин запущенности почти не отличается от тако-

вой на остальной территории области. Это говорит о сходстве ЛПУ по уровню доступности и качества оказания ими первичной онкологической помощи. На категорию «причина не выяснена» приходится около 3/5 случаев запущенности ЗНО визуально доступных локализаций в 3 стадии. На эту же причину приходится 2/5 случаев запущенности ЗНО 4 стадии. Причем в г. Калининграде доля этой причины запущенности в обоих случаях несколько выше, чем на остальной территории области. Доли ЗНО визуальных локализаций в составе всех запущенных ЗНО в г. Калининграде и в остальной территории области составили соответственно 17,6% и 19,5%.

Таким образом, в области неблагоприятна ситуация с запущенностью и в отношении ЗНО визуально доступных локализаций. Характерно, что показатель запущенности среди впервые выявленных случаев ЗНО молочной железы в среднем по районам области и г. Калининграде почти одинаково распределен по стадиям III и IV. Это указывает на то, что дело не столько в отдаленности районов от центра, сколько в самом состоянии работы первичной ОС в области в целом. Различие в распределении запущенности по стадиям, очевидно, связано с различиями районов по удельному весу ЗНО разных локализациям в общей структуре заболеваемости раком.

Уровень морфологической диагностики ЗНО в области вырос примерно одинаково в различных районах области. Последнее связано с тем, что морфологическая верификация проводится централизованно в патологоанатомическом отделении и лаборатории цитологии ОКБ. В каждом районе ЗНО, примерно каждым 9 больным из 10 в любом районе области централизованно обеспечено морфологическое подтверждение диагноза. При этом районы сильно отличаются между собой по показателям заболеваемости, или - выявляемостью ЗНО, зависящей в первую очередь от работы врачей ЛПУ общей сети, их способностью работать с потоком больных, обращающихся в эти учреждения, адекватно формировать первичный поток онкологического профиля на уровень оказания специализированной онкологической помощи. Развитие практики скрининга рака на этом фоне позволило бы увеличить выявляемость (заболеваемость) ЗНО в области до уровня 400-450 на 100000 населения в ближайшие же годы.

Приведенные выше особенности распределения в КО запущенности ЗНО, уровня активной их выявляемости в ЛПУ первичного звена уровне согласуются с описанными результатами методического мониторинга в районах области.

Следует отметить, что на этом неблагоприятном фоне в районах области в последние годы заметно улучшилось обеспечение обезболивающими препаратами: во всех 21 районах области руководители амбулаторно-поликлинической службы и врачи, ответственные за онкологический сектор медицинской помощи, отмечали этот факт. Перебоев с обеспечением не отмечается практически нигде. Это очень важно с точки зрения положения пациентов, нуждающихся только в симптоматическом лечении, и, конечно же, сказывается на качестве результата оказания онкологической помощи на уровне ЛПУ первичного звена здравоохранения.

Основная проблема качества оказания первичной онкологической помощи в районах области сводится к нехватке диагностического оборудования, необходимого для выполнения стандартов первичной диагностики ЗНО, и специалистов соответствующего профиля (не говоря о специалистах, имеющих сертификаты онкологов). В частности – в ЛПУ районного уровня снижены возможности проведения эндоскопического исследования. Это привело к тому, что в районных ЛПУ реже стали проводить обычные диагностические исследования, в том числе – рентгеновские, все чаще направляя больных к специалистам соседних административных территорий, г. Калининграда или даже ОКБ. То есть пространство обеспечения первичного обследования больного полным пакетом услуг увеличилось. Это служит фактором, ограничивающим возможности своевременной ранней диагностики ЗНО в области, способствующим высокой запущенности при первичном их выявлении, смертности в течение 1 года с момента установления диагноза и существенно снижает эффективность профилактических осмотров, делает невозможным налаживание практики скрининга рака.

На этом фоне поток больных онкологического профиля в КДП к 2013 году по отношению к 2010 году, как мы видели выше, значительно вырос, тогда как численность врачей онкологических кабинетов в поликлиниках общей сети, имеющих сертификаты по онкологической специальности, за 2010-12 гг. не увеличилась. Поэтому отмечаемый в статистических отчетах за 2012 и 2013 гг. некоторый рост доли I-II-й стадий ЗНО ряда локализаций связан, видимо, главным образом с ростом онкологической настороженности врачей общей сети, а не с активным их выявлением.

Для изменения ситуации в первичном звене ОС области необходимо в срочном порядке решать вопросы кадровой и материально-технической обеспеченности деятельности ЛПУ районного уровня. Нужны и серьезные методологические изменения в деятельности работе ЛПУ области. Современное состояние первичной ОС области требует отдельного внимания Минздрава региона и местных администраций к онкологическому сектору здравоохранения области. Растущий же удельный вес онкологической тематики среди социально значимых проблем здравоохранения, делает это внимание оправданным с точки зрения экономической целесообразности. Важно, чтобы районные администраторы здравоохранения сознавали, что, решая онкологическую проблему, они во многом решают и проблемы смежных секторов здравоохранения. Ведь решение проблем качества оказания первичной онкологической помощи связано с работой других секторов деятельности ЛПУ первичного звена, в частности – кардиологической и неврологической ее составляющих, которым по традиции уделяется больше внимания. В комплексном, *многопрофильном*, подходе к решению задач первичного здравоохранения есть и прямой экономический смысл, что отвечает текущим социально-экономическим реалиям.

V. Популяционный раковый регистр: состояние, возможности, трудности работы

Разработчиком программы ПРР, используемой в КО, является ООО «Новел СПб», название ныне функционирующей программы «ПРР 23.0.8.9», дата начала действия ПРР 01.01.2004. На 01.01.2014 число больных в базе данных ПРР составило 73350, из которых 22430 - живые. К началу 2012 года компьютерная программа территориального ПРР была обновлена: объединены старая и новая версии программы, что облегчило, в частности, проведение анализа ряда показателей, характеризующих деятельность ОС КО *на популяционном уровне*. Планируется переход на единый регистр, компонентом которого станет ПРР. Но уже теперь базы данных отделения статистики и ПРР используются нами как дополняющие друг друга элементы одной информационной базы, что позволяет, в частности, проводить мониторинг движения больных онкологического профиля в КДП и стационаре.

Требования к качеству работы ПРР мы рассматриваем с точки зрения *прогнозного регулирования* деятельности ОС, без чего нельзя улучшить интегральные показатели, характеризующие качество результата этой деятельности, в том числе - выживаемость больных ЗНО на популяционном уровне, вклад ее в увеличение ОПЖ населения региона. Потребность в развитии практики прогнозного регулирования скрининговой, лечебно-диагностической и профилактической деятельностью ОС на основе ПРР диктуется самой социально-экономической действительностью, в условиях которой функционируют здравоохранение современной России.

В США на основе ПРР давно практикуется прогнозное регулирование онкосервиса. Так, на основе анализа баз данных системы регистров в 2013 году в США прогнозируется [22] уменьшение числа заболеваний ЗНО (ожидается 1660290 новых случаев) и смертей от них (580350 смертей от ЗНО). По отношению к пику смертей от рака в начале 90-х гг. XX-го века, когда система ПРР была уже налажена, этот показатель снизился на 20% (с 215.1 до 173.1 на 100000 населения в 2009 г.). Во многом эта серьезная положительная динамика стала возможной благодаря развитой практике прогнозного регулирования онкосервиса на основе четко налаженной работы раковых регистров. Авторы цитируемой работы, опираясь на строгие статистические расчеты, дают обоснованный прогноз на ближайшее будущее о возможности дальнейшего прогресса в эффективности онкосервиса страны. Например, согласно их расчетам, прогресс возможен за счет контроля рака во всех слоях населения с акцентом на самые уязвимые социально-экономические группы населения.

По существу именно эта формулировка задач ОС ставилась перед советским здравоохранением, делавшим в противораковой борьбе основную ставку на систему специализированных диспансеров. В условиях абсолютно плановой экономики и патерналистской модели здравоохранения этот путь был оправдан, так как проблем с охватом диспансеризацией всего населения особых проблем не предвиделось. В те времена основную нагрузку в решении вопросов ранней диагности-

ки несли врачи амбулаторно-поликлинических учреждений, делалась особая ставка на онкологическую настороженность врачей этого звена [11]. Выше мы привели данные, свидетельствующие о том, что эта практика в настоящее время фактически является основополагающей в деятельности онкологического сектора первичного звена здравоохранения КО. Но при этом практика активного выявления в ЛПУ практически сведена к нулю. Почему это происходит?

В социально-экономических условиях, в которых работает ОС ныне, одной из сложных проблем диспансеризации именно *возможность охвата всего населения обслуживаемого региона*. Ее появление обусловлено тем, что место принципа патернализма и всеобщей плановости здравоохранения занял принцип совместной ответственности за здоровье – государства и самих граждан. Принцип этот заложен в Основной Закон РФ. Но практическая сторона реализации этого принципа, того, как именно он должен осуществляться на деле, в том числе - в практике диспансеризации, организационно еще не доработана. Понятно, что действенность этого принципа может быть обеспечена только *доступностью медицинской помощи*, определение которого дано было выше (см. раздел «IV» пункт «А»).

Но *доступность медицинской помощи – критерий, с которым в свою очередь нужно постоянно работать*. Скрининг, на наш взгляд, является одним из инструментов адресной работы над регулированием доступности онкологической помощи на всех этапах ее оказания. Развитие этой практики в районных ЛПУ на основе развитого ПРР составляет, на наш взгляд, один из перспективных организационных работ в сфере ОС. В этом смысле принцип разделения ответственности за здоровье между государством и гражданами в организационном плане, предполагает (пусть и не явно) особую роль регистров, в частности – роль ПРР, в реализации доктрины диспансеризации. Эта роль определяется возможностью регулирования доступности для населения всех этапов оказания медицинской помощи на основе деятельности регистров. ПРР должна принадлежать решающая роль в гибком регулировании онкологической помощи через сеть «прямых» и «обратных» связей между качеством результата с одной стороны и качествами структуры и процесса оказания онкологической помощи на разных уровнях ее организации – с другой. Дальнейшая перспектива использования ПРР области мы связываем, главным образом, именно с этим моментом.

Недостатки ПРР области идентичны во многом таковым, которые имеют место в большинстве региональных ПРР России и зарубежных стран, и на них неоднократно указывали многие авторы [1,8-10,12,13,23].

ПРР КО уже ныне заметно помогает в методической работе ОС, позволяя оперативно выявлять слабые моменты в сети «прямых» и «обратных» связей между ЛПУ, ведущими первичный прием больных в районах, и КДП и стационаром ОКБ, осуществляющими специализированное обслуживание этих больных. ПРР области позволяет не только подготовить основную отчетную документацию, но в целом позволяет реально оценивать объемы потребностей ОС и степень адекватности оказываемой специализированной помощи на региональном уровне, что способствует принятию адекватных управленческих решений по развитию ОС. В на-

стоящее время на основе базы данных ПРР начато отслеживание выживаемости при ЗНО на популяционном уровне. К началу 2015 года предполагается выйти на постоянный мониторинг наблюдаемой, скорректированной и относительной выживаемости больных ЗНО на популяционном уровне, получить первые данные о пятилетней выживаемости больных ЗНО в условиях новой конфигурации ОС области. Такой мониторинг предполагается сделать составным элементом в работе по совершенствованию качества и самой клинко-диагностической практики ОКБ.

В целом качество ПРР сводится к качеству информации, содержащейся в исходной первичной медицинской документации и организации ее потока между структурными единицами ОС, способствующей адекватному отражению базой данных ПРР реального положения дел в онкологическом секторе здравоохранения области.

К сожалению, пока есть ряд моментов, не позволяющих использовать все возможности ПРР. В частности, они обусловлены ненадлежащим выполнением некоторыми ЛПУ положений, по которым должна работать система ПРР. Первичная информация, получаемая ПРР, часто неполна. Это создает определенные трудности, например, при формировании однородных групп больных для сравнительных исследований и экстраполяции результатов на население в целом.

В КО сложным остается положение с установлением причин смерти, что отражается на качестве базы данных ПРР. В базу данных вносятся только документально подтвержденные случаи констатации онкологического диагноза, в том числе - посмертного. Часть таких случаев попадают в базу данных МИАЦ в обход ПРР. При ежемесячных сверках онкологической смертности по базе данных МИАЦ (Госкомстата) с базой данных ПРР мы обнаруживаем до десятка случаев посмертно установленных случаев ЗНО у лиц, никогда не состоявших на диспансерном учете. Не все из них удается уточнить документально. Наш опыт показывает, что имеющиеся расхождения между онкологической смертностью по данным ПРР и таковой по данным Госкомстата объясняются несоблюдением правил прижизненного взятия на учет и посмертной констатации ЗНО как причины смерти. К сожалению, диагноз «рак» иногда не подкреплён реальными данными за него, и его охотно используют в случаях, когда причина смерти установлена без проведения секционных исследований, что ныне стало частым явлением. Бывают случаи, когда на больного попросту при жизни не завели Извещения (форма N090/У) в ЛПУ, где диагноз был выставлен в качестве подозрения, и хотя обследование больного не было доведено до конца, все же, как выясняется при более тщательном исследовании амбулаторно-поликлинических документов, имелись все основания для принципиально онкологического диагноза. Влиять на этот факт через административные каналы при существующих полномочиях ОКБ трудно, да и едва ли целесообразно: вряд ли такое положение можно выправить без материальной мотивации врачей, привлекаемых к работе онкологического сектора здравоохранения в районах области.

Онкологическая смертность по данным МИАЦ всегда выше, чем по данным ПРР. Истинная онкологическая смертность находится где-то между ними, и важно, чтобы разрыв между данными служб ЗАГС и ПРР не был велик. В 2013 г. этот разрыв оказался заметно большим, что связано с тем, что с 2013 г. ПРР перестал получать данные непосредственно из агентства ЗАГС КО, и теперь получает их из МИАЦ в «усеченном» виде. До 2013 г. ПРР получал эти данные непосредственно в Агентствах ЗАГС, изучая персональные свидетельства о смерти, по которым можно судить о действительной обоснованности диагноза ЗНО. Поэтому уровень смертности больных ЗНО по версии ПРР до 2012 г. включительно были близки к таковым по версии МИАЦ. Сейчас важно восстановить практику ежемесячной выписки данных непосредственно из самих персональных свидетельств о смерти для окончательных сверок. Для этого требуется согласование между Минздравом и Агентством ЗАГС области доступа сотрудников ПРР к архивам Агентства.

Одним из недостатков текущей практики подготовки отчетностей по базе данных ПРР является использование главным образом «грубых» показателей (ИП) заболеваемости и смертности. Но это временные недостатки, связанные с недостаточностью штатов ПРР. К началу формирования годовых отчетов за 2014 г. планируется начало проведения на постоянной основе расчета показателей онкологической помощи в области в стандартизованных по возрасту величинах (европейских, мировых), а также популяционной выживаемости больных ЗНО наиболее частых в области локализаций. Выживаемость будет рассчитываться с учетом пола, возрастных групп, морфологических характеристик опухолевого процесса и прочих факторов. С 2015 года планируется начать изучение влияния различных факторов риска на население с учетом его возрастной структуры, что важно с точки зрения прогнозного планирования ОС области. Мы также рассматриваем возможность использования в ближайшей перспективе ряда новых показателей как критериев эффективности ОС, предложенных различными авторами в последнее время, а также собственных наработок в этой области.

Одна из важнейших задач ПРР в ближайшие годы – обеспечить возможность связать напрямую деятельность ОС области с макроэкономическими показателями региона. Но для успешной реализации таких планов основной проблемой на ближайшее время явится выработка единой методологической концепции развития ПРР области. Она находится на этапе формирования, носит пока фрагментарный характер, поскольку при ее разработке приходится учитывать конфигурации ОС области, сложившейся в конце 2009 г. и заметно отличающаяся от традиционных для России.

Вместо заключения

В целом доступность специализированной онкологической помощи в КО в последние годы возросла. С этим, главным образом, и связан рост доли ЗНО, выявленных в I-II стадиях в 2010-2012 гг., перераспределение в составе первично выявленных ЗНО в пользу II-й клинической группы, снижение доли больных, умерших

в течение одного года с момента установления диагноза ЗНО, и общей онкологической смертности. Этот рост обеспечен кадровыми, материально-техническими и организационными ресурсами стационара и КП ДЦ ОКБ и достигнут на фоне остающейся низкой активной выявляемости ЗНО на уровне ЛПУ общей сети. Характерно, что активная выявляемость ЗНО в последние годы составляет лишь около трети от уровня этого показателя в 2005 г. и все еще ниже, чем в среднем по России. При этом, несомненно, в последние годы выросла и онкологическая настороженность врачей ЛПУ общей сети.

Важно отметить, что работа онкологического подразделения КДП тесно связано с работой врачей неонкологических профилей; их взаимодействие в рамках одного учреждения стало более гибким. Это не может не влиять положительно на практику онкологической настороженности врачей этих профилей. Поэтому стали нередкими случаи выявления ЗНО (часто – стадий I-II) у больных, направленных к специалистам КДП неонкологического профиля. По существу в КДП происходит некий «сверхскрининг рака» - на уровне специализированной медицинской помощи. Подобный «сверхскрининг» - не альтернатива истинному скринингу первичными ЛПУ, а лишь его дополнение. Но он свидетельствует о преимуществах мощной многопрофильной больницы, где специалисты смежных профилей могут тесно взаимодействовать с онкологами, не говоря уже о том, что и сами онкологи часто имеют смежные специальности, иногда 2-3 таких специальностей. В этом смысле многопрофильное обслуживание онкологического пациента в условиях мощной по кадровой и материально-технической оснащённости ОКБ, имеет свои позитивные стороны для эффективного оказания специализированной онкологической помощи.

На фоне улучшения показателей специализированного звена ОС все более заметными становятся проблемы раннего первичного выявления ЗНО. Кадровые ресурсы ОС в районах области скудны и недостаточны для решения этой важной проблемы ОС на должном качественном уровне. Недостаточна оснащённость поликлиник диагностическим оборудованием, а имеющееся оборудование используется нерационально, неполно. Организационно первичная онкологическая помощь в ЛПУ общей сети не позволяет успешно решать задачи диспансеризации. Профилактические осмотры проводятся в основном формально: активное выявление ЗНО в них методологически не обеспечено, не поддержано кадровыми и материально-техническими ресурсами и носит в целом формальный характер. Видимо, последнее характерно для всех регионов России [12]. Первичные ЛПУ области ориентированы на формирование первичного потока больных онкологического профиля из стихийно складывающейся обращаемости населения за медицинской помощью, серьёзной работы по структурированию первичной обращаемости ЛПУ общей сети не проводят.

На рост потока больных онкологического профиля в КДП ОКБ повлиял главным образом рост онкологической настороженности врачей первичных ЛПУ и возросшие возможности онкологического подразделения КДП ОКБ. Но это как раз и свидетельствует о том, что именно в развитии практики скрининга ЗНО на

уровне ЛПУ первичного звена можно усматривать серьезный резерв в дальнейшем росте качества результата оказания онкологической помощи в области. В частности – резервы для повышения выживаемости при ЗНО в КО на популяционном уровне, связанные с ранней выявляемостью рака.

Кадровая проблема остается основной для районов области и от, ее решения во многом зависит устойчивость развития ОС области в последующие годы, укрепление завоеванных ею позиций. Отсутствие специалистов-онкологов в большинстве первичных учреждений здравоохранения области ограничивает грамотное использование практики онкологической настороженности врачей смежного профиля. Решение этой ключевой проблемы все больше выдвигается в число основных условий для того, чтобы сделать вклад выживаемости онкологических больных в ОПЖ населения региона ощутимым.

Но все же вопрос сейчас не в том, чтобы обязательно в районной поликлинике работал специалист-онколог по основной специальности. Важно, чтобы это был специалист, мотивированный на выполнение основной задачи - налаживание работы первичной ОС в поликлинике и доврачебное обслуживание населения. Очевидно, это предполагает соответствующее стимулирование работающего врачебного и среднего персонала. Такой специалист в ЛПУ районного уровня мог бы стать гарантом устойчивого взаимодействия первичного и специализированного звеньев ОС в дальнейшем.

Одна из важнейших текущих организационных задач развития ОС области – повышение эффективности использования ПРР для реального контроля рака на всех основных уровнях оказания медицинской помощи - доврачебном, первичном врачебном и специализированном. В развитии практики такого контроля мы видим дополнительные перспективы для совершенствования качества ОС области, ее способности реально влиять на ОПЖ, что позволило бы напрямую выйти к управлению ОС региона через основные макроэкономические показатели.

Выводы

I. Трудности оказания онкологической помощи населению КО на уровне первичного звена здравоохранения сводятся к следующим: *a)* кадровые ресурсы ОС в районах области недостаточны для выполнения задач ОС на качественном уровне; оснащенность поликлиник диагностическим оборудованием недостаточна; имеющееся оборудование используется неполно; *b)* организационные возможности ОС первичного звена для выполнения задач по диспансеризации не задействованы на нормативном уровне; в частности, активное выявление ЗНО методологически не обеспечено, носит формальный характер; онкологические кабинеты в целом ориентированы на формирование первичного потока больных онкологического профиля из стихийно складывающейся обращаемости населения за медицинской помощью и не пытаются регулировать эту обращаемость.

Позитивным моментом в оказании онкологической помощи на уровне первичной ОС области в последние годы стали: *a)* выросшая онкологическая насторо-

женность врачей районных ЛПУ общей сети; б) улучшение обеспеченности аптек, обслуживающих онкологических больных по месту жительства.

II. Качество результата оказания помощи онкологическим больным в КО в 2010-2013 гг. возросло, что связано с ростом доступности специализированного лечения. Улучшению доступа к специальному лечению больных ЗНО в КО способствовали: а) организационная перестройка работы КДП ОКБ; б) эффективная работа онкологического консилиума ОКБ, принимающего решения о стратегии по ведению пациентов (направление их на симптоматическое лечение по месту жительства или паллиативное и радикальное лечение в стационаре ОКБ); в) рост кадрового потенциала, оснащенности диагностическим оборудованием, объемов и спектра оказываемых специальной лечебно-диагностических услуг в подразделениях ОКБ, занятых обслуживанием больных онкологического профиля.

Литература

1. Барчук А.С., Чепик О.Ф., Мерабишвили В.М. и др. Наблюдаемая и относительная выживаемость больных раком легкого на популяционном уровне // Вестник Санкт-Петербургской государственной медицинской академии - 2006.-N1.-С.15-21.
2. Доклад Министра здравоохранения РФ В.Скворцовой на Национальном съезде врачей России// Медицинская газета, №7, от 31 января 2014г.
3. Жуйкова Л.Д. Оценка состояния онкологической помощи больным раком гортани Томской области на основе показателей выживаемости / Автореф. дисс... к.м.н.: Томск, 2012. – 26с.
4. Здравоохранение Калининградской области в цифрах в 2011-2012 гг. (Информационно-статистический сборник) – Информационно-аналитическое издание Минздрава КО/МИАЦ КО – г. Калининград.- 2013.- 242 с.
5. Злокачественные новообразования в России в 2012 году (заболеваемость и смертность)/под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой - М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздравсоцразвития России; 2014.-240 с.
6. Кутлумуратов А.Б., Поляков К.И., Вайсбейн И.З., Попов М.С. О новых тенденциях трехлетней выживаемости онкологических больных на популяционном уровне в Калининградской области// Росс. онкол. журн. – 2013, №5 - С. 42-47.
7. Лакин Г.Ф. Биометрия. – М.: Высш. школа. – 1990. – 352 с.
8. Мерабишвили В.М. Выживаемость онкологических больных – СПб.: ООО «Фирма КОСТА», 2006 – 440 с.
9. Мерабишвили В.М. Наблюдаемая и относительная выживаемость онкологических больных (популяционное исследование)//Росс. онкол. журнал-2012.-N3.-С.25-29.
10. Мерабишвили В.М. с соавт. Онкологическая служба в Санкт-Петербурге и районах города в 2007 году (заболеваемость, смертность, выживаемость). Ежегодник популяционного ракового регистра. – Комитет здравоохранения С-Пб, МИАЦ, ПРР, НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова. – С-Петербург. – 2008. – 256 с.
11. Павлов К.А., Пайкин М.Д., Дымарский Л.Ю. Онкология в практике поликлинического врача – 2-е изд-е, переработ., дополн. – М.: Медицина – 1987.– 320 с.
12. Петрова Г.В., Попова С.П., Старинский В.В. и др. Развитие системы популяционных раковых регистров в России // Вопр. онкол. - 2003.-N 4.-С.422-426
13. 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) // Вопр. онкол. - 2000.-N 3.-С.263-273

14. Постановление Правительства Калининградской области № 284 «О реорганизации отдельных государственных учреждений Калининградской области» - от 8 мая 2009г.
15. Приказ Минздравсоцразвития РФ №633 «Об организации медицинской помощи» -от 13.10.2005 г.
16. Приказ регионального Минздрава Калининградской области №354 «Об организации специализированной онкологической помощи населению Калининградской области в ГБУЗ “Калининградская областная клиническая больница”» - от 23.07.09.
17. Состояние онкологической помощи населению России в 2011 году. / Под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой - М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздравсоцразвития России, 2012.-240 с.
18. Esserman L.J., Thompson I.M., Reid B. Overdiagnosis and Overtreatment in Cancer An Opportunity for Improvement // JAMA. - 2013;310(8):797-798. doi:10.1001/jama.2013.108415.
19. Gohagan J., Marcus P., Fagerstrom R., Pinsky P., Kramer B., Prorok P. Baseline findings of a randomized feasibility trial of lung cancer screening with spiral CT scan vs chest radiograph: the Lung Screening Study of the National//Cancer Institute. Chest 2004; 126: 114–121.
20. Hillman B.J. Economic, legal, and ethical rationales for the ACRIN national lung screening trial of CT screening for lung cancer. Acad. Radiol.//2003; 10: 349–350.
21. Parkin D., Hakulinen T. Analysis of survival // Cancer Registration: Principal and methods IARC. - Sci publ.- №95 - 1991- Lyon: 159-176.
22. Patz E.F. Lung Cancer Screening, Overdiagnosis Bias, and Reevaluation of the Mayo Lung Project//Journal of the National Cancer Institute, Vol. 98, No. 11, June 7, 2006.
23. Patz E.F., Pinsky P., Gatsonis C., Sicks J.D., Kramer B.S., Tammemägi M.C., Chiles C., Black W.C.; Aberle D.R. Overdiagnosis in Low-Dose Computed Tomography Screening for Lung Cancer// JAMA Intern Med., 2013. doi:10.1001/jamainternmed.2013.12738.
24. Siegel R., Naishadham D., Jemal A. Cancer Statistics, 2013//CA Cancer J. Clin.- 2013; 63:11-30.
25. Swaminathan R., Brenner H. Statistical methods for cancer survival analysis/in: Cancer survival in Africa, Asia, the Caribbean and Central America (Surv.Can). Sankaranarayanan R., Swaminathan R., Lucas E.//IARC Scientific Publications, Vol.162 - Lyon, IARC, 2011.
26. Welch H., Schwartz L., Woloshin S. Are increasing 5-year survival rates evidence of success against cancer?//JAMA 2000;283:19

РЕСПУБЛИКА КАРЕЛИЯ



РАЗДЕЛ VIII

ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА РЕСПУБЛИКИ КАРЕЛИЯ

Е.А. Хидишян, Л.П. Гусенкова
ГБУЗ «Республиканский онкологический диспансер»

185007, Республика Карелия,
г. Петрозаводск, Лососинское шоссе, д. 5
Тел./факс: 8(8142)76-77-98, 78-03-11
Эл. почта: oms006@oms.karelia.ru

SECTION VIII

Oncology Service of the Republic of Karelia

E.A. Khidishyan, L.P. Gusenkova

Республиканский Онкологический диспансер является высококвалифицированным специализированным лечебным учреждением I категории, оказывающим амбулаторную и стационарную специализированную помощь населению республики Карелия численностью около 650 тысяч человек, осуществляющим многоплановую диагностику и современное лечение онкологических заболеваний всех локализаций. 70% врачей диспансера имеют высшую и первую квалификационную категории, 100% - имеют сертификат. Анализируя методы специального лечения, следует отметить, что частота применения наиболее эффективного комбинированного и комплексного методов лечения в Карелии (31,8%), стала выше в сравнении с предыдущим годом и соответствует среднему по России и выше среднего по Северо-Западу. Ежегодно стационарное лечение получают до 4000 пациентов, выполняется до 2,5 тысяч операций. Продолжается работа по организации ПОК в каждом районе республики и в каждой поликлинике г. Петрозаводска.

В последние годы, в связи с ростом заболеваемости ЗНО и смертности от них, МЗСР РФ и МЗСР республики Каре-

Republican Oncology Dispensary is a highly qualified specialized medical institution of the 1st category, that provides outpatient and inpatient specialized care to the population of the Republic of Karelia; it's about 650 thousand people involved in the diagnosis and modern cancer treatment of all localizations. 70% of physicians have the highest and the first qualification grades, 100% of them have certificates. Analyzing the methods of specialized treatment, it should be noted that the frequency of the use of the most efficient combined and complex treatment in the Republic of Karelia (31.8%) is higher compared with the previous year and corresponds to the average in Russia and above average in the Northwestern district. Annually inpatient treatment receives 4,000 patients, 2500 operations are performed. The organization of the functioning of quality assurance programme in each area of the Republic of Karelia and in each outpatient department in Petrozavodsk continues.

In recent years, due to increased cancer incidence and mortality, the Ministry of

лия больше внимания уделяется онкологической службе – улучшилось финансирование, а, следовательно, и оснащение диагностической и лечебной аппаратурой, лекарственное обеспечение.

За последние 10 лет показатель ранней диагностики увеличился на 15% и составил 48,7%. Показатель запущенности остается примерно на одном уровне – 20-22%. В структуре общей онкологической заболеваемости у женщин 1 место занимает рак молочной железы, рак легкого на 2 месте, на 3 месте – рак желудка; у мужчин – 1 место сохраняет рак легкого, 2 место – рак желудка, 3 место – рак предстательной железы.

Неуклонный рост заболеваемости определил одну из основных задач онкологической службы – внедрение в практику компьютерных раковых регистров.

Внедрение в республике автоматизированной информационной системы позволило усовершенствовать регистрацию и учет онкологических больных, упростить формирование отчетных форм, создать надежную базу данных о впервые заболевших и контингентах онкологических больных, возможность контролировать диспансеризацию больных, качество проведенного лечения. В настоящее время в базе данных ПРР содержится информация о 50790 больных со злокачественными новообразованиями, в том числе о 16300 живых.

Таким образом, за 60 лет существования онкологической службы в Карелии, в условиях экономической нестабильности, удалось сохранить и укрепить службу, продолжать развивать и совершенствовать лечебно-диагностический процесс, внедрять новые методы диагностики и лечения злокачественных новообразований и совершенствовать материально-техническую базу.

Healthcare of the Russian Federation and the Ministry of Healthcare of the Republic of Karelia have improved funding and, consequently, supplied the oncology service with diagnostic and medical equipment, pharmacological support.

Over the past 10 years, early diagnosis rate increased by 15% and achieved 48.7%. Indicator of desolateness remains at the same level - 20-22%. In the structure of total cancer incidence the 1st place is given to breast cancer, lung cancer – 2nd place, 3rd place - stomach cancer; among men – lung cancer is on 1st place, 2nd place - stomach cancer, 3rd place - prostate cancer.

Due to steady incidence growth one of the main tasks of oncology service - implementation of computerized cancer registries - is defined.

Implementation in the Republic of Karelia of automated information system has allowed to improve cancer patients' registration as well as to simplify the formation of report forms and to create a reliable database of newly diagnosed cancer patients and contingents, the possibility to control preventive medical examinations of patients and quality of the treatment. Currently, the database of the population-based cancer registry contains information about 50790 cancer patients, including 16,300 alive patients.

Thus, over 60 years of oncology service in the Republic of Karelia, in terms of economic instability, it's been possible to preserve and strengthen the service, continue to develop and improve the diagnostic and treatment process, introduce new methods of cancer diagnosis and treatment and improve the material and technical resources.

Согласно Приказу Министерства здравоохранения и социального развития Республики Карелия от 29.10.2014 г. № 382-ок исполнение обязанностей главного врача Республиканского онкологического диспансера возложено на **Рябкова Александра Андреевича** (заведующего информационно-аналитическим отделом онкодиспансера).

До октября 2014 г. Гл. врачом республиканского онкологического диспансера был Е.А. Хидишян, назначенный и. о. министра здравоохранения и социального развития Республики Карелия.

Этапы организации онкологической помощи в Республике Карелия

Начало организации онкологической службы в Карельской АССР относится к 1946 году, когда в г. Петрозаводске на базе хирургического кабинета городской поликлиники начал работать онкологический пункт, где велся учет и регистрация больных, страдающих злокачественными опухолями, наблюдение за больными после проведенного лечения. В 1952 году при Республиканской больнице организовано онкологическое отделение на 30 коек. В 1955 году приказом Минздрава КФССР онкологическое отделение Республиканской больницы было реорганизовано в Республиканский онкологический диспансер со стационаром на 40 коек.

С 1957 года Республиканский онкологический диспансер возглавил Двойрин Виктор Вениаминович, – блестящий организатор онкологической службы, высококвалифицированный хирург – гинеколог, в последующем защитивший кандидатскую и докторскую диссертации по актуальным вопросам онкологии. В дальнейшем возглавляли диспансер врачи, внесшие большой вклад в развитие онкологической службы РК – к.м.н. Кашин В.И., Белов В., Нильва С.Е.

С момента организации Республиканского онкологического диспансера в республике уделялось большое внимание развитию онкологической службы, укреплению материальной базы и внедрению современных методов диагностики и лечения злокачественных новообразований и предраковых заболеваний. В январе 1966 года принят в эксплуатацию новый корпус РОД, где разместились хирургическое отделение на 70 коек, радиологическое на 40 коек и все медицинские и вспомогательные службы. С 1968 года работает централизованная цитологическая лаборатория, в 1973 году при поликлинике открыт кабинет фиброгастроскопии и др.



Клинический корпус онкодиспансера



Административно-поликлинический корпус онкодиспансера

В настоящее время онкологическая служба республики представлена:

- головным учреждением – Республиканский онкологический диспансер,
- специализированным гематологическим отделением Республиканской больницы,
- онкологом Детской республиканской больницы,

- районными онкологами, которые ведут первичный прием, диспансерное наблюдение и обследование пациентов.

Структура Республиканского онкологического диспансера:

- Административно-хозяйственная часть.
- Бухгалтерия.
- Амбулаторно-поликлиническая служба

1. Диспансерное отделение – осуществляет прием онкологов, химиотерапевта, врача кабинета противоболевой терапии, функциональную диагностику, УЗИ

2. Маммологический центр – прием маммологов, эндокринолога, гинеколога, УЗИ.

- Дневной стационар на 14 коек (для проведения химиотерапии – 7, лучевой терапии – 4, хирургические – 3).

- Круглосуточный стационар на 180 коек:

- хирургическое отделение № 1 – 55 коек (в т.ч. 5 – для химиотерапии),

- хирургическое отделение № 2 – 55 коек (в т.ч. 5 – для химиотерапии)

- радиологическое отделение – 70 коек (в т.ч. 10 – для химиотерапии),

- отделение анестезиологии и реанимации с палатой интенсивной терапии на 6 коек,

- операционный блок на 4 стола.

- Организационно-методический кабинет с Популяционным раковым регистром, отделом автоматизированной обработки информации, архивом.

- Централизованная цитологическая лаборатория.

- Патологоанатомическое отделение.

- Эндоскопическое отделение.

- Рентгенодиагностическое отделение.

- Клинико-биохимическая лаборатория.

- Пансионат на 30 коек.



Руководители подразделений Республиканского онкологического диспансера Республики Карелия

Слева направо:

1 ряд:

И.о. заведующей рентгеновским отделением Крохина З.П. (по 2011г. возглавляла отделение)

Заместитель главного врача по лечебной работе Лазаревич О.В.

Заведующая диспансерным отделением Ястребова А.В.

Заведующая отделением радиотерапии Хайкичева Г.В.

2 ряд:

Врач-онколог по клинико-экспертной работе Калабина Г.А.

Заведующая эндоскопическим отделением Целигорова И.П.

Заведующая клинической лабораторией Герасимова Л.А.

Заведующая организационно-методическим кабинетом Гусенкова Л.П.

Заведующий патолого-анатомическим отделением Тумашевич А.А.

Главный врач Хидишян Е.А.

Заведующий хирургическим отделением №1 Скляр С.О.

Заведующий отделением анестезиологии и реанимации и палатой реанимации и интенсивной терапии Михайлов А.С.

Заведующий хирургическим отделением №2 Харитонов М.Л.

Основные демографические показатели по Республике Карелия

По данным Карелиястата, на начало 2013 года численность постоянного населения Республики Карелия составила 636932 чел., из которых 501930 чел. (78,8%) проживают в городской местности и 135002 чел.(21,2%) – в сельской. В 2008-2012 годах численность населения республики уменьшилась на 16834 чел., в 2012 году – на 2749 чел.

В 2008-2012 годах демографическая ситуация в республике Карелия характеризовалась следующими показателями:

Показатели/ годы	2008 год	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год
Рождаемость, на 1000 на населения	11,1	11,5	12,1	12,0	12,5
Смертность, на 1000 населения	16,2	15,5	16,2	14,8	15,3
Коэффициент младенческой смертности, на 1000 родившихся живыми	5,8	5	4,9	5,6	7,5
Материнская смертность, на 100 тыс. родов	13	0	12,8	0	25,1
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет (оба пола)	65,12	66,16	66,42	67,95	68,01

Анализ отдельных медико-демографических показателей произведен на основании последних данных Карелиястата с учетом Всероссийской переписи населения за 2010 год.

В структуре возрастно-полового состава населения республики, как и в прежние годы, сохраняется преобладание женского населения, так в общей численности населения республики доля женщин составляет 54,4%, доля мужчин 45,6%. Преобладание доли женского населения более выражено в старших возрастных группах.

В республике наметилась тенденция к росту общей численности населения молодежи трудоспособного возраста. За 2010-2012 годы доля данной категории населения в общей численности населения республики выросла с 15,8% (по состоянию на 01.01.2010) до 16,3% (по состоянию на 01.01.2012). Наибольшее количество «молодого» населения в 2012 году зарегистрировано в Пудожском, Кемском, Калевальском, Суоярвском и Олонецком муниципальных районах – 17,7-18,7% в общей численности населения соответствующих муниципальных образований. При этом, стоит отметить, что на протяжении рассматриваемого периода доля мужского населения среди лиц молодежного трудоспособного населения преобладает над женской как в общей численности населения соответствующего возраста (в среднем на 1,3%), так и в разрезе соответствующей половой принадлежности (в среднем на 3,5%). Доля лиц трудоспособного возраста в республике за 2010-2012 годы сократилась на 1,8 п.п. – с 61,9% до 60,1% от общей численности населения. Трудоспособных мужчин в республике отмечено больше, чем женщин – в среднем, на 1,2% в общей численности населения. А в разрезе соответствующей половой принадлежности, доля трудоспособных мужчин больше доли трудоспособных женщин, в среднем, на 14%. В республике также наблюдается увеличение доли лиц старших возрастов. За последние 3 года их доля в общей численности населения увеличилась с 22,2% (по состоянию на 01.01.2010) до 23,5% (по состоянию на 01.01.2012). Наиболее значительное «старение» населения отмечено в Беломорском, Лоухском, Питкярантском и Пряжинском муниципальных районах – 25,7-26,5% в общей численности населения соответствующих муниципальных образований. В данной возрастной категории по республике отмечается значительное преобладание женщин – в 3 раза. В соответствующих группах половой принадлежности, доля женщин старше трудоспособного возраста превышает долю мужчин в 2,5 раза.

В последние годы в республике, как и по всей России, происходил рост рождаемости. В 2012 году в республике родилось 8027 детей, что на 307 детей больше (на 3,98%) чем за 2011 год (7720 детей). Уровень рождаемости в 2012 году по сравнению с предыдущим годом увеличился на 4,2% и составил 12,5 родившихся на 1000 жителей (на 12,6% больше, чем в 2008 году). Уровень рождаемости в республике Карелия на протяжении последних 5 лет сохраняется одним из самых высоких в Северо-Западном федеральном округе и постепенно приближается к среднероссийскому показателю. Как и по всей стране и Северо-Западному округу, в Карелии мальчиков стабильно рождается больше, чем девочек.

В республике произошло снижение смертности населения от всех причин с 16,2 в 2008 году до 15,3 в 2012 году умерших на 1000 жителей (на 5,6% меньше, чем в 2008 году). В 2012 году в республике количество умерших составило 9761 чел. В структуре смертности находятся:

- на первом месте – болезни системы кровообращения (54%);
- на втором – новообразования (15,6%);
- на третьем – внешние причины (травмы) (10,2%).

Эти три группы причин обусловили чуть менее 80% всех смертельных исходов в 2012 году. В общем числе умерших сократилась доля умерших в трудоспособном возрасте с 36,1% (2008 год) до 32,3% (2012 год). По итогам 2012 года в разрезе причин смертности трудоспособного населения заметно выделяются следующие негативные тенденции среди мужского населения по сравнению с женским. Отмечается преобладание случаев смерти от:

- болезней системы кровообращения – в 4,6 раза;
- болезней органов дыхания – в 4 раза;
- болезней нервной системы – в 3,4 раза;
- некоторых инфекционных и паразитарных болезней – в 3 раза;
- злокачественных новообразований – в 2,5 раза;
- болезней органов пищеварения – в 2 раза.

Смертность мужчин данного возраста стабильно превышает смертность женщин в 3,7 раза. Естественная убыль населения стабилизировалась на уровне прошлого года и составила -2,8 на 1000 чел. населения. За последние 5 лет естественная убыль населения сократилась в 1,8 раза (с -5,1 в 2008 году до -2,8 на 1000 чел. в 2012 году). Улучшение параметров воспроизводства и миграции населения за последние годы привело к замедлению темпов убыли численности населения республики: по предварительным данным Карелиястата, общее сокращение в 2008-2012 годах составило 45%.

Среди муниципальных районов республики наиболее высокий показатель естественной убыли в 2012 году отмечался в Лоухском, Беломорском, Медвежьегорском и Олонецком муниципальных районах: -9,7, -8,5, -8,4 и -6,8 на 1000 населения соответственно, что значительно превышает среднереспубликанский показатель. Естественный прирост населения среди муниципальных образований республики, как и в прошлые годы, зарегистрирован в Костомукшском городском округе - 5,5 на 1000 населения. Впервые за последние годы естественный прирост населения зарегистрирован в Калевальском муниципальном районе – 0,4 на 1000 населения. Почти в 4,7 раза ниже среднереспубликанского уровня естественная убыль населения в Петрозаводском городском округе.

Положительные тенденции, сложившиеся в рождаемости и смертности за ряд последних лет, нашли своё отражение в показателе ожидаемой продолжительности жизни населения: она выросла с 65,12 лет (2008 год) до 68,01 лет (2012 год – оценочный показатель).

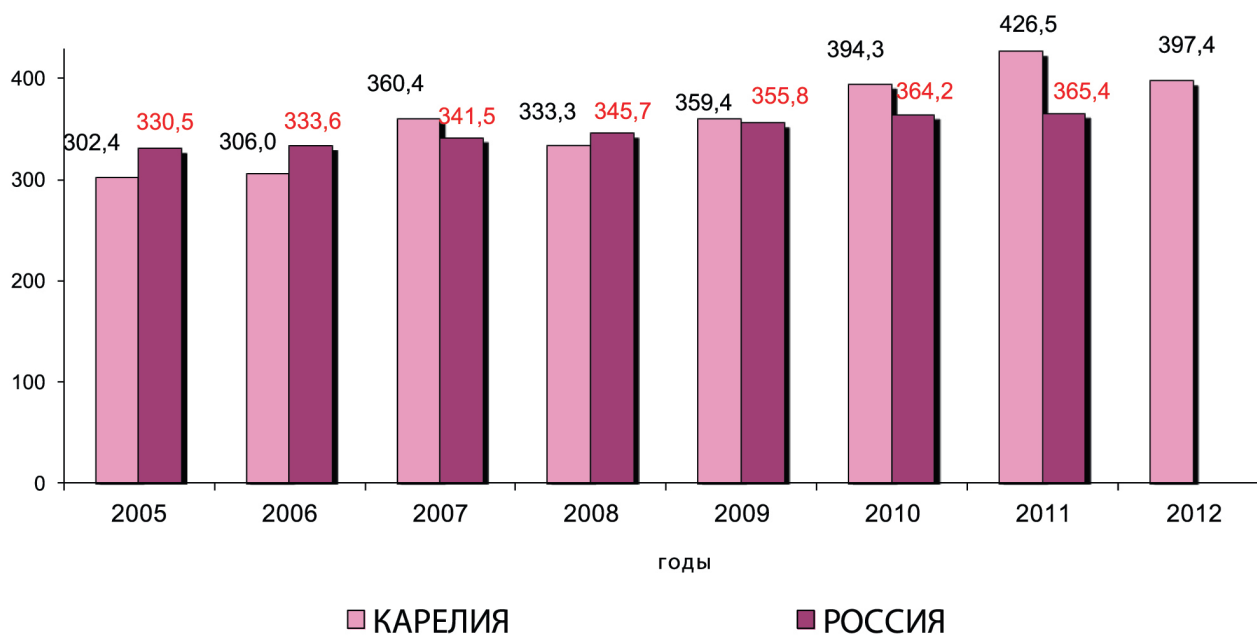
Несмотря на принятые Правительством республики Карелия меры, демографическая ситуация в республике остается непростой. В то же время в 2012 году, не-

смотря на ухудшение возрастно-половой структуры населения Карелии, удалось сохранить позитивные демографические тренды – повышение уровня рождаемости на 4,2% и стабилизация коэффициента естественной убыли (-2,8 на 1000 чел. населения). В результате проводимого комплекса мер по реформированию здравоохранения в 2012 году по сравнению с 2011 годом отмечено снижение смертности от: болезней эндокринной системы – на 34,8%, в том числе сахарного диабета – на 25%; болезней органов дыхания – на 14,7%; инфаркта миокарда – на 11,5%; психических расстройств – в 2,3 раза. В 2012 году ожидаемая продолжительность жизни при рождении выросла на 0,06 года.

Динамика основных показателей деятельности онкологической службы в республике Карелия

В течение последнего десятилетия отмечается рост показателя заболеваемости ЗНО, как в целом по России, так и в Карелии, как за счет истинного роста заболеваемости, так и за счет уменьшения численности населения РК. Показатель заболеваемости в 2012 году составил 397,4 на 100 тыс. населения, что выше среднероссийского (365,4 на 100 тыс. населения РФ в 2011 г.) и среднего по Северо-Западу (378,1). Из 10 регионов Северо-Западного округа (данные за 2011 год) в республике Карелия заболеваемость стоит на 2 месте после Новгородской области (430,7). В 2005 году Карелия занимала 8 место.

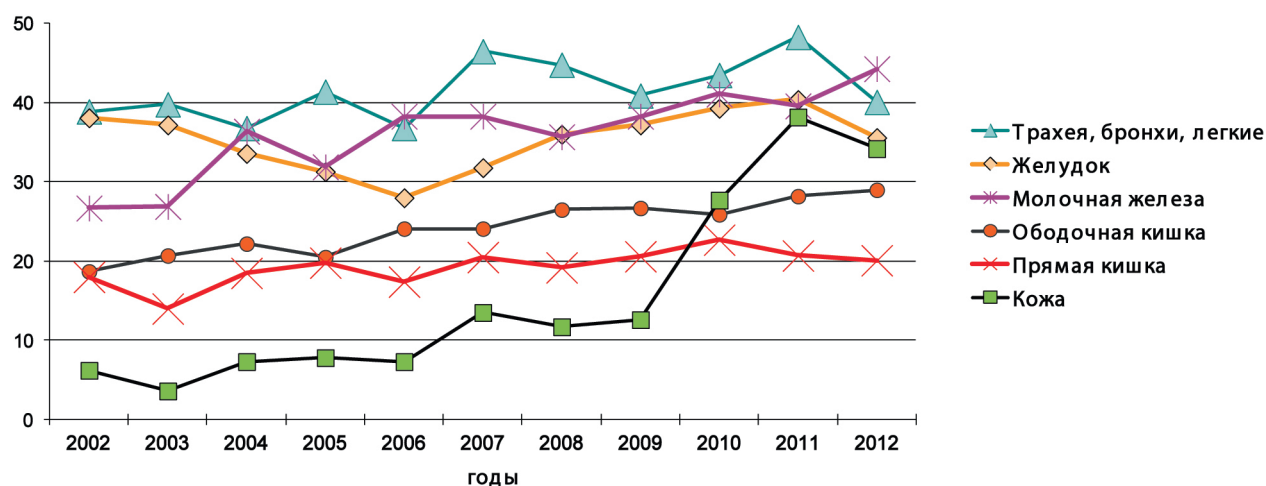
Заболеваемость злокачественными новообразованиями в Республике Карелия



2011 г.

2010 г.

Динамика заболеваемости ЗНО основных локализаций в Карелии за последние 10 лет

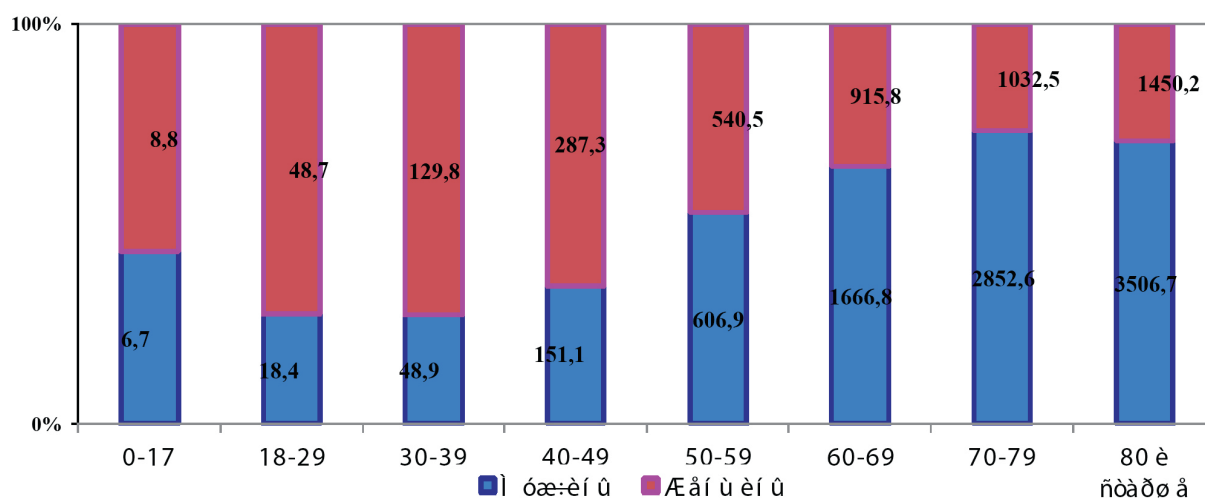


В 2012 году на I месте - рак молочной железы, как и в 2006 году. За последние 10 лет наблюдается рост заболеваемости раком молочной железы. Если в середине 90-х годов этот показатель равнялся 22,0 на 100 тыс. населения, то в 2012 г. он составил 44,3. В перерасчете на женское население – 78,8, что выше среднероссийского и среднего по СЗФО.

Рак легкого в структуре заболеваемости в течение пяти последних лет сохранял за собой I место, в этом году – на II месте и составил 40,1 на 100 тыс. населения, что ниже прошлогоднего (48,3). Заболеваемость по Карелии превышает среднероссийский показатель и средний по Северо-Западу. III место занимает рак желудка. В 2012 г. показатель заболеваемости снизился по сравнению с предыдущими годами и составил 35,6 на 100 тыс. населения, что выше среднероссийского и среднего по СЗФО. С 2010 года увеличилась заболеваемость раком кожи, в основном, за счет внесения гистологами коррекции при кодировании морфологического заключения. Все базалиомы учитываются как злокачественные, раньше при гистологическом заключении .../1 – на учет не брали. Если в 2009 году было зарегистрировано 87 случаев (12,6 на 100 тыс), то в 2010 — 190 случаев (27,7), в 2012 г. – 219 (34,2 на 100 тыс) и показатель занял 4 место, что ниже среднего по СЗФО и среднего по России. Еще две локализации характеризуются достаточно высокой заболеваемостью и ростом её: рак ободочной кишки (2000 г. – 18,2 на 100 тыс., 2012 г. – 29,0) и рак прямой кишки (2000 г. – 16,5; 2012 г. – 20,1), что выше среднего по России и СЗФО. Наиболее высокий уровень показателя заболеваемости ЗНО отмечается в районах, среди населения которых велик удельный вес старших возрастных групп. В 2012 г. в РК из общего числа зарегистрированных онкозаболеваний у сельских жителей - 633, что составило 24,8 %, у городских – 1915, т.е. 75,2 % заболевших (такое же соотношение и по России – 23,6% к 76,4%).

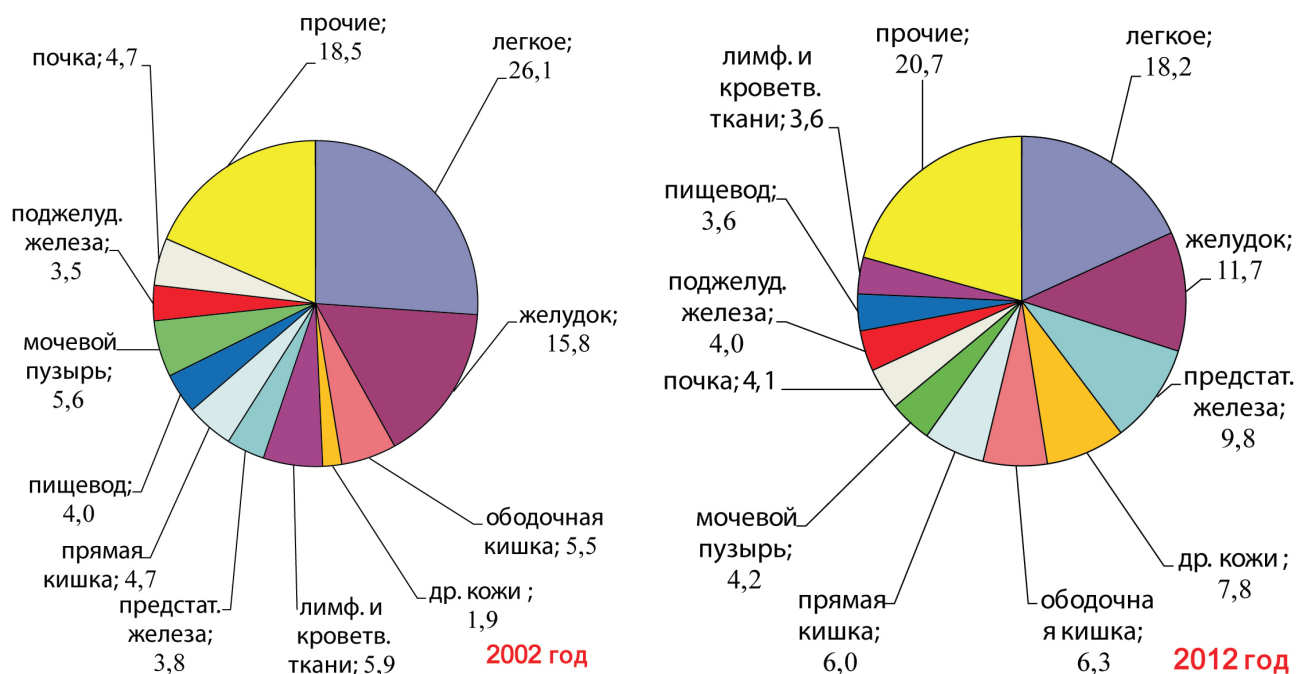
Повозрастная структура заболеваемости остается прежней. У мужчин и женщин максимальное число заболевших приходится на возрастную группу 60-80 лет.

Заболеваемость злокачественными новообразованиями различных возрастных групп населения Карелии за 2012 г. (на 100 тыс.)



Выше заболеваемость женщин в более молодом возрасте (до 50 лет), в основном за счет рака молочной железы и гинекологических локализаций; у мужчин – в возрасте 60-70 лет за счет рака легкого, желудка и предстательной железы.

Структура заболеваемости злокачественными новообразованиями мужского населения Республики Карелия

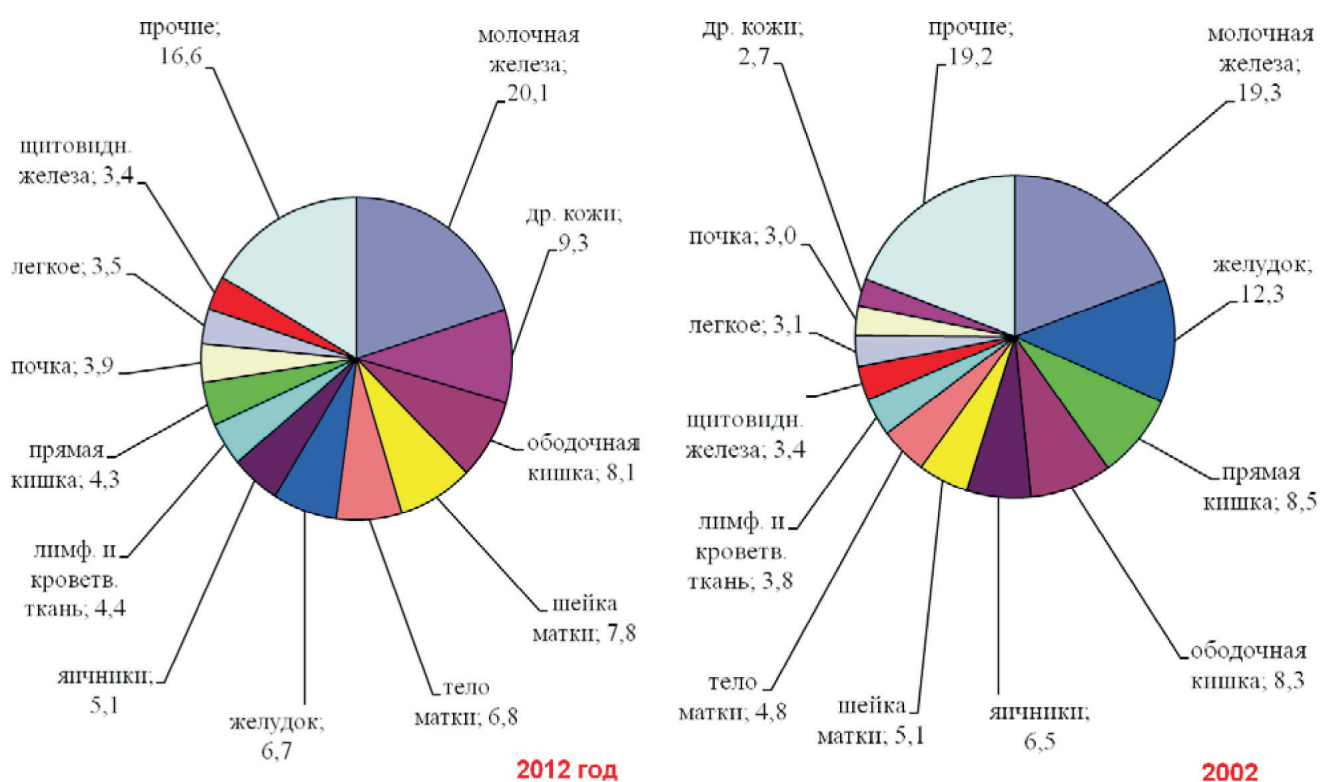


В структуре онкологической заболеваемости у мужчин 1 место сохраняет рак легкого - 207 заболеваний в 2012 г. – 18,2%; РФ – 18,9%; 2 место – рак желудка - 133 случая – 11,7%; РФ – 9,1%;

3 место – рак предстательной железы - 111 – 9,8%; РФ – 11,9%;

В сравнении с 2002 годом, меньшую долю в структуре заболеваемости стали занимать рак легкого, желудка, мочевого пузыря, лимфатической и кроветворной ткани. Увеличилась доля рака предстательной железы, кожи, пищевода, поджелудочной железы, колоректальный рак. Рак кожи в 2011 и 2012 г. поднялся на 4 место, по РФ занимает 3 место после легких и предстательной железы.

Структура заболеваемости злокачественными новообразованиями женского населения Республики Карелия

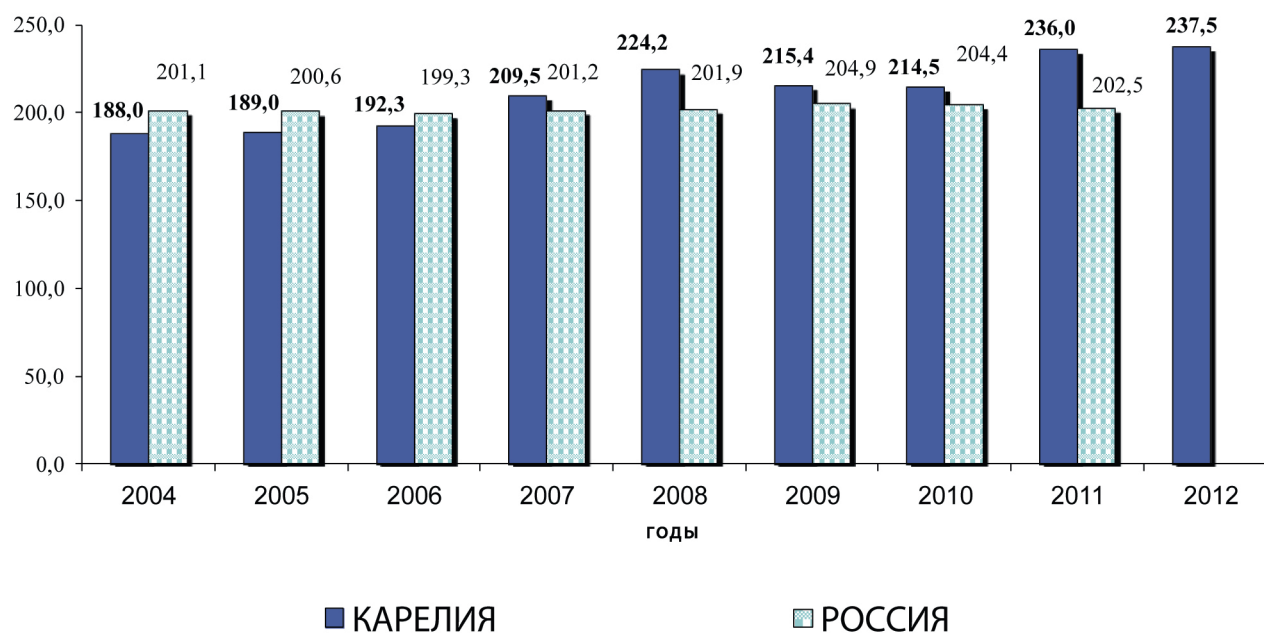


У женщин ведущей онкологической патологией является рак молочной железы (284 случая в 2012 г. – 20,1%), РФ – 20,4%. 2 место в 2012г., как и в 2011г., занимает рак кожи (кроме меланомы) 131-9,3%, РФ- 14,7%; на 3 месте рак ободочной кишки (в 2011г. был на 5 месте) 115 – 8,1%, РФ – 7,0%;

За последнее десятилетие доля рака молочной железы в структуре женской заболеваемости сохраняется на уровне 20%. Увеличилась доля рака шейки матки, кожи, тела матки, лимфатической и кроветворной ткани.

Реже стали отмечаться злокачественные новообразования прямой кишки, желудка, яичников. По России – 1 место молочная железа, рак кожи на 2 месте (14,7%) как и по РК.

Смертность от злокачественных новообразований по Республике Карелия



Показатель смертности от ЗНО в Карелии, как и в России, занимает III место после заболеваний сердечно-сосудистой системы, травм и отравлений у мужчин, а у женщин выходит на II место после заболеваний сердечно-сосудистой системы, III место занимают травмы и отравления. В 2009-2010 г.г. отмечалась тенденция к снижению смертности, в 2011 г. и 2012 г.г. - рост до 237,5 на 100тыс, что выше среднероссийского показателя (202,5 – в 2011г.) и среднего по Северо-Западу (228,5) за счет небольшого истинного увеличения и уменьшения численности населения. В структуре смертности сохраняется почти тот же порядок, что и в структуре заболеваемости. Наибольший удельный вес среди умерших приходится на рак легкого (33,7 на 100 тыс.), рак желудка (26,5), рак молочной железы (16,3), ободочной кишки (14,5), прямой кишки (13,8).

Одним из основных параметров, определяющих прогноз онкологических заболеваний, является степень распространенности опухолевого процесса на момент диагностики. В 2012г. 48,7% ЗНО были диагностированы в I-II стадиях, что ниже среднероссийского показателя ранней диагностики (РФ 49,8% в 2011г) и соответствует среднему по СЗФО (48,5%).

Локализация	Показатель ранней диагностики (I – II стадия) онкозаболеваний (%)						
	Карелия						Россия/ СЗФО
	2002 г	2005 г	2007 г	2010 г	2011 г	2012 г	2011 г
Кожа (без меланомы)	72,3	69,1	82,7	92,0	87,9	91,7	95,4 / 95,3
Тело матки	90,0	78,1	83,1	79,2	84,3	86,2	79,2 / 79,1
Шейка матки	66,0	63,8	81,6	75,5	81,0	75,7	62,0 / 66,7

Локализация	Показатель ранней диагностики (I – II стадия) онкозаболеваний (%)						
	Карелия						Россия/ СЗФО
	2002 г	2005 г	2007 г	2010 г	2011 г	2012 г	2011 г
Щитовидная железа	71,1	68,6	76,2	92,9	70,4	80,0	74,4 / 71,6
Молочная железа	48,0	61,6	64,6	63,6	62,2	74,9	65,0 / 63,1
Мочевой пузырь	54,5	64,3	58,3	63,9	51,6	73,7	66,9 / 66,4
Предстательная железа	50,0	54,9	41,0	47,9	51,8	47,2	47,7 / 50,1
Прямая кишка	26,6	33,5	31,0	38,2	42,7	38,0	48,2 / 44,1
Ободочная кишка	18,5	30,7	27,4	28,6	27,6	33,3	40,0 / 39,5
Желудок	23,3	20,6	17,8	36,9	25,2	29,0	27,2 / 26,6
Легкие	16,1	17,0	23,5	21,3	22,2	26,6	26,8 / 25,8
Пищевод	17,8	15,5	12,1	20,4	15,3	13,5	25,7 / 28,6
Все локализации	33,1	37,1	39,2	45,1	44,5	48,7	49,8 / 48,5

Выше среднего по России и Северо-Западу показатель ранней диагностики в Карелии и положительная тенденция в последние годы при раке шейки матки, тела матки, щитовидной железы, молочной железы, мочевого пузыря. Снизилась ранняя диагностика прямой кишки, предстательной железы, пищевода. За последние годы положительная динамика отмечается по ЗНО кожи, легких, ободочной кишки.

Традиционно основным критерием качества диагностики считается удельный вес ЗНО, выявленных в IV стадии, т.е. **показатель запущенности**. В течение последних лет показатель запущенности сохраняется на одном уровне – 19-20%. Среднероссийский показатель в 2011г. – 21,3%, средний по СЗФО – 18,8%. Реальный показатель запущенности выше, т.к. следует учитывать больных с ЗНО визуальных локализаций в III стадии процесса. С учетом этого обстоятельства в Карелии по-прежнему остается высокий уровень запущенности при раке прямой кишки 56,1% (РФ – 48,6%; СЗФО 52,1%), молочной железы 24,7% (РФ 33,9%; СЗФО 33,9%), т.е. около трети женщин с запущенным процессом.

За последние годы положительная динамика отмечается по ЗНО полости рта, легких, молочной железы, тела матки, яичников, почки.

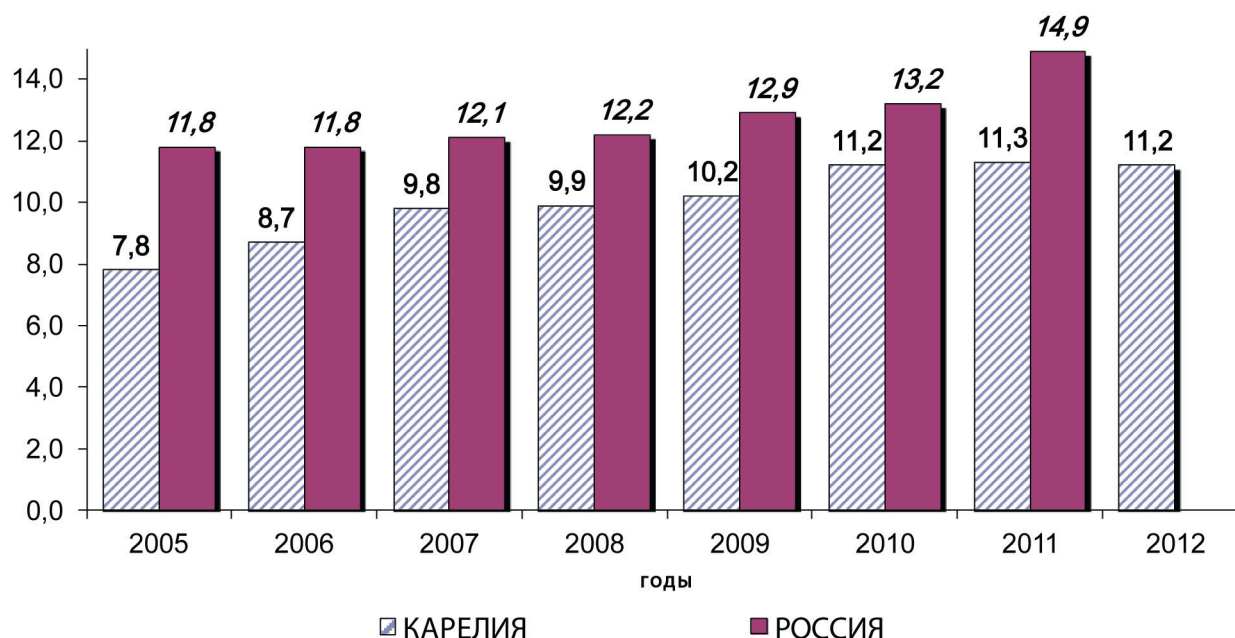
Анализ протоколов запущенности позволяет выявить основные ее причины: скрытое течение болезни 53,3%, несвоевременное обращение больного за мед. помощью 42,8%, неполное обследование — 1,7%, клиническая ошибка — 1,3%, отказ от обследования – 0,2%.

Локализация	Показатель одногодичной летальности (%)						
	Карелия						Россия / СЗФО
	2002 г	2005 г	2007 г	2010 г	2011 г	2012 г	2011 г
Пищевод	71,2	72,4	59,0	76,1	81,6	79,4	60,4 / 60,4
Легкие	58,7	58,1	55,3	66,3	66,4	64,9	53,2 / 54,5
Желудок	53,7	57,3	49,7	60,1	53,8	49,3	51,2 / 51,1
Ободочная кишка	36,1	43,6	34,7	36,4	36,3	33,1	30,5 / 31,7
Прямая кишка	40,6	30,2	30,1	36,1	33,1	31,6	27,7 / 28,7
Яичники	51,1	26,8	12,7	31,8	37,5	30,7	24,6 / 26,0
Мочевой пузырь	25,0	26,0	24,5	22,0	22,9	25,9	19,5 / 20,1
Гортань	41,5	21,2	21,7	37,5	20,8	25,9	25,3 / 27,9
Тело матки	15,3	9,0	13,2	19,3	16,9	11,1	10,4 / 12,0
Шейка матки	27,5	18,6	18,7	5,7	9,4	10,2	17,4 / 15,8
Молочная железа	14,6	8,9	9,7	6,4	7,1	9,9	8,7 / 8,7
Все локализации	39,8	36,4	30,2	35,3	32,9	31,7	27,4 / 27,9

Одногодичная летальность является более объективным критерием запущенности онкопроцесса, т.е. количество больных, умерших в течение 1 года с момента установления диагноза. Этот показатель составил в отчетном году 31,7%, отмечается тенденция к снижению, но остается выше среднероссийского. Большее количество больных погибает от рака пищевода – 79,4% (РФ – 60,4%; СЗФО – 60,4% в 2011г.), отмечается снижение показателя по сравнению с предыдущим годом, рака легких – 64,9% (РФ – 53,2%; СЗФО – 54,5%), рака желудка – 49,3% (РФ – 51,2%; СЗФО – 51,1%), яичников, прямой и ободочной кишки, мочевого пузыря и показатели по этим локализациям выше среднероссийских.

Из 2 167 больных, взятых на учет в 2012 г. у 242 ЗНО было выявлено при проведении медицинских профилактических осмотров, что составило 11,2%, это соответствует прошлогоднему показателю (11,3%), но остается ниже среднероссийского (14,9% в 2011г.), соответствует среднему по СЗФО (11,9%).

*Динамика показателя выявляемости онкопатологии на медпрофосмотрах
(Республика Карелия, 2005-2012 гг.), %*



Увеличился удельный вес выявленных активно ЗНО за последние годы тела матки – с 13 до 21,4%, РФ – 15,3%; СЗФО – 16,6%, молочной железы – с 17,2% до 29,4%, РФ – 27,1%; СЗФО 19,4%, яичников – с 2,8% до 20%, РФ – 11,7%, СЗФО – 11,7%. Значительно выше средней по России и Северо-Западу выявляемость на профосмотре рака шейки матки – 55,3%, РФ – 29,8%; СЗФО – 34,7% (2011г.). Из 242 больных, выявленных активно, 79,8% (в 2011г. – 73,6 %) имели I – II стадию заболевания, что выше среднего по РФ 67,2%. Доля больных с ЗНО визуальных локализаций составила 60,3% от числа больных с впервые в жизни установленным диагнозом, выявленных активно в I-II стадиях (РФ 64,8%).

Самым достоверным методом диагностики, указывающим на наличие злокачественного процесса, является морфологическое исследование операционного материала или биоптата. В 2012г. доля больных с **морфологическим подтверждением диагноза** составила 85%, что выше прошлогоднего показателя (80,1%) и соответствует среднероссийскому (85,8% в 2011г.). Низким остается удельный вес морфологически верифицированного диагноза рака легкого и в Карелии, и в РФ (РК – 64,2% в 2012г.; РФ – 64,2%, СЗФО – 71,5% в 2011г.), хотя отмечается положительная тенденция показателя.

Динамика показателя морфологической верификации по локализациям (%)

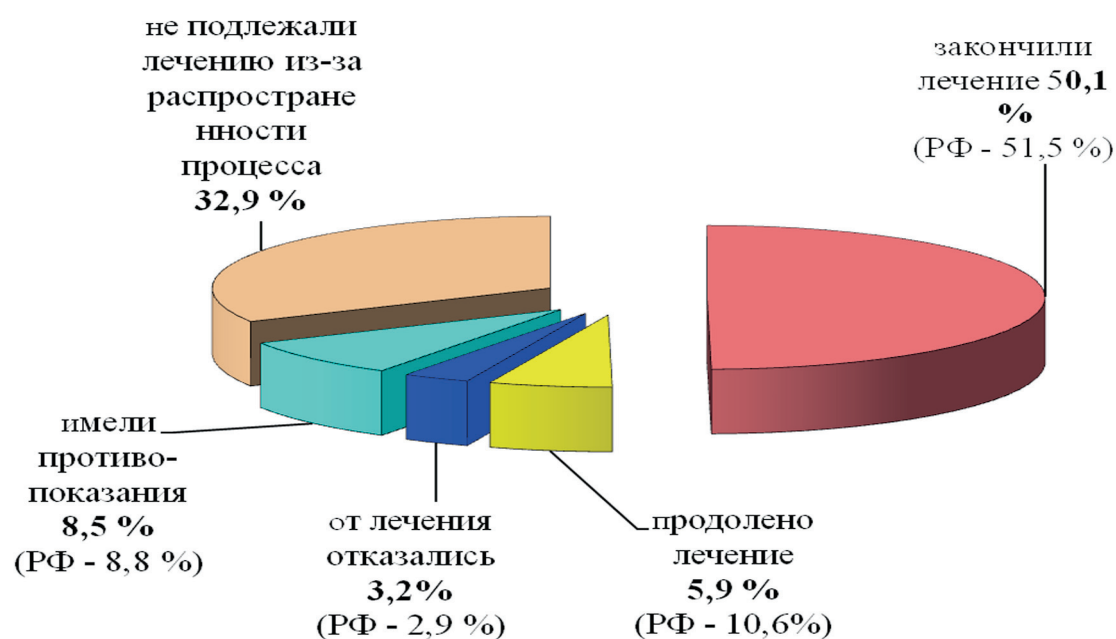
Локализация	Республика Карелия						РФ / СЗФО
	2002 г	2005 г	2007 г	2010 г	2011 г	2012 г	2011 год
Всего	75,6	80,0	79,6	83,5	80,1	85,0	85,8 / 87,0
Пищевод	74,6	81,0	77,3	83,6	80,6	86,5	84,0 / 90,2
Желудок	76,7	82,2	73,3	84,6	84,5	86,5	86,5 / 88,7

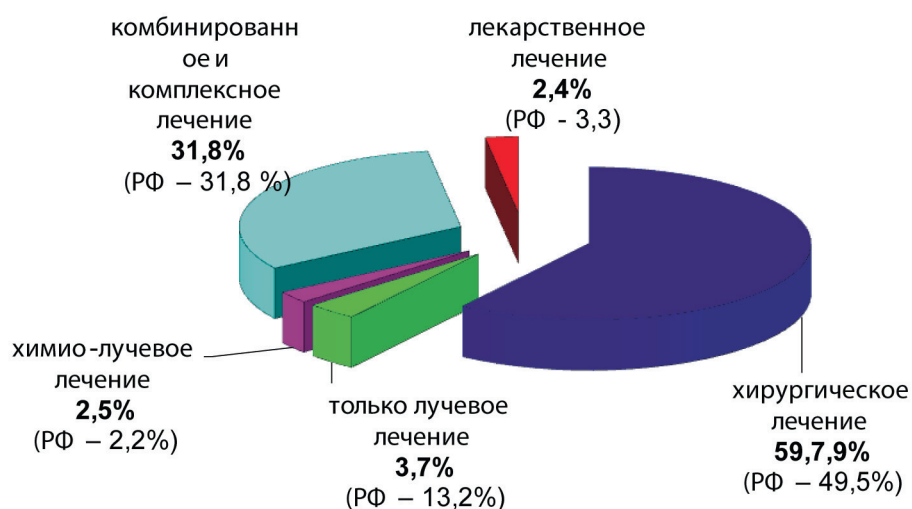
Локализация	Республика Карелия						РФ / СЗФО
	2002 г	2005 г	2007 г	2010 г	2011 г	2012 г	2011 год
Ободочная кишка	68,5	76,4	69,2	75,1	65,3	81,3	85,2 / 86,5
Прямая кишка	78,9	82,4	89,9	78,6	85,5	90,1	91,9 / 92,8
Гортань	96,4	100,0	96,9	100,0	89,3	96,4	94,9 / 92,8
Легкие	49,1	51,8	56,1	61,8	54,5	64,2	64,2 / 71,5
Меланома	97,6	97,6	94,2	100,0	97,9	97,7	97,9 / 95,4
Др. кожи	100,0	94,5	100,0	99,4	94,7	99,5	99,0 / 98,4
Молочная железа	93,6	95,5	93,8	96,6	97,2	97,9	96,6 / 93,2
Шейка матки	98,1	98,6	100,0	99,3	100,0	100,0	98,1 / 96,7
Тело матки	96,0	95,3	92,2	100,0	96,6	97,9	97,0 / 96,1
Яичники	90,9	88,0	93,0	81,2	82,7	84,9	90,1 / 88,5
Предстательная железа	91,7	95,8	88,0	90,7	87,5	86,8	92,0 / 92,8
Мочевой пузырь	84,8	87,5	75,0	78,7	64,5	77,2	87,6 / 85,4
Щитовидная железа	97,4	100,0	100,0	100,0	98,1	97,5	97,9 / 97,2

Выше среднероссийских показатели морфологического подтверждения диагноза при раке губы, раке шейки и тела матки, молочной железы, гортани.

Лечение больных злокачественными заболеваниями

Структура распределения больных злокачественными новообразованиями по показателю завершенности радикального лечения в 2012 г.



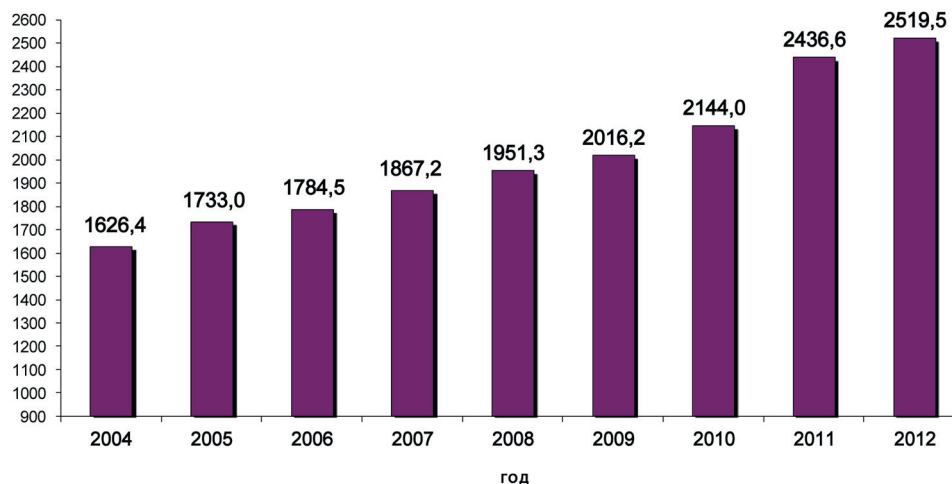


Удельный вес различных методов, применявшихся при лечении больных злокачественными заболеваниями в 2012 г.

По показателю завершенности специального лечения преобладают следующие локализации: шейка матки, меланома, тело матки, молочная железа. Анализируя методы специального лечения, следует отметить, что частота применения наиболее эффективного комбинированного и комплексного методов лечения в Карелии (31,8%), стала выше в сравнении с предыдущим годом и соответствует среднему по России и выше среднего по Северо-Западу (РФ – 31,8%; СЗФО – 27,7% в 2011г.). Комбинированное и комплексное лечение преобладает по следующим локализациям: яичники, молочная железа, пищевод, легкие, прямая кишка, мочевой пузырь. В 2012 году уменьшился удельный вес хирургического метода, как самостоятельного вида специального лечения и составил 59,7% (РФ – 49,5%; СЗФО – 57,7% в 2011г.). Доля лучевого метода в чистом виде составила 3,7%, что значительно ниже среднероссийского показателя (13,2% в 2011г.) и среднего по Северо-Западу (10,8%). Небольшая доля лучевой терапии объясняется широким применением лучевой терапии в плане комбинированного и комплексного лечения. Лучевая терапия, как самостоятельный метод лечения, использовалась в 2012г. при лечении больных со злокачественными новообразованиями пищевода 18,3% (РФ 19,5%), шейки матки 16,3% (РФ – 36,7%). Химио-лучевое лечение в РК выполнялось при трех локализациях: легкие, шейка матки и тело матки.

*Контингенты больных злокачественными новообразованиями, Республика Карелия
(на 100 тысяч населения).*

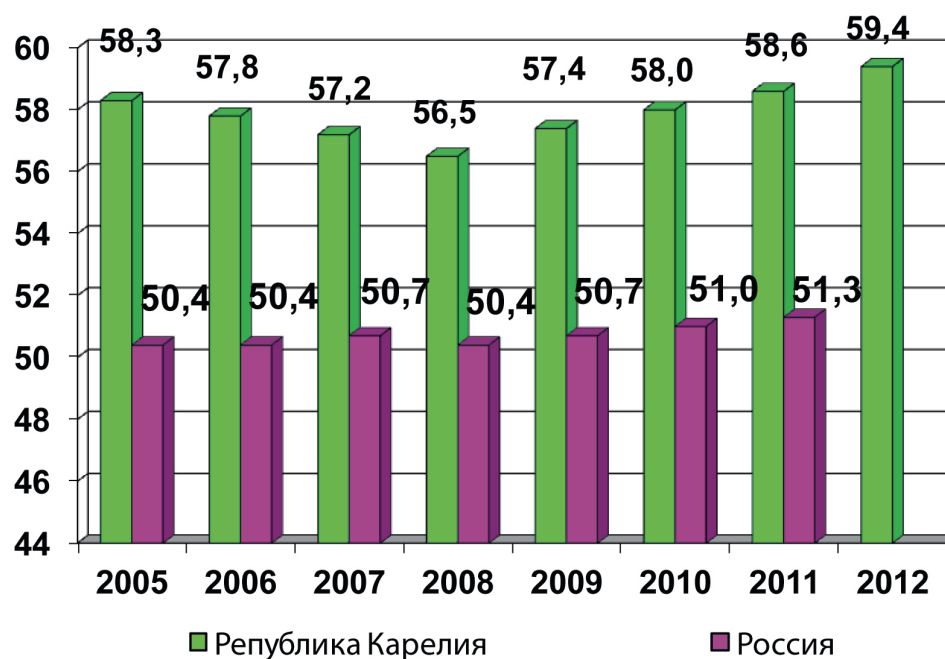
На конец 2012 года контингент больных со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете в Республиканском онкодиспансере, составил 16153 че-



ловек, т.е. 2519,5 на 100 тыс. населения Карелии, что выше среднероссийского показателя и среднего по Северо-Западу. Рост данного показателя за последние 10 лет обусловлен как ростом заболеваемости, так и увеличением выживаемости онкологических больных.

9591 человек или 59,4% всех больных со злокачественными новообразованиями, находившихся под наблюдением онкодиспансера, состояли на учете 5 и более лет, что стабильно выше среднероссийского показателя (51,3%) и среднего по СЗФО (52,4%). Отмечается рост данного показателя в течение последних лет за счет увеличения выявляемости ЗНО на ранних стадиях и более эффективного лечения таких пациентов.

Удельный вес больных ЗНО, состоящих на учете 5 и более лет (%) в Республике Карелия (%)



На основе данных Популяционного ракового регистра внедряется программа «Расчет выживаемости» для оценки отдаленных результатов лечения. Наличие компьютерной базы данных позволяет изучать специфику выживаемости и летальности в зависимости от различных факторов. Разработка данных выживаемости онкологических больных возможна при создании надежной базы с полными кодами МКБ, МКБ-0, TNM.

Наш первый опыт расчета показателей выживаемости в 2007 году был посвящен актуальной проблеме – увеличению заболеваемости раком молочной железы. База данных популяционного регистра Республики Карелия позволила оценить 10-летнюю выживаемость для больных, взятых на учет в 1995 году (177 человек). Большое значение на выживаемость онкологических больных оказывает стадия онкопроцесса. Изучив 5-летнюю выживаемость больных раком молочной железы, учтенных в разные интервалы лет: с 1994 по 1997 гг. (725 человек) и с 1998 по 2001 гг. (870 человек), установили, что увеличилась выживаемость больных с I и III стадией. Это обусловлено совершенствованием методов лечения рака молочной железы. Показатели по «всем стадиям» остаются примерно на одном уровне. На показатель выживаемости существенное влияние оказывает возрастная структура заболевших. Объем выборки группы больных составил 725 человек. 5-летняя выживаемость женщин до 50 лет составила в среднем 65%. Однако выживаемость в возрасте с 20 до 40 лет ниже, чем у женщин от 40 до 50 лет, что можно объяснить более агрессивным течением заболевания в молодом возрасте. Низкая выживаемость (30%) старшей возрастной группы (70 и более лет) объясняется наличием противопоказаний к специальному лечению и смертью больных от сопутствующей патологии.

В таблицах представлены показатели наблюдаемой, скорректированной и относительной выживаемости с 1 до 5 лет, рассчитанные в зависимости от пола, возраста, стадии заболевания по основным нозологическим группам онкологических больных, заболевших в 2000-2006 годах.

Показатели наблюдаемой (НВ) и относительной (ОВ) выживаемости онкологических больных (%) РК. Все локализации.

МУЖЧИНЫ																
Дата установления диагноза		2000г		2001г		2002г		2003г		2004г		2005г		2006г		
Абс. число больных		1041		1070		995		1032		1063		1104		1090		
		НВ	ОВ	НВ	ОВ	НВ	ОВ	НВ	ОВ	НВ	ОВ	НВ	ОВ	НВ	ОВ	
Период наблюдения (годы)		1	45,6	48,0	46,7	49,2	46,6	49,1	47,6	50,1	52,3	55,1	53,0	55,8	52,9	55,9
		2	34,9	38,7	33,8	37,5	36,4	40,3	38,1	42,3	44,7	44,7	40,7	45,3	40,8	45,5
		3	29,2	34,2	27,3	32,0	31,4	36,7	30,3	35,6	40,3	40,3	36,9	43,4	34,1	40,1
		4	25,6	31,7	24,4	30,3	27,6	34,1	26,6	33,0	30,7	38,2	30,8	38,5	29,8	37,2
		5	23,4	30,7	21,2	27,9	24,0	31,4	22,9	30,1	27,8	36,6	28,4	37,6	27,1	35,9
ЖЕНЩИНЫ																
Дата установления диагноза		2000г		2001г		2002г		2003г		2004г		2005г		2006г		
Абс. число больных		1054		1048		1096		1088		1245		1296		1318		
		НВ	ОВ	НВ	ОВ	НВ	ОВ	НВ	ОВ	НВ	ОВ	НВ	ОВ	НВ	ОВ	
Период наблюдения (годы)		1	61,3	63,2	65,7	67,7	65,6	67,6	67,4	69,3	69,7	71,9	72,6	74,9	70,5	72,9
		2	52,8	56,0	57,1	60,4	55,2	58,4	59,5	62,8	61,8	65,5	63,8	67,7	62,1	66,1
		3	46,6	50,9	51,6	56,1	49,7	54,0	53,9	58,4	56,5	61,7	59,2	64,6	57,0	62,5
		4	43,6	49,0	48,5	54,3	45,9	51,3	51,0	56,8	52,3	58,9	54,4	61,2	53,2	60,2
		5	41,0	47,4	44,9	51,8	42,9	49,4	48,5	55,5	48,7	56,7	51,3	59,5	51,3	60,2
ОБА ПОЛА																
Дата установления диагноза		2000г		2001г		2002г		2003г		2004г		2005г		2006г		
Абс. число больных		2095		2118		2091		2120		2308		2400		2408		
		НВ	ОВ	НВ	ОВ	НВ	ОВ	НВ	ОВ	НВ	ОВ	НВ	ОВ	НВ	ОВ	
Период наблюдения (годы)		1	53,4	55,7	56,1	58,4	56,6	58,9	57,7	60,1	61,7	64,2	63,6	66,3	62,5	65,3
		2	43,9	47,5	45,3	49,0	46,2	49,9	49,1	52,9	51,9	56,1	53,2	57,6	52,5	56,9
		3	38,0	42,7	39,3	44,1	41,0	45,9	42,4	47,5	46,3	52,0	49,0	55,1	46,6	52,6
		4	34,6	40,5	36,4	42,4	37,2	43,2	39,1	45,4	42,4	49,6	43,6	51,0	42,6	50,0
		5	32,3	39,3	32,9	40,0	34,0	41,0	36,0	43,5	39,2	47,6	40,8	49,7	40,4	49,5

Кумулятивная наблюдаемая, скорректированная и относительная выживаемость онкологических больных (%). Республика Карелия. Все локализации. 2000-2006г.г.

Период наблюдения (годы)	Наблюдаемая	Скорректированная	Относительная
МУЖЧИНЫ (абс. число – 7395)			
1	49,3 ± 0,6	50,1 ± 0,6	51,9 ± 0,6
2	37,9 ± 0,6	39,4 ± 0,6	42,1 ± 0,6
3	32,0 ± 0,6	34,2 ± 0,6	37,5 ± 0,7
4	27,9 ± 0,5	30,8 ± 0,6	34,7 ± 0,7
5	25,0 ± 0,5	28,3 ± 0,6	32,9 ± 0,7
ЖЕНЩИНЫ (абс. число - 8145)			
1	67,8 ± 0,5	68,4 ± 0,5	69,9 ± 0,5
2	59,2 ± 0,6	60,1 ± 0,6	62,7 ± 0,6
3	53,8 ± 0,6	55,3 ± 0,6	58,7 ± 0,6
4	50,1 ± 0,6	52,2 ± 0,6	56,3 ± 0,6
5	47,2 ± 0,6	49,9 ± 0,6	54,7 ± 0,7
ОБА ПОЛА (абс.число – 15540)			
1	59,0 ± 0,4	59,7 ± 0,4	61,5 ± 0,4
2	49,0 ± 0,4	50,3 ± 0,4	53,0 ± 0,4
3	43,4 ± 0,4	45,3 ± 0,4	48,8 ± 0,5
4	39,6 ± 0,4	42,1 ± 0,4	46,2 ± 0,5
5	36,7 ± 0,4	39,7 ± 0,4	44,6 ± 0,5

Наблюдаемая (НВ) и относительная (ОВ) выживаемость онкологических больных (%) по стадиям. Республика Карелия. Все локализации. 2000-2006г.г.

Период (годы)	Стадия									
	I		II		III		IV		Всего	
	НВ	ОВ	НВ	ОВ	НВ	ОВ	НВ	ОВ	НВ	ОВ
МУЖЧИНЫ										
1	93,0	97,9	80,7	85,1	49,2	52,0	17,9	18,9	49,3	51,9
2	85,0	94,2	69,8	77,8	33,6	37,5	10,1	11,2	37,9	42,1
3	80,2	94,0	60,0	70,6	26,3	31,2	7,5	8,7	32,0	37,5
4	75,1	93,3	53,2	66,4	22,2	27,9	5,4	6,7	27,9	34,7
5	71,2	93,8	47,2	62,5	19,3	25,8	4,1	5,5	25,0	32,9
ЖЕНЩИНЫ										
1	97,5	99,6	92,1	94,5	66,3	68,7	24,4	25,4	67,8	69,9
2	95,9	100,2	85,3	89,8	53,6	57,2	14,0	15,0	59,2	62,7
3	94,1	100,8	80,1	86,6	45,0	49,6	9,3	10,4	53,8	58,7
4	91,5	100,5	75,2	83,7	40,2	45,9	7,1	8,3	50,1	56,3
5	89,5	101,0	71,2	81,6	36,8	43,5	5,4	6,6	47,2	54,7
ОБА ПОЛА										
1	96,0	99,1	87,7	90,9	57,2	59,9	20,8	21,8	59,0	61,5
2	92,3	98,3	79,4	85,3	43,0	46,9	11,8	12,9	49,0	53,0
3	89,5	98,6	72,4	80,7	35,1	40,0	8,3	9,5	43,4	48,8
4	86,1	98,3	66,7	77,3	30,7	36,5	6,2	7,4	39,6	46,2
5	83,5	98,8	62,0	74,6	27,5	34,3	4,7	6,0	36,7	44,6

Наблюдаемая (НВ) и относительная (ОВ) выживаемость онкологических больных (%) с учетом возраста. Республика Карелия. Все локализации. 2000-2006 г.г.

Период (годы)	Возраст													
	15 - 29		30 - 39		40 - 49		50 - 59		60 - 69		70 - 79		80+	
	НВ	ОВ	НВ	ОВ	НВ	ОВ	НВ	ОВ	НВ	ОВ	НВ	ОВ	НВ	ОВ
	МУЖЧИНЫ													
абс.число	131	183	831	1730	2442	1784	243							
1	78,0	78,2	63,6	64,1	55,4	56,4	50,4	51,9	47,3	49,8	44,7	48,8	42,8	50,4
2	71,7	72,1	57,2	58,1	43,5	45,2	38,2	40,7	35,7	39,7	33,7	40,2	31,3	43,7
3	69,0	69,6	52,6	54,0	39,1	41,4	32,5	35,8	29,0	34,3	27,6	36,3	24,0	40,3
4	66,1	67,0	50,6	52,5	34,8	37,7	29,4	33,5	24,9	31,3	22,9	33,4	18,9	38,7
5	62,2	63,3	49,3	51,6	31,8	35,2	26,7	31,7	21,8	29,2	19,7	32,2	16,5	42,1
	ЖЕНЩИНЫ													
абс.число	218	443	1244	1662	1963	2020	551							
1	89,2	89,3	87,6	87,8	81,4	81,9	76,4	77,2	65,6	67,0	54,4	57,4	43,1	50,4
2	83,8	84,0	82,2	82,6	73,2	74,1	68,6	69,9	56,2	58,8	44,8	50,1	33,2	45,7
3	81,3	81,6	78,3	79,0	69,4	70,7	62,8	64,7	50,8	54,5	38,3	45,8	27,5	45,0
4	78,7	79,1	76,0	76,8	65,9	67,6	59,1	61,6	46,8	51,7	34,3	44,1	24,0	47,3
5	77,6	78,1	74,3	75,4	63,5	65,6	56,5	59,7	43,2	49,1	31,0	43,2	21,3	51,6
	ОБА ПОЛА													
абс.число	349	626	2075	3392	4405	3804	794							
1	85,1	85,2	80,7	81,0	71,0	71,8	63,1	64,4	55,4	57,6	49,9	53,4	43,0	50,4
2	79,4	79,7	75,0	75,6	61,4	62,7	53,1	55,2	44,8	48,4	39,6	45,5	32,7	45,1
3	76,8	77,3	71,0	71,9	57,4	59,2	47,4	50,2	38,7	43,5	33,3	41,4	26,4	43,6
4	74,1	74,7	68,7	69,9	53,6	55,9	43,9	47,5	34,6	40,6	28,9	39,2	22,5	44,8
5	72,0	72,8	67,2	68,6	51,0	53,8	41,3	45,6	31,3	38,4	25,7	38,2	19,9	48,8

**Наблюдаемая (НВ) и относительная (ОВ) выживаемость онкологических больных
Республика Карелия. По основным локализациям. 2000-2006г.г. (%).**

Локализация	Период (годы)	мужчины		женщины		оба пола	
		НВ	ОВ	НВ	ОВ	НВ	ОВ
Пищевод (С15)	1	31,1	32,8	32,8	35,2	31,6	33,6
	2	19,7	22,0	21,4	24,3	20,2	22,7
	3	15,4	18,4	12,7	15,3	14,5	17,4
	4	13,0	16,6	11,1	14,3	12,4	15,9
	5	10,9	15,0	8,6	11,9	10,2	14,0
Желудок (С16)	1	42,0	44,4	45,9	47,9	43,7	46,0
	2	29,8	33,2	33,2	36,1	31,3	34,5
	3	24,7	29,0	27,7	31,4	26,0	30,1
	4	21,6	26,8	24,6	29,2	23,0	27,9
	5	18,6	24,4	21,9	27,3	20,1	25,7
Ободочная кишка (С18)	1	56,3	59,7	53,2	55,5	54,4	57,2
	2	49,0	55,1	44,1	47,9	46,1	50,7
	3	42,0	50,2	37,9	42,9	39,5	45,8
	4	38,1	48,7	33,7	39,9	35,5	43,4
	5	34,0	46,7	31,8	39,6	32,7	42,4
Прямая кишка, ректосигмоидный отдел (С19 - 21)	1	60,3	64,0	58,5	60,8	59,4	62,4
	2	44,6	50,5	48,8	52,6	46,7	54,6
	3	37,8	45,7	41,4	46,4	39,6	46,1
	4	32,2	41,7	36,8	42,7	34,5	42,3
	5	27,6	38,3	33,8	40,8	30,7	39,7
Поджелудочная железа (С25)	1	19,1	20,1	19,9	20,9	19,5	20,5
	2	11,0	12,2	11,7	12,9	11,4	12,5
	3	9,5	11,1	8,7	10,1	9,1	10,6
	4	9,0	11,1	7,6	9,4	8,3	10,2
	5	7,4	9,7	6,0	7,8	6,7	8,7
Гортань (С32)	1	63,2	66,1	50,0	51,7	62,4	65,3
	2	50,9	55,7	33,3	35,7	50,0	54,6
	3	45,5	52,2	33,3	36,8	44,8	51,3
	4	41,5	50,0	33,3	38,1	41,1	49,3
	5	35,5	45,0	25,0	30,0	34,9	44,1
Легкие (С34)	1	34,3	36,1	40,9	42,6	34,9	36,8
	2	21,3	23,7	32,6	35,5	22,5	24,9
	3	14,4	16,9	26,9	30,9	15,7	18,4
	4	11,8	14,7	23,6	29,0	13,0	16,1
	5	10,0	13,2	19,0	24,9	10,9	14,4
Меланома (С43)	1	73,5	76,6	86,6	88,9	82,2	84,8
	2	59,6	64,8	78,1	82,2	71,9	76,5
	3	50,5	57,2	69,3	74,8	63,0	69,0
	4	45,3	53,7	31,9	68,5	56,3	63,6
	5	39,8	49,6	56,4	64,1	50,8	59,4

Локализация	Период (годы)	мужчины		женщины		оба пола	
		НВ	ОВ	НВ	ОВ	НВ	ОВ
Молочная железа (С50)	1	-		89,3	91,5		
	2			80,5	84,5		
	3			73,6	79,3		
	4			68,8	76,3		
	5			64,7	73,9		
Шейка матки (С53)	1	-		80,8	81,9		
	2			72,6	74,5		
	3			68,2	70,9		
	4			64,2	67,7		
	5			62,6	67,0		
Тело матки (С54)	1	-		84,6	86,5		
	2			78,0	81,5		
	3			76,1	81,1		
	4			73,2	79,7		
	5			70,0	78,1		
Яичники (С56)	1	-		67,5	68,8		
	2			52,0	53,9		
	3			43,9	46,2		
	4			40,5	43,3		
	5			38,4	41,7		
Предстательная железа (С61)	1	79,9	85,7	-			
	2	68,5	79,0				
	3	58,5	73,0				
	4	50,8	69,1				
	5	47,1	70,1				
Почка (С64)	1	68,7	71,6	77,7	79,8	72,8	75,4
	2	56,4	61,4	71,7	75,7	63,4	68,0
	3	52,3	59,5	67,4	73,3	59,2	65,9
	4	50,2	59,7	61,7	69,3	55,5	64,1
	5	45,4	56,5	56,9	66,2	50,7	61,0
Мочевой пузырь (С67)	1	70,5	74,8	71,9	75,3	70,8	74,9
	2	59,9	67,4	66,7	72,8	61,5	68,7
	3	51,8	61,9	61,5	69,8	54,0	63,8
	4	42,5	54,0	58,2	69,0	46,1	57,6
	5	40,6	54,7	54,8	67,7	43,8	57,8
Щитовидная железа (С73)	1	80,2	83,1	96,1	97,3	94,0	95,5
	2	78,2	83,8	95,5	97,8	93,3	96,0
	3	78,2	87,0	93,4	96,7	91,4	95,4
	4	76,1	87,9	91,8	96,3	89,7	95,2
	5	71,5	85,9	90,8	96,6	88,3	95,2
Лейкозы и лимфомы (С81-96)	1	57,7	60,0	55,7	57,3	56,7	58,7
	2	48,1	51,7	48,4	51,1	48,2	51,4
	3	44,0	48,9	43,7	47,3	43,9	48,1
	4	37,9	43,6	38,1	42,4	38,0	43,0
	5	33,6	40,1	37,1	42,2	35,3	41,1

4. Краткая характеристика клинической деятельности.

Республиканский Онкологический диспансер является высококвалифицированным специализированным лечебным учреждением I категории, осуществляющим многоплановую диагностику и современное лечение онкологических заболеваний всех локализаций.

Республиканский онкодиспансер оказывает амбулаторную и стационарную специализированную помощь населению Республики Карелия численностью около 650 тысяч человек. Имеет в своем составе три специализированных стационарных отделения: два хирургических на 110 коек и отделение лучевой терапии на 70 коек. Ежегодно стационарное лечение получают до 4000 пациентов, выполняется до 2,5 тысяч операций. Высокая квалификация хирургов позволяет выполнять весь спектр сложнейших операций при всех локализациях онкопроцесса, в том числе восстановительные, пластические с использованием лазера, микрохирургической техники, криовоздействия.

В 2005 году открыт стационар дневного пребывания пациентов на 14 коек для проведения курсов химиотерапии, хирургической и лучевой терапии, который уменьшил нагрузку на круглосуточный стационар, позволил перераспределить пациентов по степени тяжести. Ежегодно в дневном стационаре получают лечение 1500 человек.

Амбулаторная помощь осуществляется в диспансерном отделении и маммологическом центре, открытом в 2001 году. С 2005 года оба подразделения размещаются в капитально-отремонтированном здании. Нагрузка на амбулаторную службу – более 70 000 посещений в год (в 70-е годы нагрузка составляла порядка 20 тыс. посещений в год, в 80-е – 55 тыс.), в том числе в маммологическом центре – более 25 тыс. посещений в год. За 12 лет работы маммологического центра появилась тенденция к увеличению показателя ранней диагностики рака молочной железы (I – II стадия процесса) с 40% до 75%, активной выявляемости с 10% до 30%.

В диспансере работают врачи высокой квалификации, из которых 70% имеют высшую и первую квалификационные категории, 100% – имеют сертификат специалиста. Заведующая маммологическим центром Григорян М.И. и заведующий цитологической лабораторией Михетько А.А. – кандидаты медицинских наук. 5 врачей имеют звание «Заслуженный врач Республики Карелия», 1 врач – «Заслуженный работник здравоохранения», 2 врача – «Отличник здравоохранения». Ежегодно врачи повышают свой профессиональный уровень на центральных базах, медицинские сестры – на базе Петрозаводского медицинского колледжа. На базе онкодиспансера организован курс онкологии медицинского факультета Петрозаводского государственного университета, долгие годы которым руководили доктор медицинских наук Толпинский А.П. и Бахлаев И.Е., внесшие большой вклад в развитие онкослужбы Карелии.

В 90-е годы, в результате воздействия неблагоприятных экономических факторов, в т.ч. из-за недофинансирования, были практически прекращены выездная кураторская работа, проведение профосмотров, недостаточно закупалось оборудования и медикаментов. Особен-

но сильно пострадало начальное звено онкологической службы в районах РК. В последние годы, в связи с ростом заболеваемости ЗНО и смертности от них, МЗСР РФ и МЗСР Республики Карелия больше внимания уделяется онкологической службе – улучшилось финансирование, а значит и оснащение диагностической и лечебной аппаратурой, лекарственное обеспечение. Почти в каждом районе и поликлиниках г. Петрозаводска установлены маммографы, что позволяет обследовать большие контингенты женщин и улучшить раннюю диагностику рака молочной железы. Первичным звеном в организации онкологической помощи населению является первичный онкологический кабинет (ПОК), открытие которого предполагается в каждом амбулаторно-поликлиническом учреждении. ПОКи становятся массовыми проводниками идей совершенствования онкологической помощи в лечебную сеть, первыми консультантами поликлинических врачей по вопросам диагностики и лечения онкобольных, организаторами профилактических осмотров населения, направленных на выявление онкологических заболеваний. От них зависит полнота регистрации онкологических больных, эффективность их диспансерного наблюдения.

В последние годы, под методическим руководством РОД, возобновлена работа по организации ПОК в каждом районе Республики и в каждой поликлинике г. Петрозаводска. Проведено два курса тематического усовершенствования врачей ПОК на базе РОД совместно с кафедрой медицинского факультета (курса онкологии) Петр ГУ, обучены 36 человек. В настоящее время функционируют онкокабинеты в 12 из 17 районов Республики и в 3 из 5 поликлиник г. Петрозаводска. Врачи-кураторы РОД выезжают в районы для оказания консультативной, практической и организационно-методической помощи. Ежегодно организуется 14-15 выездов, проводится около 400 консультаций, до 50 диагностических исследований.

В 2012 году открыто отделение паллиативной помощи на 20 коек при Доме сестринского ухода в г. Петрозаводске.

С целью улучшения диагностических и лечебных возможностей онкологическая служба оснащается современным медицинским оборудованием. Активно внедряется иммуногистохимическая диагностика злокачественных опухолей предстательной железы, молочной железы с целью дифференциальной диагностики и определения чувствительности к химиогормонотерапии. Совершенствуются оперативные вмешательства при опухолях отдельных локализаций, а также пластические операции с использованием микрохирургии.

С целью совершенствования знаний врачей общей практики республики Карелия на базе онкодиспансера ежегодно проводятся республиканские семинары по ранней диагностике онкозаболеваний для врачей общей лечебной сети, образовательные семинары и конференции, видеоконференции с мастер-классом по новым технологиям диагностики и лечения онкологических заболеваний с привлечением специалистов из центральных институтов России. Врачи диспансера выступают в средствах массовой информации, публикуют научные статьи в специальных медицинских изданиях.

За последнее десятилетие завершена капитальная реконструкция административно-поликлинического корпуса, выполнен капитальный ремонт операционной и отделения анестезии и реанимации с установкой современного оборудования, капитальный ремонт хирургических отделений. Продолжается капитальный ремонт клинического корпуса. Планируется строительство радиологического корпуса.

Таким образом, за 60 лет существования онкологической службы в Карелии, в условиях экономической нестабильности, удалось сохранить и укрепить службу, продолжать развивать и совершенствовать лечебно-диагностический процесс, внедрять новые методы диагностики и лечения злокачественных новообразований и совершенствовать материально-техническую базу.

5. Краткая характеристика деятельности территориального ракового регистра. Характеристика базы данных ПРР.

Методическую работу онкологической службы Карелии обеспечивает организационно-методический кабинет онкодиспансера, который с 1996 года, в числе первых регионов Северо-Запада, перешел на автоматизированную систему регистрационного учета онкологических больных «Популяционный раковый регистр». С 2006 года используем версию 23.0.1.3 ПРР г. Санкт-Петербург, ООО «Новел СПб», с регулярным обновлением программы, изменением некоторых параметров в соответствии с нашими запросами. За что выражаем благодарность разработчикам во главе с к.т.н. Т.Л. Цветковой.

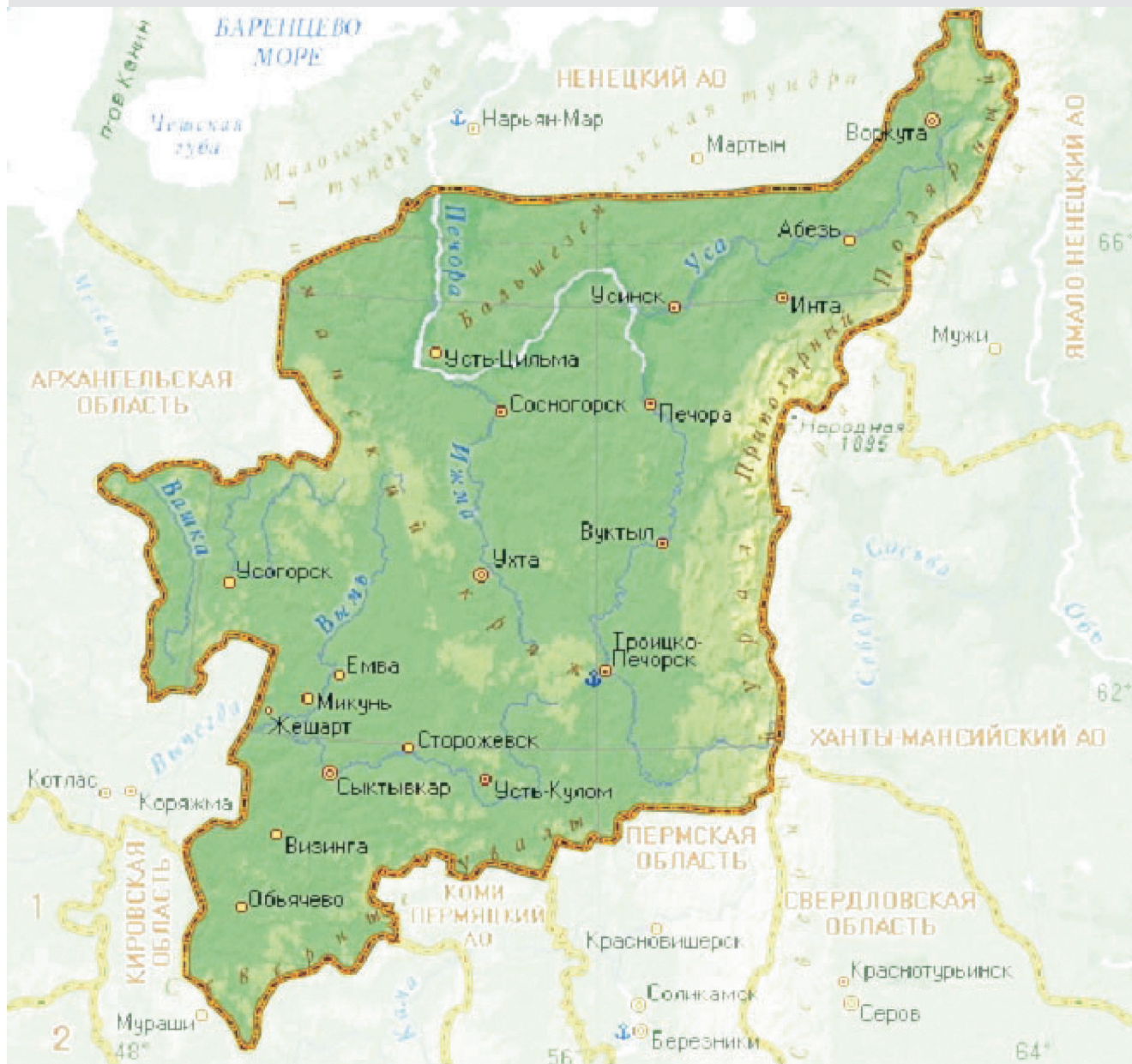
Внедрение в Республике автоматизированной информационной системы позволило усовершенствовать регистрацию и учет онкологических больных, упростить формирование отчетных форм, создать надежную базу данных о впервые заболевших и контингентах онкологических больных, возможность контролировать диспансеризацию больных, качество проведенного лечения. В настоящее время в базе данных ПРР содержится информация о 50790 больных со злокачественными новообразованиями, в том числе о 16300 живых. База данных ПРР оперативно пополняется сведениями об онкологических больных, пролеченных в Республиканском онкодиспансере, т.к. практически по всем локализациям специализированная помощь осуществляется в диспансере (за исключением гематологических и головного мозга). При оказании помощи онкологическим больным в других медицинских организациях Республики, информация также поступает в оргметодкабинет для ввода в ПРР. Данные об умерших получаем из Госкомстата ежемесячно. Ежегодно, перед формированием годового отчета, проводим сверку всех состоящих на учете с районными онкологами. Имеются трудности при сверке с поликлиниками г. Петрозаводска в связи с большим количеством контингента и отсутствием онкологов в поликлиниках. В тех поликлиниках, где решился вопрос с организацией первичного онкологического кабинета, ситуация улучшается. Для оценки от-

даленных результатов лечения используется программа «Расчет выживаемости». С 2013 года начали передавать базу данных ПРР в Москву для формирования Государственного ракового регистра.

Сотрудники оргметодкабинета регулярно принимают участие в научных конференциях и семинарах по новым информационным технологиям в онкологической статистике, по организации работы ракового регистра, проводимых на базе НИИ онкологии им. проф. Н.Н.Петрова профессором В.М. Мерабишвили. Благодаря чему находимся в курсе развития новых технологий, анализируем деятельность онкослужбы Карелии в сравнении с другими регионами, в личном контакте с представителями других регионов обсуждаем успехи и проблемы онкологической службы.

В настоящее время началось поэтапное подключение диспансера к Единой информационной медицинской системе Республики Карелия. Надеемся, что с вводом её в эксплуатацию в полном объеме, т.е. с ведением электронных медицинских карт по всей РК, будет более оперативно поступать в диспансер учетная документация и информация о пролеченных онкобольных.

РЕСПУБЛИКА КОМИ



РАЗДЕЛ IX

ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА

РЕСПУБЛИКИ КОМИ

Е.Б. Мельников, А.В. Якимов

ГУ «Коми республиканский онкологический диспансер»

167904,
Республика Коми, г. Сыктывкар, ул. Ньючимское шоссе, д. 46
Тел./факс: 8(8212)23-76-84, 8(8217)23-62-98
Эл. почта: komikrod@mail.ru

SECTION IX

Organization of cancer care to the population of the Komi Republic

E.B. Melnikov, A.V. Yakimov

В 2012 г. онкологическая служба Республики Коми отметила свое 60-летие. За эти годы произошли значительные изменения в ее организации, деятельности, материально-технической оснащенности. В настоящее время онкологическая служба республики представляет собой организованную систему лечебно-профилактических учреждений с определенными функциями каждого подразделения: смотровые кабинеты, первичные онкологические кабинеты, отделения детской онкогематологии в ГУ «Республиканская детская больница», онкологические койки в хирургических отделениях ГБУЗ РК «Коми республиканская больница», ГБУЗ «Ухтинская городская больница», городской онкологический диспансер в г. Воркуте. Структура службы и ее задачи регламентированы приказами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 915н от 15 ноября 2012 г. «Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю онкология» и № 255н от 20 апреля 2010 г.

In 2012, the Oncology Service of the Komi Republic celebrated its 60th anniversary. Over these years significant changes occurred in its organization, performed activities, material and technical equipment. Currently the Oncology Service of the Republic is an organized system of healthcare institutions with specific functions of each division: rooms for patients' examination, primary cancer care consulting rooms, departments of pediatric oncohematology in State Republican Children's Hospital, oncology beds in surgery departments of GBUZ RK Komi Republican Hospital, GBUZ Ukhtinskaya municipal hospital, Oncology Dispensary in the city of Vorkuta. Structure of the service and its tasks are regulated by orders of the Ministry of Healthcare and Social Development of the Russian Federation № 915n dated November 15, 2012 «Procedure of healthcare and medical assistance to the population in the field

«Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями».

В 2012 г. в Республике Коми функционирует 2 онкологических диспансера, общая коечная мощность которых составляла 279 коек. В г. Ухте функционирует 19 онкологических коек, также медицинскую помощь онкологическим больным оказывают хирургические отделения ГБУЗ «Коми республиканская больница». Численность врачей-онкологов составляла 35, радиологов - 6.

Деятельность службы охватывает широкий круг вопросов: выявление возможных канцерогенных факторов окружающей среды, формирование групп повышенного онкологического риска с разработкой и реализацией профилактических мероприятий, выявление и своевременная уточняющая, а, в ряде случаев, первичная диагностика онкологической патологии, регистрация больных с впервые установленным диагнозом злокачественного новообразования, проведение им специального адекватного лечения с последующим диспансерным наблюдением, включающим комплекс реабилитационных мероприятий.

В своей деятельности онкологическая служба тесно связана с общей лечебной сетью, которая осуществляет выявление опухолевых и предопухолевых заболеваний, симптоматическое лечение онкологических больных IV клинической группы. В исключительных случаях, при возникновении острой ситуации, учреждения общей лечебной сети оказывают экстренную хирургическую помощь.

Отмечается тенденция к росту показателя активной выявляемости ЗНО при проведении профилактических осмотров, который в 2012 г. составил 12,5%. Одно-

of oncology» and № 255н dated April, 20 2010 «On procedure of medical care for children with cancer».

In 2012, there were two oncology dispensaries in the Komi Republic, with total hospital bed capacity of 279 beds. There were 19 beds for cancer patients in the city of Ukhta, surgery departments of GBUZ Komi Republican Hospital provided medical care for cancer patients as well. There were 35 oncologists and 6 radiologists.

The oncology service deals with a wide range of issues: identification of possible carcinogenic environmental factors, formation of high-risk cancer groups with the development and implementation of the preventive measures, detection, early and more precise diagnostics, and in some cases, primary diagnostics of cancer, registration of patients with newly diagnosed cancer cases, special treatment provided to them followed by an adequate medical supervision in dispensary, including complex rehabilitation.

Activity of the oncology service is closely connected to general healthcare system, which performs detection of tumors and premalignancies, symptomatic treatment of cancer patients of 4th clinical group. In exceptional cases as in urgent situations, general healthcare facilities provide emergency surgical care.

There is a tendency of an increase in active detection rate of malignant tumors during routine medical check-ups that estimated at 12.5% in 2012. Simultaneously, in district healthcare facilities, the number of rooms for patients' examination and cancer care consulting rooms has increased. There

временно на базах районных ЛПУ расширяется сеть смотровых и онкологических кабинетов. В Республике Коми в поликлиниках и центральных районных больницах функционирует 32 смотровых кабинета и 22 первичных онкологических кабинета.

Активизация профилактической направленности совместной работы ЛПУ общей лечебной сети и онкологической службы способствовала росту выявляемости больных с ЗНО I - II стадии. Так, доля больных с ЗНО I и II стадии среди всех впервые взятых на учет в 2012 г. составила 47,7%, среди взятых на учет по поводу рака шейки матки - 62,4%, среди взятых на учет по поводу рака молочной железы - 69,8%.

Вместе с тем в структуре смертности населения республик Коми ЗНО занимают второе место после болезней сердечно-сосудистой системы. Среди умерших в трудоспособном возрасте (15 - 59 лет) доля умерших от ЗНО в 2012 г. достигла 14,5%. Доля женщин среди всех умерших также велика и составляет 21,9%, что требует повышения внимания медицинских работников к данной категории больных.

Под эгидой федеральных программ по онкологии: «О мерах по развитию онкологической помощи населению РФ» и «Национальная онкологическая программа по совершенствованию организации онкологической помощи населению» правительством республики Коми с 2012 года утверждена и начата реализация национальной онкологической программы в Республике Коми. Под программу выделены средства, как из федерального, так и регионального бюджета в размере 617 352 673,00 руб. Основные цели программы это повышение доступности медицинской помощи онкологическим больным, обеспечение со-

are 32 rooms for patients' examination and 22 primary cancer care consulting rooms in outpatient hospital and central district hospitals in the Komi Republic.

Activation of preventive approach of mutual collaboration of general healthcare facilities and oncology service led to an increase in the number of early detected cancer patients with stage I-II. Thus, the proportion of cancer patients with stage I and II among all new cases registered in 2012 was 47.7%, among registered cases: cervical cancer - 62.4%, breast cancer - 69.8%.

However, in the structure of mortality in the population of the Komi Republic malignant neoplasms are in the second place after diseases of the cardiovascular system. The proportion of cancer-related deaths reached 14.5% in 2012 out of all deaths among working age population (15-59 years). 21.9% women died among all deaths, this requires greater attention of health professionals to this category of patients.

Under the auspices of federal programs in oncology: «Measures aimed at development of cancer care to the population of the Russian Federation» and «National Cancer Programme of improvement the organization of cancer care to the population» the National Cancer Programme in the Komi Republic was approved and launched by the government of the Komi Republic since 2012. Money from the federal and regional budgets of \$ 617 352 673.00 rubles was given for realization of this programme. The main objectives of this programme are to increase access to medical care for cancer patients and to provide high level of treatment and rehabilitation of cancer patients

временного уровня лечения и реабилитации онкологических больных посредством внедрения новых медицинских технологий. Основные задачи программы это стандартизация и оптимизация системы оказания медицинской помощи онкологическим больным, улучшение показателя выживаемости, качества жизни больных с ЗНО, увеличение показателя раннего выявления ЗНО, снижение показателя смертности от ЗНО, а также программа предусматривает техническое переоснащение и капитальный ремонт зданий. Кроме этого в ходе реализации указанных мероприятий предусмотрено повысить онкологическую настороженность и ответственность врачей первичного контакта: терапевтов, хирургов, гинекологов, оториноларингологов, стоматологов, дерматологов и врачей других специальностей. Такой подход должен обеспечить более раннее выявление ЗНО, быстрое обследование пациентов на доспециализированном этапе и своевременное направление больных в онкологические медицинские учреждения для уточняющей диагностики и лечения.

Важным компонентом мер в борьбе с онкологическими заболеваниями станет выстраивание системы оказания медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями, включая стандартизацию кадрового и материально-технического обеспечения ЛПУ в соответствии с утвержденным Порядком.

Ожидается, что реализация мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями, позволит увеличить процент раннего выявления ЗНО, приведет к снижению инвалидности от онкологических заболеваний, создаст условия для равной доступности получения пациентами специализированной помощи независимо от места их проживания.

through the implementation of new medical technologies. The main tasks of the programme are standardization and optimization of the medical care system for cancer patients, growth of survival rate and improvement of quality of life for cancer patients, increase in the early cancer detection rate, reduction of cancer mortality rate, the programme includes technical upgrading and repair of buildings as well. In addition to the realization of these measures it is planned to increase oncologic alarm and responsibility of primary care physicians: general practitioners, surgeons, gynecologists, ENT specialists, dentists, dermatologists and other physicians. This approach should provide earlier cancer detection, a quick examination of patients at previous to specialized stage and timely referral of patients to healthcare facilities for cancer precise diagnostics and treatment.

Important component of measures in the fight against cancer will be the formation of the system of medical care for cancer patients, including standardization of personnel, as well as material and technical support of healthcare facilities in accordance with approved Procedure.

It is expected that the implementation of measures aimed at improving of medical care for cancer patients will help to increase the percentage of early detected cancer cases and lead to reduction in disabilities caused by cancer and create conditions for equal access to medical care for patients regardless their place of residence.



Евгений Борисович Мельников родился 13 июня 1975 года в городе Сокол Вологодской области. После средней школы поступил и закончил Ярославскую государственную медицинскую академию в 1998 году по специальности лечебное дело. В 1998 году прошёл интернатуру по хирургии на базе Коми республиканской больницы, после чего переведен в Республиканский противотуберкулезный диспансер на должность врача-хирурга. В ноябре 1999 г. призван на военную службу, где занимал должность врача части, начальника мед.пункта части, начальника мед.службы. уволен по окончании срока службы в ноябре 2001 г. После окончания службы восстановлен врачом-хирургом в Республиканский противотуберкулезный диспансер. В июле 2003 г. перешел работать в ГУ «Коми

республиканский онкологический диспансер» на должность врача онколога. После первичной специализации по онкологии на базе Уральской медицинской академии последипломного образования занимал должность врача-ординатора III онкологического отделения КРОД. С июня 2005 года занимал должность заведующего операционным блоком КРОД с совмещением в III онкологическом отделении. В феврале 2010 г. закончил ординатуру по специальности онкология на базе Кировской медицинской академии.

В 2011 году прошел повышение квалификации «Управление в сфере здравоохранения» на базе ФГБОУ ВПО «Российская академия народного хозяйства и государственной службы при президенте РФ», а так же профессиональную переподготовку по «Организации здравоохранения и общественного здоровья» на базе Кировской государственной медицинской академии.

С июля 2011 назначен главным врачом ГУ «Коми республиканский онкологический диспансер». В настоящий момент находится на должности главного врача.



*Основной корпус стационара ГУ
«КРОД» г. Сыктывкар, Нювчимское
шоссе, 46*

на 01.01.2012 г. составляет 889 тыс. 837 человек.

Становление онкологической службы в республике начинается с 1948 года, с момента создания онкологического пункта в одной из городских поликлиник города Сыктывкара, где работал один врач. Этот пункт стал заниматься выявлением и учетом онкобольных.



*Основной корпус стационара ГУ «КРОД»
г. Сыктывкар, Нювчимское шоссе, 46*

Заметным событием, сыгравшим положительное влияние на совершенствование борьбы против рака явилось открытие 6 сентября 1952 года республиканского онкологического диспансера. Предшествовало организации республиканского онкологического диспансера постановление Совета Министров Коми АССР от 30.04.1952 г. Диспансер в республике создан для обеспечения своевременной, высококвалифицированной специализированной (стационарной и поликлинической) медицинской помощи онкологических больных, а также для осуществления диспансерного наблюдения за онкологическими больными их учета, проведения анализа заболеваемости и смертности от онкологических заболеваний, анализа эффективности деятельности медицинской службы по профильному направлению, разработки территориальных программ противораковых мероприятий, осуществления методического руководства по организации и проведению мероприятий по раннему выявлению злокачественных новообразований, организации санитарно-просветительской работы по предупреждению злокачественных новообразований.

В 1953 - 1969 г. г. в лечении больных кроме хирургического применялись рентгеновские лучи. В связи с вводом в 1970 г. в эксплуатацию типового радиологическо-

1. История онкологической службы. Сеть онкологических учреждений.

Республика Коми в северо-восточном районе Европейской части Российской Федерации занимает площадь 416 тыс. км² протяженностью с севера на юг около 1200 км и с запада на восток 650 км². Часть этой территории находится за полярным кругом и в приполярной зоне, условиях Крайнего Севера, другая – Нечерноземной зоне страны. Республика имеет 20 административных территорий. Общая численность постоянного населения

на 01.01.2012 г. составляет 889 тыс. 837 человек.

Заметным событием, сыгравшим положительное влияние на совершенствование борьбы против рака явилось открытие 6 сентября 1952 года республиканского онкологического диспансера. Предшествовало организации республиканского онкологического диспансера постановление Совета Министров Коми АССР от 30.04.1952 г. Диспансер в республике создан для обеспечения своевременной, высококвалифицированной специализированной (стационарной и поликлинической) медицинской помощи онкологических больных, а также для осуществления

го отделения на 30 коек расширились возможности полноценного лечения больных в полном объеме, не выезжая за пределы республики.

С 1967 года в работу онкологов внедрена цитологическая диагностика. В 1977 году организована централизованная цитологическая лаборатория.

В настоящее время специализированную онкологическую помощь населению республики оказывают 2 диспансера: республиканский в г. Сыктывкаре и городской в г. Воркуте. Республиканский онкологический диспансер внекатегорийное учреждение руководит всей организационно-методической работой по онкологии на всей территории республики Коми, одновременно выполняет функции городского для г. Сыктывкара. На сегодняшний день мощность онкологического диспансера составляет 220 коек. В эту структуру входят отделения: торакальной онкологии с опухолями головы и шеи (30 коек), уроабдоминальной хирургии (40 коек), анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии, онкогинекологии с маммологией (45 коек), химиотерапии (30 коек), радиологии (45 коек), гематологии (30 коек) и дневного стационара (15 коек). В составе диспансера функционируют операционный блок, цитологическая и клиничко-диагностическая лаборатории, отделение лучевой диагностики, патологоанатомическое отделение.



Поликлиническое отделение ГУ «КРОД» на базе ГАУЗ РК «Консультативно-диагностический центр» г. Сыктывкар, ул. Куратова д.6

Поликлиническое отделение ГУ «КРОД» расположено на базе ГАУЗ РК «Консультативно-диагностический центр» занимая правое крыло первого этажа центра. Отделение рассчитано на 120 посещений в смену, прием ведут специалисты: маммологи, онкохирурги, онкогинекологи, онкоурологи, ЛОР-онколог, радиолог. Диспансер оснащен современной медицинской аппаратурой и оборудованием, позволяющим выявлять онкологические заболевания на ранних стадиях

и своевременно начинать проводить специализированное лечение. В онкологическом диспансере ежегодно получают лечение около 6567 тысяч пациентов с доброкачественными и злокачественными опухолями, в поликлинике за 2012 год прошло 46961 амбулаторных посещений.

В нашем диспансере проводятся современные виды хирургического, лучевого, химиотерапевтического лечения; внедрены и совершенствуются радикальные оперативные вмешательства при опухолях пищевода, поджелудочной железы, желудка, опухолях забрюшинного пространства, мочевого пузыря, женских половых органов; освоены все виды органосохраняющих операций при раке гортани, молочных желез, придатков, различные комбинированные операции. Оперативная активность за 2012 год составила порядка 80,3%. Проводится специальное противоопухолевое лекарственное лечение, включая цитостатическую, таргетную, гор-

монотерапию, на высокопрофессиональном уровне в соответствии с принятыми протоколами диагностики и лечения в Российской Федерации, а также клиническими рекомендациями ESMO, ASKO.



*Радиологический корпус ГУ «КРОД»
г. Сыктывкар, ул. Гаражная д.4*

В 2009 году введен в эксплуатацию новый корпус радиологического отделения диспансера на 3490,6 кв. метров с 6 каньонами. С этого момента радиологическое отделение оснащено новыми современными аппаратами: гамма-терапевтический аппарат «Theratron Eguninax 80», аппарат для проведения лучевой терапии линейными ускорителями «Elekta Precise Digital», аппаратом для проведения брахитерапии «Multisource HDR», рентгенотерапевтическим аппаратом «Gylmay D3 225», рентгеновским симулятором – Elekta, для проведения предлучевой подготовки.

Дневной стационар организован для проведения профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения. Проводится лекарственная терапия онкологическим пациентам: химиотерапия, лучевая терапия, иммунотерапия, гормонотерапия, с целью диагностики и лечения опухолей проводятся малые оперативные вмешательства. В отделении лучевой диагностики проводятся такие исследования как рентгенодиагностика, УЗИ исследования, рентгенмаммография, компьютерная томография.

Клинико-диагностическая лаборатория проводит широкий спектр исследований с применением инновационных лабораторных технологий ведущих мировых производителей (Siemens, Hitachi, Roche, Karl Zeiss), обеспечивает круглосуточную работу экспресс-лаборатории при реанимационном отделении.

Цитологическая лаборатория проводит исследование мазков на онкоцитологию по Папаниколау и экспресс-исследование материалов, с помощью которого клиницистами решаются вопросы тактики лечения как в день поступления пациентов в клинику, так и во время операции.

Оснащение патоморфологической службы позволило широко внедрить в практику методы трепан биопсии, иммуногистохимического исследования препаратов при раке молочной железы, для определения рецепторного статуса опухолей, что позволяет проводить специализированное лечение с учетом чувствительности к химио- и гормонотерапии.

Работа организационно-методического отдела ГУ «КРОД» построена в соответствии с приказом МЗ РФ от 15.11.2012г. № 915-н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «онкология». В от-

делении работают 1 медицинский статистик, 1 медицинская сестра, 3 оператора ПК, 2 врача – заведующий организационно-методическим кабинетом и заведующий кабинетом для обеспечения информационной системы оценки онкологической службы. В организационно-методическом отделе происходит сбор, обобщение и анализ статистических данных ракового, амбулаторного и госпитального регистров. На основании полученных данных проводится аналитическая работа, и принимаются решения о проведении различных организационных противораковых мероприятий в лечебно-профилактических учреждениях региона. Организационно-методический отдел осуществляет методическую работу по оказанию онкологической помощи по всей территории республики Коми (19 районов республики и г. Сыктывкар). Организационно-методический отдел координирует в лечебно-профилактических учреждениях республики Коми первичные онкологические кабинеты, которых функционирует 22, а также 32 смотровых кабинета. Важным направлением отдела является работа, направленная на совершенствование профилактической работы и противораковой помощи в регионе: проведение семинаров для врачей различных специальностей, подготовка информационных писем и методических рекомендаций, обучение врачей общей лечебной сети, онкологов и среднего медицинского персонала. Организационно-методический отдел является ответственным за медиапроект, направленный на профилактику и раннюю диагностику онкологических заболеваний, и за ведение сайта ГУ «КРОД».

В ГУ «КРОД» на базе организационно-методического отдела с 1990 г функционирует популяционный раковый регистр. С его помощью проводится персонифицированный учет онкологических больных по требуемым стандартам. Регистр содержит данные о 16 тысячах онкологических больных, состоящих на диспансерном учете и базу данных больных, умерших от онкологических заболеваний, за 25 лет. В оргметодотделе проводится ежегодный прием отчетов по онкологии от ЛПУ республики и формируется официальная государственная статистика по онкологии (форма № 7 и форма № 35). Популяционный раковый регистр позволяет оперативно проводить подробный комплексный анализ показателей, используемых для оценки состояния онкологической помощи в регионе. Информационная база популяционного ракового регистра лежит в основе научных работ, докладов сотрудников ГУ «КРОД». С 2010 года учет онкологических заболеваний ведется с помощью нового программного комплекса Про «Популяционный раковый регистр» разработчик ООО «Новел СПб». Внедрение нового программного комплекса позволило более углубленно анализировать, быстрее обрабатывать весь поступающий материал.

Амбулаторный регистр ведется в программе АСУ «Поликлиника». Здесь учитываются все посещения врачей поликлиники и выполненные диагностические манипуляции, и амбулаторные операции. Ежегодно в поликлинике диспансера регистрируется более 46 тысяч посещений. На основании данных амбулаторного регистра формируются различные ежемесячные, ежеквартальные и годовые отчеты и мониторинги, а также формируются реестры на оплату амбулаторно-поликлинической помощи.

Госпитальный регистр ведется в программе АСУ «Стационар». Проводится учет пациентов, пролеченных в дневных и круглосуточных стационарных отделениях ГУ «КРОД». С помощью данных госпитального регистра формируются различные ежемесячные, ежеквартальные и годовые отчеты и мониторинги, а также формируются реестры на оплату стационарной медицинской помощи.

Онкологический диспансер является клинической базой для кафедры хирургических болезней Коми филиала «Кировской ГМА», где проходят обучение студенты старших курсов, интерны, стажеры и курсанты.

В онкологическом диспансере трудятся 406 человек, из них 65 врачей (1 кандидат медицинских наук, 12 врачей с высшей категорией, 12 с первой категорией, 7 со второй категорией), 276 человек - среднего и младшего медицинского персонала.

Под эгидой двух федеральных программ по онкологии: «О мерах по развитию онкологической помощи населению РФ» и «Национальная онкологическая программа по совершенствованию организации онкологической помощи населению» правительством республики Коми с 2012 года утверждена и начата реализация национальной онкологической программы в республике Коми. Под программу выделены средства, как из федерального так и регионального бюджета в размере 617 352 673,00 руб. основные цели программы это повышение доступности медицинской помощи онкологическим больным, обеспечение современного уровня лечения и реабилитации онкологических больных посредством внедрения новых медицинских технологий. Основные задачи программы это стандартизация и оптимизация системы оказания медицинской помощи онкологическим больным, улучшение показателя выживаемости, качества жизни больных с ЗНО, увеличение показателя раннего выявления ЗНО, снижение показателя смертности от ЗНО, а также программа предусматривает техническое переоснащение и капитальный ремонт зданий.

Вторым по значению онкологическим учреждением в республике является



Основной корпус «Воркутинский городской онкологический диспансер» г. Воркута, ул. Пирогова, д. 7-б

«Воркутинский городской онкологический диспансер» на 59 сметных коек (45 онкологических и 14 радиологических), который обеспечивает оказание стационарной помощи онкобольным г. Воркуты, г. Инты и г. Печоры. С 2012 года в связи с оптимизацией является филиалом ГУ «Коми республиканского онкологического диспансера».

В г. Ухте с населением 121704 человек амбулаторная помощь осуществляется врачами онкокабинета городской поли-

клиники на 2,5 ставки врача-онколога. Стационарная помощь оказывается в хирургическом отделении городской больницы, где выделяется 19 онкологических коек. Проводится хирургическое и химиотерапевтическое лечение. Лучевое лечение больные получают в республиканском онкодиспансере.

С 2012 года все территории республики Коми имеют онкологические кабинеты с подготовленными специалистами. В г. Печоре с населением 56139 человек и в г. Инте с населением 33540 человек амбулаторно-поликлиническую помощь осуществляют онкокабинеты городских поликлиник с 1,0 ставкой врача – онколога. Кроме названных в республике еще 15 территорий из них 9 с центром в селе и 6 в городе. В 7 из них при ЦРБ выделены по 0,25-0,5 ставки врача-онколога, занятые врачами-совместителями различных специальностей.

Для оказания специализированной онкологической помощи детям в детской республиканской больнице выделены 10 онкологических коек, где оказываются хирургическая и химиотерапевтическая помощь солидными формами онкологической патологии, а с 2011 года организовано отделение пульмонологии и онкогематологии на 18 коек из 35.

Существующая сеть онкоучреждений оказывает всю специализированную диагностическую и лечебную помощь более 90% онкобольным, только 2,5—3,0% получают лечение за пределами республики и 7-7,5% в непрофильных лечебно-профилактических учреждениях общей лечебной сети.

Обеспеченность населения РК койками

Профиль коек	2000	2001	2002	2003	2005	2008	2009	2010	2011	2012
Онкокойки взрослые:										
на 10 тыс. нас.	1,8	1,9	1,9	1,9	2,01	2,17	2,20	2,22	2,22	2,5
на 1 тыс. перв. больн.	76,6	75,0	77,2	77,2	74,8	73,5	72,1	71,2	86,3	79,6
Онкокойки детские:										
на 10 тыс. нас.	0,5	0,5	0,5	0,4	0,45	0,4	0,4	0,3	0,5	0,8
на 1 тыс. перв. больн.	526,3	357,1	588,2	322,6	476,2	347,8	307,7	238,1	444,4	789,5
Радиологическое										
на 10 тыс. нас.	0,5	0,5	0,6	0,6	0,59	0,61	0,62	0,62	0,62	0,66
на 1 тыс. перв. больн.	21,1	23,3	22,8	23,3	22,1	20,7	20,2	19,9	24,1	22,2
Гематологическое										
на 10 тыс. нас.	0,3	0,3	0,3	0,4	0,48	0,5	0,5	0,46	0,41	0,39
на 1 тыс. перв. больн.	291,3	280,3	234,2	264,4	326,5	287,4	251,7	257,6	350,1	207,1

Обеспеченность на 10 тыс. населения онкологическими койками для взрослых по РК в несколько выше по РФ. Показатель обеспеченности койками на 1000 первичных больных выше по РК чем в РФ, в связи с более низкими показателями заболеваемости по РК в сравнении с РФ (на 5,0-7,0%).

В целом по республике Коми онкологические, радиологические и гематологические койки работают с высокой нагрузкой и интенсивнее чем в РФ. Онкологические койки по республике Коми работают в пределах 383,8 – 394,5 дня (по РФ – 346,3), за счет работы «приставных» коек так и за счет снижения средней длитель-

ности пребывания больного на койке с 12,5 дня в 2007 году до 10,9 дня в 2012 году. Интенсивность использования онкологических коек в ГУ «КРОД» стабильна высокая в пределах 384,1 в 2012 году до 398,5 в 2008 году.

Обеспеченность населения РК врачами-онкологами и радиологами

	2000	2001	2002	2003	2005	2008	2009	2010	2011	2012
Онкологами:										
на 10 тыс. нас.	0,23	0,22	0,24	0,25	2,6	2,1	2,4	2,1	2,9	3,9
на 1 тыс. перв. больных	9,6	9,4	9,9	10,5	9,7	7,0	7,9	7,0	11,4	13,3
число больн. на 1 врача	463,4	471,0	445,1	436,4	482,5	673,9	614,4	673,9	541,5	459,1
Радиологами:										
на 10 тыс. нас.	0,07	0,07	0,07	0,07	0,4	0,6	0,6	0,6	0,8	0,8
на 1 тыс. перв. больных	3,1	3,0	2,9	3,0	1,5	2,1	2,3	2,1	3,3	2,7

В абсолютном числе количество врачей онкологов за последние 5 лет возрастает с 15 в 2000 г. до 35 врачей в 2012 г. (2011 г. - 27, 2010 г. - 27 врачей, 2009 г. - 23 врача, 2008 г. - 20 врачей). Обеспеченность на 100 тыс. населения врачами-онкологами ниже, чем в РФ, и составляет 84,8% от показателя по РФ, врачей-радиологов - 80,0%.

Нагрузка на 1 врача-онколога по числу больных, состоящих на учете в 2012 году - 459,1 выше показателя по РФ на 4,4%, в связи с увеличением количества врачей онкологов в динамике уменьшается с 673,9 до 459,1 больных.

Из 35 врачей-онкологов 9 врачей (-25,7%) имеют квалификационные категории, в том числе высшую 3 врача - 8,6% (РФ - 31,3%), первую 5 врачей - 14,3%, вторую 1 врача - 2,9%. Из 7 врачей-радиологов 5 врачей имеют квалификационные категории - 71,4%, в т.ч. высшую 3 врача - 42,9% (РФ - 44,8%), первую 1 врач - 14,3%, вторую 1 врач - 14,3%.

2. Медико-демографические показатели здоровья населения в республике Коми

По данным Территориального органа Федеральной службы Государственной статистики, на начало 2012 г. численность постоянного населения республики Коми составила 889,8 тыс. чел., и по сравнению с той же датой предыдущего года, уменьшилась на 9,4 тыс. чел., или на 1 %.

За период с 2002 г. (от переписи до переписи) количество жителей республики уменьшилось на 11,5 %, или на 117,1 тыс. чел. (диагр.), в том числе городского населения - на 5,7 %, сельского - на 12,2 %. В большей степени сокращение численности населения наблюдалось в сельской местности, где темп убыли почти в три раза превысил соответствующий показатель по городской местности (соответственно 1,9 и 0,7 %). Это повлияло на некоторое уменьшение удельного веса сельских жителей (с 24,3 % на начало 2007 г. до 22,9 % к началу 2011 г.) в общей численности населения.

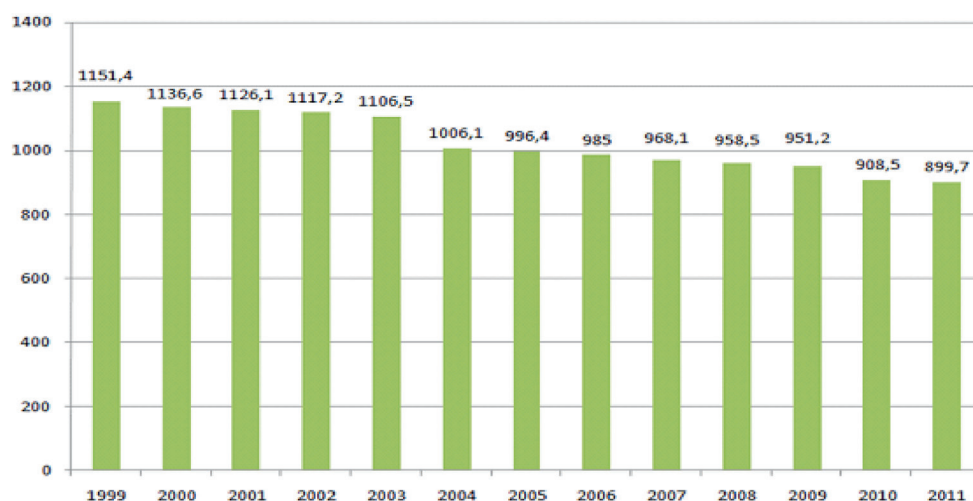
Основной причиной сокращения численности как горожан, так и сельчан, являлся миграционный отток.

Среди городов и районов за 2007–2011 годы рост численности наблюдался только в Сыктывкаре, Ухте и Сыктывдинском районе (табл.). Жителей столицы стало больше на 1 %, их доля в общей численности республики выросла с 25 до 28 %.

Оценка численности населения в 2007–2011 гг. (человек)

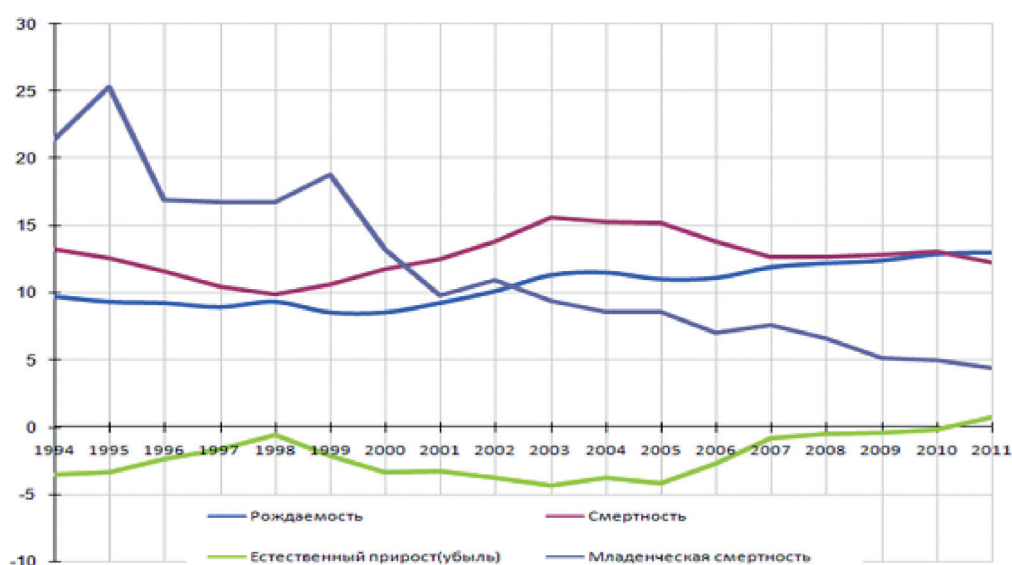
	2007	2008	2009	2010	2011	2011 в % к	
						2010	2007
Республика Коми	974617	968164	958544	908469	899668	99,0	92,3
город	737306	733310	727090	698113	693217	99,3	94,0
село	237311	234854	231454	210356	206451	98,1	87,0
г. Сыктывкар	244486	246256	248233	249119	251599	101,0	102,9
г. Воркута	120053	116938	113396	98505	95198	96,6	79,3
г. Вуктыл	16856	16585	16209	15161	14755	97,3	87,5
г. Инта	41056	40032	38143	36243	34844	96,1	84,9
г. Печора	63306	62782	61975	58436	57482	98,4	90,8
г. Сосногорск	50306	49790	49178	47312	46639	98,6	92,7
г. Усинск	51787	51406	50783	47979	47310	98,6	91,4
г. Ухта	127197	127138	126990	121639	121890	100,2	95,8
Районы							
Ижемский	20367	20038	19671	19054	18635	97,8	91,5
Княжпогостский	26778	26239	25649	23896	23241	97,3	86,8
Койгородский	9339	9254	9121	8544	8392	98,2	89,9
Корткеросский	22993	22849	22542	19886	19537	98,2	85,0
Прилузский	23064	22816	22393	20994	20584	98,0	89,2
Сыктывдинский	23911	24292	24586	22489	22695	100,9	94,9
Сысольский	16244	16055	15768	14072	13878	98,6	85,4
Троицко-Печорский	16164	15940	15586	14220	13818	97,2	85,5
Удорский	23590	23421	23056	20646	20278	98,2	86,0
Усть-Вымский	31947	31564	31163	29897	29266	97,9	91,6
Усть-Куломский	30702	30546	30189	27134	26676	98,3	86,9
Усть-Цилемский	14471	14223	13913	13243	12951	97,8	89,5

Динамика численности населения Республики Коми



Население республики характеризуется гендерной диспропорцией, причем диспропорция ежегодно увеличивается. За последние годы численность населения мужского пола сокращалась быстрее, чем женского. Однако на территории республики гендерная диспропорция менее выражена, чем в среднем по Северо-Западному Федеральному округу, где на начало 2010 г. на 1000 мужчин приходилось 1183 женщины. Численное превышение мужчин в общей численности населения республики сохраняется в возрастной категории до 41 года.

В республике продолжился рост уровня рождаемости (диагр.). За 2011 г. в республике родилось 11715 детей. В расчете на одну тысячу жителей число родившихся за 2011 г. по сравнению с предыдущим годом увеличилось всего на 1 % (в т. ч. в городской местности – уменьшилось на 1,5 %, а в сельской увеличилось на 8,7 %).



Показатели рождаемости, общей и младенческой смертности (на 1000) по РК

В 2011 г. по сравнению с 2010 г. увеличение показателя рождаемости (в расчете на 1 тыс. человек) зафиксировано в пятнадцати административно-территориальных образованиях республики, наибольшее – в Сыктывдинском (на 20,2 %), Троицко-Печорском (на 16,4%) и Ижемском (на 14,4 %) районах. Наибольший коэффициент рождаемости, как и в предыдущем году, сложился в Усть-Куломском (19,2 младенца в расчете на 1 тыс. населения), Ижемском (18,7) и Корткеросском (16,9) районах, наименьший – в Инте (10,65), Вуктыле (10,9) и Ухте (11,03).

С 2004 г. наметилась тенденция уменьшения показателей смертности населения, и в 2011 г. уровень рождаемости в целом по республике Коми впервые за многие годы превысил смертность. Число умерших ежегодно сокращалось, в результате естественные потери населения в 2011 г. по сравнению с предыдущим годом уменьшились на 6,4 % (по сравнению с 2004 г. – почти в 12 раз). В городской местности показатель естественного прироста населения за прошедший год составил 1,19 на 1000 чел., а в сельской – -1,01 на 1000 чел. (естественная убыль) из-за высокого уровня смертности. За прошедший год наблюдалось снижение уровня смертности (на 5,5), в том числе в городской местности – на 5 %, сельской – на 6 %. Об-

щие показатели смертности по республике ниже, чем в среднем по России за счет более молодой возрастной группы населения.

В большинстве городов и районов в 2011 г. по сравнению с 2010 г. отмечалось снижение уровня смертности (рисунок). Наибольшее увеличение общего коэффициента смертности наблюдалось в Усинске (на 12,1 %) и Койгородском районе (на 12 %), наибольшие темпы снижения – в Печоре (на 11,8), Сыктывдинском (на 11,5 %) и Вуктыльском (на 11,4) районах.

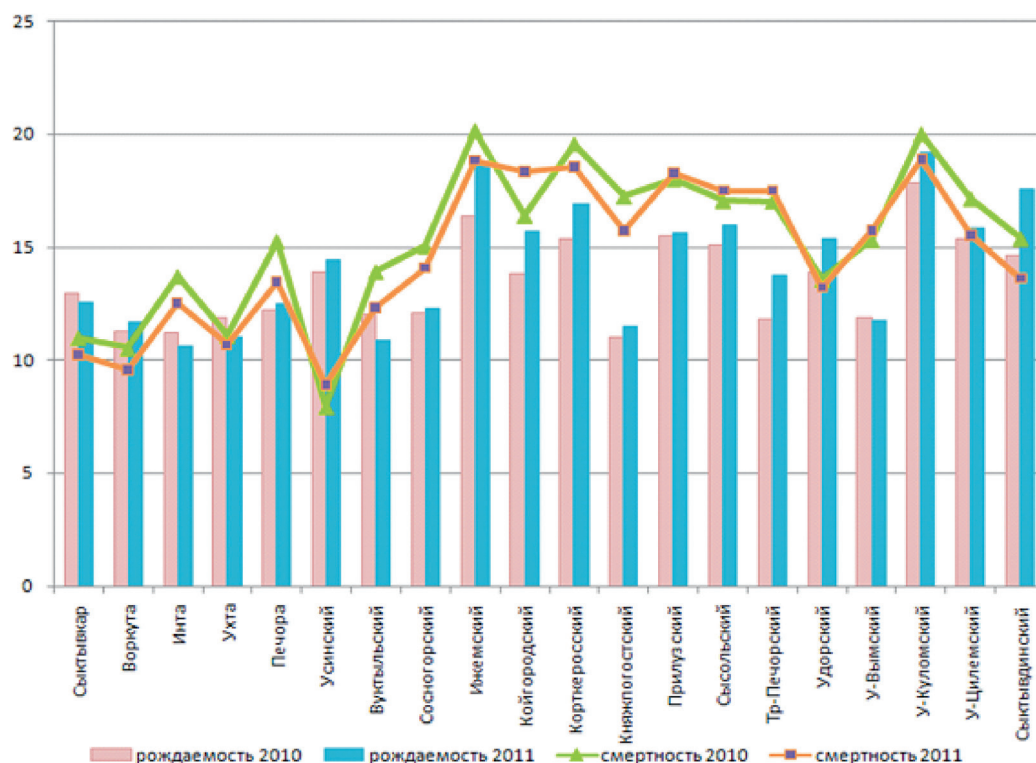
Состояние здоровья населения и уровень развития здравоохранения наиболее объективно отражает младенческая смертность. В республике наблюдается положительная динамика уровня младенческой смертности. За прошедший год по сравнению с 2010 г. показатель младенческой смертности на 1000 родившихся снизился на 12 %. В последние годы динамика младенческой смертности в республике более благоприятна по сравнению с Россией.

Уровень младенческой смертности в настоящее время определяется главным образом патологиями, возникающими в перинатальном периоде (от 28 недель беременности, включая роды и первые 7 дней жизни ребенка), и врожденными аномалиями. По сравнению с прошлым годом отмечено снижение показателя младенческой смертности по всем классам причин, кроме отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде. Младенческая смертность по данной этиологической причине выросла за последний год на 17,2 %, причем в основном за счет гипоксии и асфиксии в родах. Следовательно, несмотря на благополучную динамику детской смертности, проблема сохранения здоровья детей и дальнейшего снижения репродуктивных потерь, прежде всего за счет эффективных медико-социальных мероприятий и повышения качества медицинской помощи, является приоритетной задачей современного общества.

В структуре причин смерти населения республики преобладали заболевания органов кровообращения, внешние причины и новообразования, на долю которых приходится 75,6 % всех смертельных исходов. По сравнению с 2010 г. за 2011 г. снизилась смертность (в расчете на 1000 чел.) по всем основным классам заболеваний за исключением смертности от новообразований. Показатель смертности по данной нозологии на протяжении последних 5 лет вырос на 14,7 %, причем основной процент прироста произошел за последний год.

Динамика рождаемости и смертности населения в 2010–2011 гг. по административным территориям республики Коми представлена на диаграмме.

Динамика основных демографических показателей по административным территориям Республики Коми (на 1000 населения) в 2010 – 2011



В 2011 г. превышение числа умерших над числом родившихся отмечалось в большинстве городов и районов республики, за исключением Сыктывкара, Воркуты, Усинска, Ухты, Удорского, Усть-Куломского, Усть-Цилемского и Сыктывдинского районов. Наибольшие естественные потери населения были зафиксированы в Княжпогостском (4,26 человека на 1 тыс. населения), Усть-Вымском (3,96) и Троицко-Печорском районах (3,76).

3. Основные эколого-гигиенические проблемы, определяющие развитие злокачественных новообразований у жителей республики Коми

Принято считать, что здоровье человека определяется триадой, включающей генетические факторы, качество жизни и факторы среды обитания. По мнению экспертов ВОЗ (1997 г.), в среднем до 20% всех заболеваний обусловлено воздействием на человека факторов окружающей среды. При изучении доказательной базы влияние факторов окружающей среды на здоровье человека важнейшее значение имеет выявление и оценка причинно-следственных связей в системе «среда-здоровье», учет критериев опасности действия факторов окружающей среды.

В настоящее время значительная часть человечества в той или иной мере подвержена действию различных экотоксикантов, поступающих в организм с вдыхаемым воздухом, водой и продуктами питания. Чужеродные вещества, так называемые ксенобиотики, попадая в экосистему, могут вызвать гибель образующих ее организмов, аллергические реакции, снижение уровня иммунитета, изменения в

наследственности, различные патологические процессы, нарушение естественного хода природных процессов.

Одной из ведущих социальных и медицинских проблем современности в условиях возрастания загрязнения окружающей среды являются злокачественные новообразования. По данным В.И. Чиссова, В.В.Старинского, Л.М. Александровой, Б.И. Ковалева, Е.Р. Филлипова (1998 г.) и других авторов, с начала девяностых годов в России ежегодно регистрируется более 400 тысяч больных с впервые установленным диагнозом злокачественные новообразования. Ежегодный прирост абсолютного числа больных составляет около 1,5%. В структуре онкологической заболеваемости населения России лидируют злокачественные опухоли трахеи, бронхов, легкого, ободочной кишки, прямой кишки, желудка, кожи, с меланомой, молочной железы. Удельный вес лиц трудоспособного возраста среди больных с впервые установленным диагнозом злокачественного новообразования составил в 1997 году более 37,9%. Ежегодно в стране более 120 тысяч человек признаются инвалидами по онкологическому заболеванию, причем более чем в 95% случаев устанавливается инвалидность I и II группы. В 1997 году впервые в стране в структуре смертности населения злокачественные новообразования вышли на второе место (14,5%), после болезней сердечно-сосудистой системы (54,6%). Нельзя не согласиться с авторами в том, что, несмотря на определенные успехи в лечении онкологических больных, в настоящее время для России характерно перманентное ухудшение онкоэпидемиологической ситуации, обусловленное нарастанием отрицательного экологического прессинга на население, что требует создания единой системы первичной и вторичной профилактики злокачественных новообразований, совершенствования системы реабилитации онкологических больных. Проблемы, связанные с наблюдаемыми нарушениями эволюционно сложившихся равновесий в окружающей среде, носят глобальный и межрегиональный характер.

Исследования изменений этих равновесий в настоящее время активно развиваются в рамках реализации программы социально-гигиенического мониторинга, нормативно-правовой базой, которой служат Федеральный закон от 30 марта 1999 года №52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» и Постановление Правительства Российской Федерации от 1 июня 2000 года №426 «Об утверждении Положения о социально-гигиеническом мониторинге».

Система социально-гигиенического мониторинга позволяет не только получить полную характеристику загрязнения объектов окружающей среды и здоровья населения, но и выявить влияние конкретных факторов среды на уровень заболеваемости населения.

В республике Коми реализация социально-гигиенического мониторинга была начата в 1995 году. Организационное построение модели социально-гигиенического мониторинга в регионе основано на единстве с геоинформационной системой (подсистема «здоровье населения – среда обитания»), интегрированностью в другие виды мониторингов (прежде всего, экологической направленности), развитии приемов донозологической диагностики, биомониторинга и альтернатив-

ных методов токсикологических исследований, изучения многофункциональных изменений, происходящих в человеческом организме, внимание вопросам оценки социальных аспектов среды жизнедеятельности человека. Реализованная на практике модель позволила выделить приоритетные факторы антропогенные воздействия на окружающую среду и приоритетные загрязнители, наиболее неблагоприятные в медико-экологическом отношении территории и производства, предложить комплексные меры профилактики.

Республика Коми является крупнейшим регионом Крайнего Севера России. В дополнение к загрязнению окружающей среды, усиливающемуся по мере развития промышленного потенциала, на медико-демографическую ситуацию и состояние здоровья населения оказывает влияние комплекс климато-географических факторов и геологических характеристик, усиление миграции и социально-экономические условия жизни. Многие показатели, характеризующие состояние здоровья населения республики, хуже средних российских.

За 22 - летний период (1990-2012 гг.) убыль населения составила более 360,0 тысяч человек. В составе основы сокращения численности лежит естественная и миграционная убыль населения. В рассматриваемом периоде наблюдается некоторое постарение населения, доля лиц старше трудоспособного возраста увеличилась с 14% в 2000 году до 19,0% в 2012 году.

Значительное ухудшение медико-демографической ситуации в регионе наблюдается в период с 1990 года: увеличились показатели заболеваемости и смертности, сократилась средняя продолжительность жизни, снизилась рождаемость. Коэффициент естественной убыли населения имеет отрицательную характеристику с 1992 года. По медико-демографическим показателям наиболее неблагоприятными были 1992 и 1998 годы в последнем десятилетии. Ухудшение ситуации наблюдалось практически во всех административных территориях региона, но наиболее выражено в городах: Печора, где показатель естественного прироста в 2000 году составил (- 6,1), Сосногорск (- 6,7), Ухта (- 4,5), районах: Троицко-Печорском (- 8,6), Усть-Вымском (- 6,6), Княжпогостском (- 8,1), Прилузском (- 5,6), Корткеросском и Сысольском (- 5,3).

Наиболее серьезной демографической проблемой для региона является высокий уровень смертности населения, который к 2004 году достиг показателя 15,6. В структуре смертности населения I место занимают болезни системы кровообращения (47%), II место – травмы и отравления, т.е. неестественные причины (20%), III – новообразования. Структура смертности практически не изменяется с 1990 года. По ежегодному уровню стандартизованного показателя смертности территориями высокого риска на протяжении ряда лет остаются город Сосногорск, Ижемский и Корткеросский районы.

Заболеваемость населения, начиная с 1990 года, имеет неуклонную тенденцию роста. При сравнении средних показателей заболеваемости за периоды 1991-1995 гг. и 1999-2003 гг. подростковая заболеваемость возросла в 1,9 раза, детская – в 1,5 раза, а заболеваемость взрослого населения – на 20%.

В группе экологозависимой патологии, выбранной для постоянного наблюдения в системе социально-гигиенического мониторинга (бронхиальная астма и атопический дерматит, спонтанные аборт, злокачественные новообразования), положительной динамики не наблюдается.

По уровню заболеваемости злокачественными новообразованиями республика Коми занимает девятое место среди территорий Северо-Запада России. На протяжении периода с 1990 года территориями высокого риска по возникновению случаев злокачественных новообразований под действием неблагоприятных факторов окружающей среды являются города Сыктывкар, Ухта, Сосногорск, Усть-Вымский, Троицко-Печорский, Княжпогостский и Сыктывдинский районы. Наиболее высокий уровень детской онкологии имеет место в городах Ухта, Сыктывкар, Княжпогостский и Сыктывдинский районы. Известно, что в перечисленных территориях, за исключением Троицко-Печорского района, существует проблема присутствия значительных объемов загрязняющих веществ в окружающей среде, определяемых характером местной промышленности. Кроме того, население городов Ухта, Сосногорск и Троицко-Печорского района длительный период времени подвергается воздействию радиационного фактора, обусловленного для Ухты и Сосногорска геологическими условиями среды, а для Троицко-Печорского района – последствиями мощного ядерного взрыва, носившего фактически экскавационный характер.

Основной канцерогенный риск для городского населения от воздействия атмосферного воздуха определяется присутствием в воздухе формальдегида: для жителей города Сыктывкара он составляет $5,4 \times 10^{-5}$; для жителей города Воркуты – $8,1 \times 10^{-5}$. Пожизненный индивидуальный риск от присутствия в атмосферном воздухе бенз(а)пирена является приемлемым, величина риска развития злокачественных новообразований составляет от $2,0 \times 10^{-6}$ до $2,7 \times 10^{-6}$. В то же время величина индивидуального неканцерогенного риска от загрязнителей, присутствующих в атмосферном воздухе и оказывающих влияние на легочную ткань (диоксид азота, бен(а)пирен, взвешенные вещества, диоксид серы, оксид углерода) выше значений приемлемого риска. В заключение можно отметить, что основной вклад в формирование онкологического и неонкологического рисков для населения в регионе вносят формальдегид и бензапирен, содержание которых в концентрациях выше предельно-допустимых нарастает в динамике. В городе Воркуте наблюдается высокий индивидуальный риск опасности от содержания в атмосферном воздухе диоксида азота.

Около 60% населения региона обеспечивается питьевой водой, не соответствующей нормативным требованиям по санитарно-гигиеническим показателям. Ведущей причиной несоответствия качества питьевой воды нормативным значениям является присутствие в ней соединений железа, марганца и бора. Удельный вес проб, содержащих вещества 2-3 классов опасности равными (или более) 3 ПДК по железу составляет 7%, по марганцу – 3,2%, по бору – 2,5%. Высокие показатели химического загрязнения воды веществами 1 и 2 классов опасности в сочетании с низкой жесткостью обуславливают наиболее неблагоприятное воздей-

ствии на население Сосногорского и Ижемского районов. Наиболее неблагоприятные показатели качества питьевой воды по санитарно-гигиеническим характеристикам имеют место в городах Сыктывкар, Сосногорск, Усинск, Воркута, районах Сыктывдинском, Усть-Вымском, Прилузском и Троицко-Печорском. Расширенный контроль качества питьевой воды позволил выявить превышение следующих гигиенически значимых показателей питьевой воды: аммиак, а и b - радиоактивность – в отдельных водоисточниках Вуктыльского района; нитраты, аммиак, окисляемость – в Печоре; фенолы, аммиак – в Усинске; аммиак – в Сысольском районе; стронций, нефтепродукты – в Усть-Куломском и Корткеросском районах; аммиак, кадмий, свинец – в Прилузском районе. В питьевой воде обнаруживаются примеси веществ, оказывающих общее токсическое действие на организм и способные аккумулироваться: алюминий, молибден, мышьяк, кадмий, свинец, стронций, хром, мangan, ДДТ и др., хотя их присутствие и не превышает уровня предельно-допустимых концентраций.

Наиболее высокая вероятность возникновения дополнительных случаев злокачественных новообразований, связанная с качеством употребляемой питьевой воды, существует в городах Сыктывкар и Ухта. Формирование риска связано с токсическим воздействием соединений мышьяка и хрома. Для жителей Сыктывкара величина ежегодного риска составляет 1,98 дополнительных случаев рака, для Ухты – 1,12. Наиболее высокий уровень риска развития неспецифической патологии связанной с присутствием контаминантов в питьевой воде, сохраняется для населения городов Сыктывкар и Ухта. Высока вероятность зависимости заболеваний желудочно-кишечного тракта от качества питьевой воды в городах Сыктывкар и Печора, Княжпогостском районе; почек – в городах Сыктывкар, Сыктывдинском и Усть-Куломском районах; кожи – в городах Ухте и Сыктывкаре.

На протяжении всего анализируемого периода общий уровень заболеваемости детей и подростков в регионе нарастает, начиная с 1991 года, со среднегодовым темпом роста около 6%. Наиболее высокий уровень заболеваемости регистрируется в городах Сыктывкар, Сосногорск, Печора, Воркута, в Троицко-Печорском и Прилузском районах. Росту уровня заболеваемости детей в городах способствовало формирование неблагоприятной экологической обстановки на фоне нарастания негативных социальных явлений. Ведущее место в формировании заболеваемости детского населения занимают болезни органов дыхания (60%), инфекционные и паразитарные болезни (6%), болезни кожи и подкожной клетчатки (6%), травмы (5%). Для региона статистически значимо увеличение частоты заболеваемости бронхиальной астмой, атопическими дерматитами и распространенности врожденных пороков развития. Среднегодовые темпы прироста составляют по бронхиальной астме +5,8%, по атопическим дерматитам +14,9%, по врожденным порокам развития +17,6%. Для региона характерно распространение врожденных пороков сердца несколько выше диапазонов Международного регистра ВПР, практически приближающееся к контрольному значению. Наибольшие уровни частоты ВПР регистрируются в городе Сыктывкаре,

Княжпогостском, Сыктывдинском, Усть-Куломском, Ижемском, Усть-Цилемском и Прилузском районах.

Одной из глобальных эколого-гигиенических проблем современности является защита окружающей среды и населения от воздействия стойких высокотоксичных хлороорганических соединений полихлорированных дибензодиоксинов, дибензофуранов, бифенилов (ПХДД/ПХДФ). Источниками их образования являются технологические процессы химической, целлюлозно-бумажной, металлургической отраслей промышленности, сжигание промышленных и бытовых отходов и органических веществ, лесные пожары. Диоксины относятся к высокотоксичным веществам, оказывающим вредное воздействие на здоровье людей и состояние экологических систем. Они обладают разносторонней физиологической активностью: раздражают кожу, поражают печень, обладают тератогенным, мутагенным, канцерогенным действием и способны накапливаться в организме. Сыктывкарское предприятие целлюлозно-бумажной промышленности (ОАО «Нойзидлер-Сыктывкар») является одним из наиболее крупных предприятий по переработке древесины не только на Северо-Западе, но и в России. Результаты организованного в 1996-2000 годах локального эколого-гигиенического мониторинга свидетельствуют о значительном диоксиновом загрязнении не только в городе Сыктывкаре, но и в прилегающем Сыктывдинском районе. Результаты исследований проб речной воды показывают, что максимальный суммарный коэффициент токсичности достигает значения 4,09 пг/л, что ниже действующего в Российской Федерации нормативного значения (20 пг/л). В то же время суммарный коэффициент токсичности речной воды возрастает более чем в 2 раза ниже выпуска сточных вод предприятия. В группе дибензофуранов регистрируется достаточно высокое содержание пента-гепта-хлорированных фуранов, обеспечивающих 72% токсичности исследованных проб. В представительной пробе речной рыбы, отобранной в 5 км ниже от места сброса сточных вод предприятия, уровень загрязнения диоксинами существенно (в 2 раза) превышал уровень допустимого и составил 173 пг/л липидов филе рыбы. Содержание ПХДД/ПХДФ в пробах почвы на границе санитарно-защитной зоны предприятия превышал допустимый уровень, что свидетельствует о существенном негативном воздействии на почву загрязняющих веществ, содержащихся в выбросах от предприятия в атмосферу. Содержание диоксинов в усредненной пробе донорской крови (из числа лиц, работающих на предприятии) составило 40,4 пг/л липидов, что свидетельствует о значительном диоксиновом воздействии. Суммарный коэффициент токсичности грудного молока от женщин, постоянно проживающих в Эжвинском районе города Сыктывкара составляет 22,14 пг/л липидов и носит явные следы диоксинового загрязнения. Указанная величина является максимальной среди зафиксированных по Российской Федерации на тот период.

В регионе актуальна проблема охраны работающего населения, занятого на канцерогеноопасных производствах. Основными характеристиками профессионально-обусловленных злокачественных новообразований принято считать длительный латентный период развития, наличие дозоответной и дозо-

эффективной связей, неотличимость в биологическом и клиническом отношении, неоднородность популяции, в том числе профессиональных групп.

В республике Коми 48% работающего населения подвергается воздействию вредных производственных факторов, способных вызвать стойкое ухудшение в состоянии здоровья. Около 12 тысяч человек работает в условиях воздействия вредных производственных факторов, превышающих гигиенические нормативы. По результатам выполненной паспортизации канцерогеноопасных производств, подвергаются постоянному воздействию канцерогенных веществ 3666 работающих, в том числе 1114 (или 30,4%) женщин, из них 907 – находящихся в детородном возрасте. Наибольшее число женщин занято на предприятиях угольной отрасли (5,8 тысяч человек), жилищно-коммунальном хозяйстве (3,25 тысяч человек), деревообрабатывающей и лесозаготовительной отраслей (3,3 тысяч человек), нефтедобывающей и газовой отраслей (2,32 тысяч человек), сельского хозяйства (1,63 тысяч человек), электроэнергетики (1,4 тысяч человек). В общей структуре веществ с канцерогенной направленностью на производстве первое место занимают минеральные масла (17%), второе – отработавшие газы дизельных двигателей, в состав которых входят бенз(а)пирен, бензол и ПАУ (16%).

4. Заболеваемость населения Республики Коми злокачественными новообразованиями

Показатели		Годы												
		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Всего	Абс. число	2610	2666	2719	2656	2639	2672	2770	2775	2856	2928	2964	3004	3105
	на 100 тыс.	229,6	236,7	243,4	240	263,6	269,7	281,2	284,7	295,0	305,5	311,6	334,1	348,9
Муж	Абс. число	1332	1278	1291	1303	1214	1259	1311	1316	1336	1420	1383	1415	1390
	на 100 тыс.	235,3	227,7	232,3	237	254,0	266,8	279,8	284,3	290,8	312,6	307,3	333,3	330,7
Жен.	Абс. число	1278	1388	1428	1353	1425	1413	1459	1459	1520	1508	1581	1589	1715
	на 100 тыс.	224	245,5	254,4	243,1	272,4	272,3	282,5	285,1	298,8	299,0	315,6	334,8	365,3

*Динамика заболеваемости злокачественными новообразованиям
(на 100 тыс. населения)*



С 2000 по 2012 годы общая заболеваемость злокачественными новообразованиями в республике Коми возросла на 52,0% (с 229,6 до 348,9 на 100 тыс. населения) или в абсолютных показателях на 495 случаев. Темп прироста 4,0% в год. У мужчин рост в 1,4 раза (с 235,3 до 330,7 на 100 тыс. мужского населения) или на 3,1% в год, общее количество заболевших в 2012 году больше чем в 2000 году на 58 случаев. У женщин увеличение в 1,6 раза (с 224,0 до 365,3 на 100 тыс. женского населения) или на 4,9% в год. Ежегодно в среднем у женщин на 33,6 случаев рака регистрируется больше чем за предшествующий период. Уровень заболеваемости раком у женщин выше, чем у мужчин за счет того, что доля женщин в структуре пожилого возраста больше, чем у мужчин, что непременно сказывается на уровне не стандартизованного показателя. Показатель общей заболеваемости, в целом по Российской Федерации, выше, чем в республике Коми, так в 2000 году он составил 309,0 на 100 тыс. населения, в том числе у мужчин 317,6 на 100 тыс. мужского населения и у женщин 301,4 на 100 тыс. женского населения, а в 2012 году 367,3 на 100 тыс. населения, в том числе у мужчин 363,6 на 100 тыс. мужского населения и у женщин 370,5 на 100 тыс. женского населения соответственно. Показатель общей заболеваемости по Северо-Западному Федеральному округу выше среднереспубликанского, так в 2012 году он составил 381,0 на 100 тыс. населения (+3,6%), в том числе у мужчин 359,0 на 100 тыс. мужского населения (+7,9%) и у женщин 399,8 на 100 тыс. женского населения (+8,4%). Вместе с тем общий стандартизованный показатель по РК за 2012 год составил 251,5, что на 1,9% больше прошлогоднего показателя. По РФ за 2012 год стандартизованный показатель составил 227,6 на 100 тыс. населения, то есть фактически заболеваемость по республике выше на 10,5%, чем в РФ, при этом не стандартизованный показатель заболеваемости в РК ниже среднероссийского на 5,0%. Это объясняется половозрастными особенностями состава населения, проживающими на территории республики Коми и Российской Федерации.

**Повозрастная заболеваемость злокачественными новообразованиями
мужского населения РК (на 100 тыс. жителей)**

Годы	Всего	В том числе в возрасте					
		До 29 лет	30-39	40-49	50-59	60-69	70 и старше
1980	125,3	8,1	36,4	186,4	626,0	1274,2	1816,3
1990	186,7	11,9	46,2	221,3	695,4	1703,6	2106,8
2000	235,3	17,4	48,8	176,2	619,8	1211,5	2088,0
2006	279,8	18,8	44,3	174,7	695,0	1653,2	2338,0
2011	332,4	15,0	45,2	196,0	636,5	1604,9	2637,5
2012	330,7	19,8	60,2	168,3	641,2	1527,3	2447,2

Анализ заболеваемости по возрастным группам у мужчин показывает, что заболеваемость увеличилась практически во всех возрастных группах. Следует отметить рост заболеваемости среди молодых возрастных групп до 40 лет, особенно заметен рост среди возрастной группы 60-69 лет на 26,1% и в группе 70 лет и старше на 17,2%. В других возрастных группах динамики роста не наблюдается. Это указывает что рост общей заболеваемости в обычных «грубых» показателях обусловлен демографическими изменениями среди населения. Идет снижение удельного веса населения до 30 лет и увеличивается доля лиц старших возрастных групп.

**Повозрастная заболеваемость злокачественными опухолями женского населения
республики Коми (на 100 тыс. жителей)**

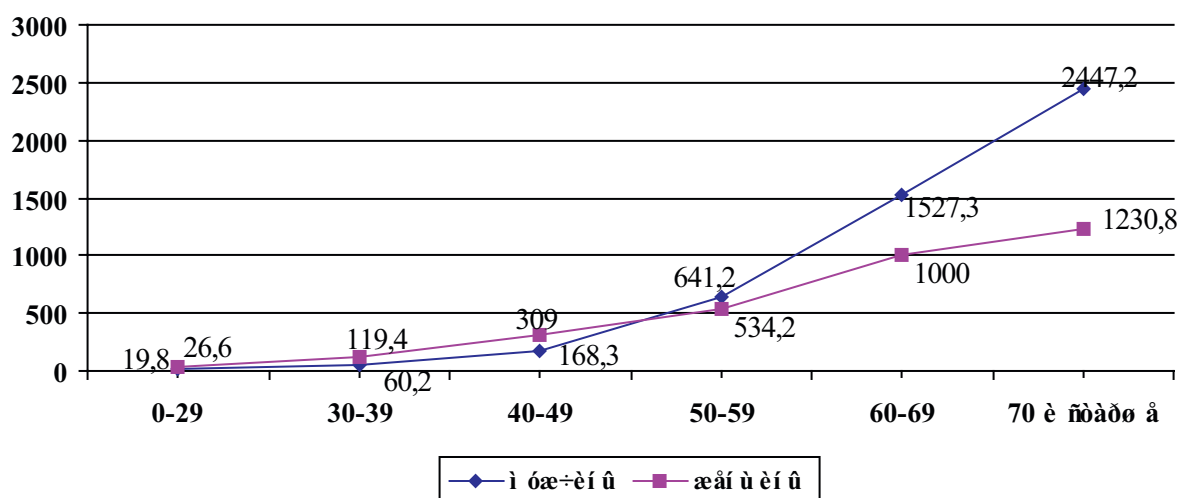
Годы	Всего	В том числе в возрасте					
		До 29 лет	30-39	40-49	50-59	60-69	70 и старше
1980	143,8	11,5	64,6	195,9	440,9	685,9	720,4
1990	164,6	12,6	82,8	203,3	363,2	702,7	825,9
2000	224,0	18,6	104,0	261,6	397,7	617,5	892,4
2006	282,5	20,9	124,9	248,5	482,2	773,7	1219,3
2011	334,1	33,5	129,0	291,2	496,9	900,0	1117,2
2012	365,3	26,6	119,4	309,0	534,2	1000,0	1230,8

В отличие от заболеваемости мужчин, у женщин во всех возрастных группах, наблюдается заметный рост. Это указывает на истинный характер роста заболеваемости злокачественными новообразованиями женского населения РК.

Наблюдается существенная разница в уровнях заболеваемости у мужчин и женщин в зависимости от возраста. Во всех возрастных группах до 50 лет у женщин существенно выше, чем у мужчин, а в возрасте 60 лет и старше у мужчин в два раза больше, чем у женщин.

**Повозрастная заболеваемость злокачественными опухолям
населения РК в 2012 году (на 100 тыс. населения)**

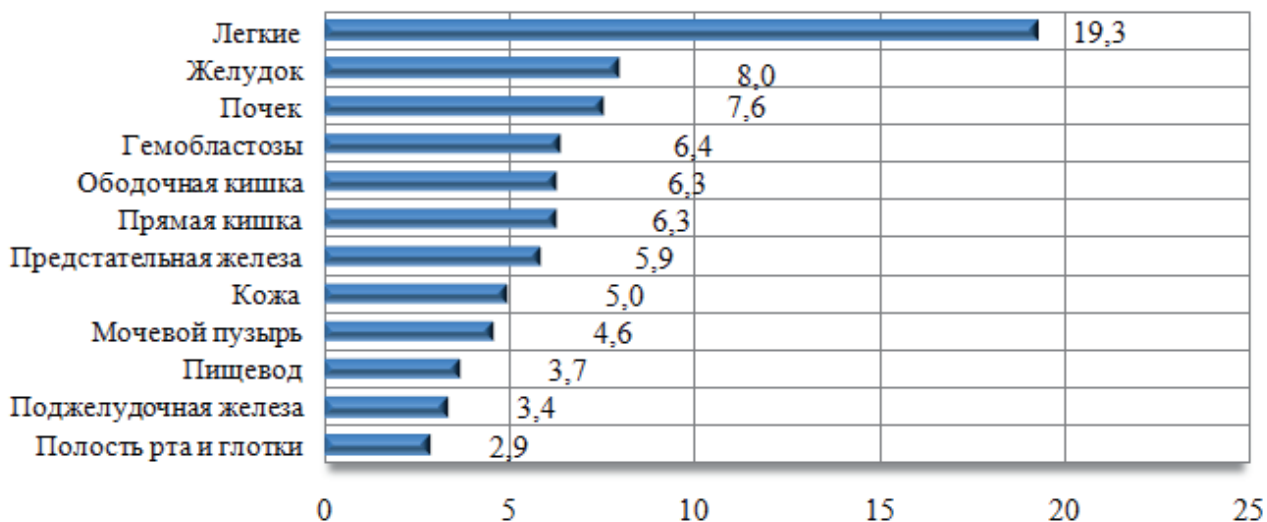
	В том числе в возрасте					
	До 29 лет	30-39	40-49	50-59	60-69	70 и старше
Мужчины	19,8	60,2	168,3	641,2	1527,3	2447,2
Женщины	26,6	119,4	309,0	534,2	1000,0	1230,8



Рост показателей заболеваемости у мужчин с 2000 года наиболее выражен при злокачественных новообразованиях: предстательной железы с 7,4 до 19,5, ободочной кишки с 13,1 до 20,9, прямой кишки с 11,3 до 20,9, лимфатической и кроветворной ткани с 11,3 до 21,2 и почек с 9,7 до 25,2 на 100 тыс. мужского населения. Практически нет роста заболеваемости раком легкого, пищевода, желудка, губы полости рта и глотки.

За 2012 год в структуре заболеваемости у мужчин, как и в прошлые годы, на первом месте рак легкого – 19,3% (63,8 на 100 тыс. муж.), на втором месте – рак желудка 8,0% (26,4 на 100 тыс. муж.), на третьем месте – злокачественные новообразования почек 7,6% (25,2 на 100 тыс. муж.), на четвертом – злокачественные новообразования кроветворной и лимфатической ткани 6,4% (21,2 на 100 тыс. муж.), на пятом – ободочная кишка 6,3% (20,9 на 100 тыс. муж.). Злокачественные опухоли почек в 2012 году вышли на третье место (в 2000 году занимали лишь 9 место). Заболеваемость составила 25,2, по РФ 16,4 на 100 тыс. мужского населения.

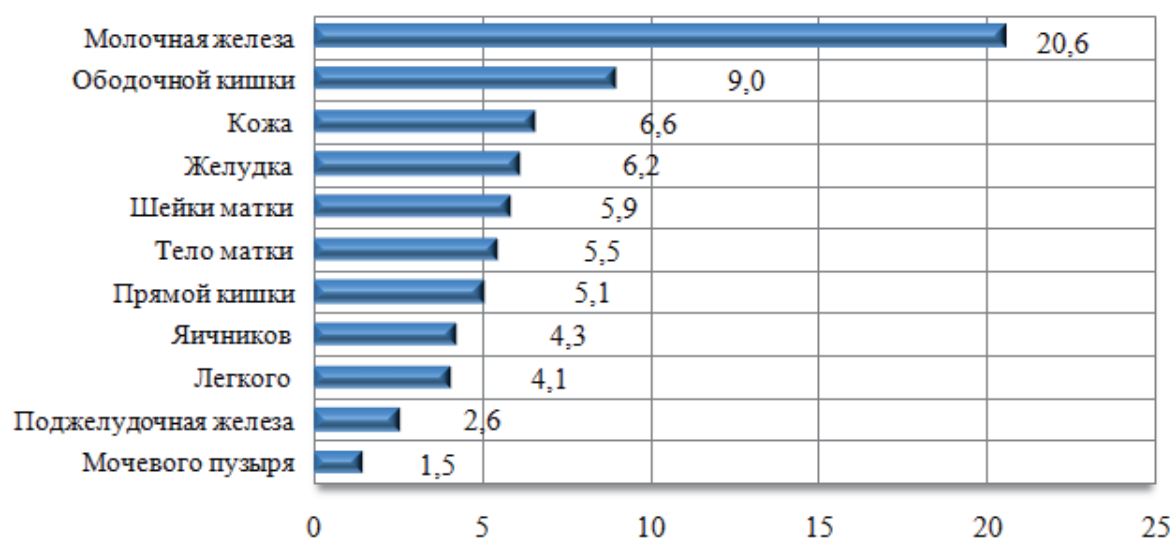
Структура заболеваемости злокачественными новообразованиям мужского населения Республики Коми за 2012 год.



Рост показателей заболеваемости у женщин с 2000 года наиболее выражен при злокачественных новообразованиях: ободочной кишки с 17,5 до 32,8, прямой кишки с 9,3 до 18,5, молочной железы с 41,6 до 75,4, тела матки с 10,2 до 20,0, щитовидной железы с 6,1 до 14,3, лимфатической и кроветворной ткани с 11,1 до 20,9 на 100 тыс. женского населения. Нет роста заболеваемости раком губы, полости рта и глотки, пищевода, желудка, яичников.

У женщин в структуре заболеваемости наибольший удельный вес приходится на злокачественные новообразования молочной железы 20,6%, против 20,2% в 2000 году. (75,4 на 100 тыс. жен., против 74,9 по РФ в 2012 году), на втором месте – рак ободочная кишка 9,0% (32,8 на 100 тыс. жен. в РФ – 7,1% и 26,0 на 100 тыс. жен. населения), на третьем – кожа 6,6% (24,3 на 100 тыс. жен.), на четвертом – желудка 6,2% (22,6 на 100 тыс. жен.), на пятом – рак шейки матки 5,9% (21,5 на 100 тыс. жен., РФ за 2012 год – 5,3% и 19,6 на 100 тыс. жен. населения).

Структура заболеваемости злокачественными новообразованиями женского населения РК за 2012 год.



За период 2000 – 2012 г.г. по республике зарегистрировано 243 случаев заболеваний ЗНО детей (0-14 лет), которые по локализациям распределились следующим образом:

Число детей (0-14 лет) со злокачественными опухолями по РК (по нозологиям) за 2000 – 2012 гг.

Локализация	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
Оба пола	19	28	17	22	24	14	17	18	12	21	18	19	14	
В том числе:														
Всего	М	14	20	10	16	14	4	11	10	8	9	14	9	10
	Ж	5	8	7	6	10	10	6	8	4	12	4	8	4

Локализация	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
В том числе:													
- средостение													
- ободочной кишки	1												
- печень				1			1		1	1			
- кости и мягкие ткани		4	2		2	3		1	1	1	3	1	1
- меланома кожи			1			1			1				
- глаза	3			1									
- почки	3		1	1	1	1	3		1		2	2	2
- головной мозг	3	7	4	5	6	3	3		1	4	6	2	3
- щитовидная железа	1												
- легкие		1											
- яичко			2										
- забр.опухоль	1	1		2								1	
- лимфомы, лейкемии	4	7	14	7	11	5	5	12	5	8	7	8	5

Средний уровень заболеваемости по республике за 2000 – 2012 гг. составил 11,2 на 100 тыс. детского населения. Самые высокие уровни отмечаются: в Усть-Вымском районе – 20,4; Усть-Куломском районе – 37,7; Сысольском районе – 41,7 на 100 тыс.детей. за последние пять лет не было случаев в Вуктыльском, Княжпогостском, Троицко-Печорском, Усть-Цилемском и Корткеросском районах.

В структуре заболеваемости детского населения злокачественными новообразованиями удельный вес гемобластозов в 2012 году составил 35,7%, а за более длительный период (2000 – 2012 гг.) – 40,6% при среднем по РФ – 46,0%. Вторым по частоте находятся опухоли нервной системы – 21,4% (РФ – 17,6%), почек – 14,3% (РФ – 5,2%).

Смертность населения республики Коми от злокачественных новообразований (на 100 тыс. жителей).

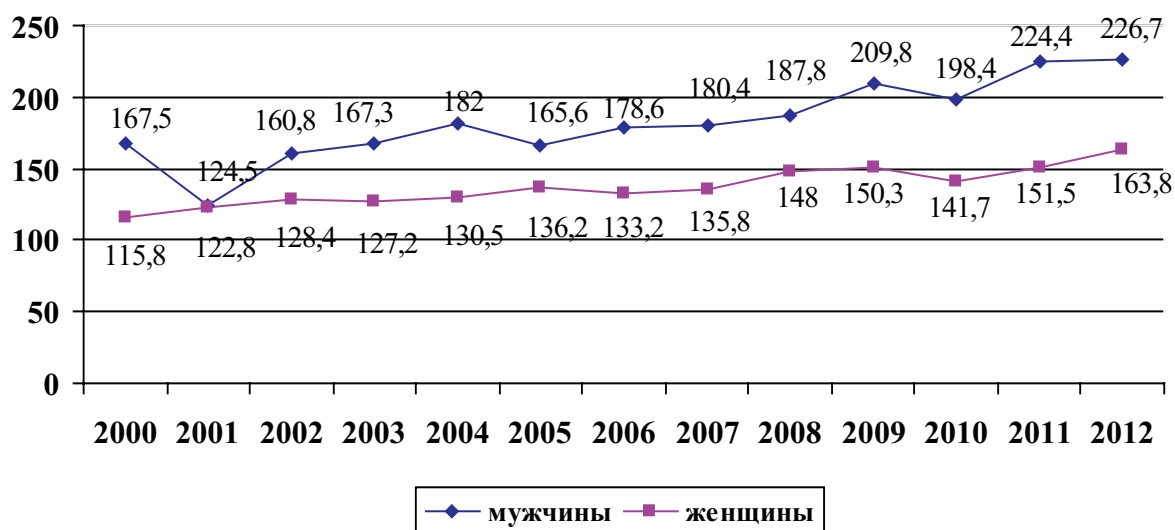
Показа тели		Годы												
		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Всего	Абс. число	1609	1592	1615	1628	1560	1497	1525	1530	1616	1698	1603	1672	1722
	на100 тыс.	141,6	141,4	144,6	162,8	154,2	154,6	154,8	157,0	166,9	178,5	168,5	185,9	193,5
Муж.	Абс. число	949	698	894	920	875	787	837	835	863	953	893	953	953
	на100 тыс.	167,5	124,5	160,8	167,3	182,0	165,6	178,6	180,4	187,8	209,8	198,4	223,9	226,7
Жен.	Абс. число	660	694	721	708	685	710	688	695	753	758	710	719	769
	на100 тыс.	115,8	122,8	128,4	127,2	130,5	136,2	133,2	135,8	148,0	150,3	141,7	143,5	163,8

Общая смертность от злокачественных новообразований с 2000 года увеличилась с 141,6 до 193,5 на 100 тыс. населения или на 36,7% (РФ 2012 г. – 200,9; Северо-Западный Федеральный округ – 227,6). С 2000 года среднегодовой прирост смертности составил 2,8%. За весь период наблюдения смертность среди сельских жителей выше, чем городских. Показатель смертности от ЗНО мужского населения, за последние 13 лет, увеличился на 35,3%, а у женщин на 41,5%. Обычный показатель смертности от ЗНО населения РК, ниже среднероссийского на 3,4%, а по С-Западу на 15,0%. Вместе с тем, стандартизованный показатель в республике Коми (137,6 случая на 100 тысяч населения) выше среднероссийского на 16,9% (117,7 случая на 100 тысяч населения) и на 9,9% Северо-Западного ФО (125,2 случай на 100 тысяч населения). За последние семь лет стандартизованный показатель общей смертности от ЗНО в РК вырос с 127,6 в 2006 году, до 137,6 на 100 тыс. жителей в 2012 году (7,8%), на 2,3% выше показателя 2011 года. Следует отметить, что уровень стандартизованного показателя смертности в Республике Коми выше, чем в РФ, что говорит о реальном соотношении показателей.

Динамика смертности от злокачественных новообразований населения РК за 2000 - 2012 годы (на 100 тыс. населения)



Динамика смертности от злокачественных новообразований населения РК за 2000 - 2012 годы (на 100 тыс. жителей).



Повозрастная смертность мужского населения РК от злокачественных новообразований (на 100 тыс. жителей).

Годы	До 29 лет	30-39	40-49	50-59	60 и старше
2000	5,5	17,3	108,5	439,8	1186,1
2001	7,3	24,9	102,5	408,7	1057,4
2002	5,3	24,1	86,6	349,7	1122,0
2004	8,4	23,0	114,7	396,2	1085,5
2011	3,1	27,2	101,8	422,3	1086,2
2012	9,0	19,2	88,9	416,8	1424,5

С 2000 года у мужчин рост показателя смертности отмечается во всех возрастных группах, кроме 40-49 лет.

Повозрастная смертность женского населения Р от злокачественных новообразований (на 100 тыс. жителей).

Годы	До 29 лет	30-39	40-49	50-59	60 и старше
2000	5,0	22,4	86,3	176,3	503,8
2001	5,9	31,0	74,0	198,9	520,2
2002	5,6	23,2	87,9	200,1	532,5
2004	4,4	23,9	91,6	243,7	501,4
2011	6,4	31,0	73,7	209,2	432,4
2012	8,5	25,0	79,1	210,5	608,0

У женщин рост смертности, также как и мужчин, отмечается во всех группах кроме 40-49.

Увеличенные обычного (“грубого”) показателя смертности от злокачественных новообразований на 36,7% с 2000 года обусловлен:

- ростом общей заболеваемости за аналогичный период на 52,0%;

■ изменением структуры заболеваемости в сторону увеличения труднодиагностируемых, скрыто протекающих и плохо поддающихся лечению локализаций. Так, удельный вес рака печени и поджелудочной железы увеличился с 4,3 до 5,3%; лейкозов и лимфом с 4,5 до 5,5%, головного мозга с 1,3 до 1,5%;

- увеличением общей запущенности с 20,1% до 21,5%;

- в последние годы отмечается рост в структуре умерших возрастных групп больных с тяжелой сопутствующей патологией;

- снижение уровня своевременной диагностики;

- общим снижением численности населения и его постарением за 13 лет население в Коми снизилось на 246776 человек, удельный вес лиц старше 50 лет составил 31,3% против 30,5% в 2000 году;

- нестабильное социально-экономическое положение в стране.

Истинный уровень и динамику общей смертности населения от злокачественных опухолей достоверно отражают стандартизованные показатели.

Стандартизованные показатели смертности выше, чем по РФ. Это свидетельствует о действительно более высоком уровне смертности от злокачественных опухолей населения республики.

В структуре умерших за 2012 год 37,6% занимают больные, у которых диагноз был установлен с IV стадией, в 59,7% среди умерших была установлена III-IV стадия заболевания.

В структуре умерших от ЗНО 3,5% больных, имели тяжелые сопутствующие заболевания, препятствующие проведению специального радикального лечения, 1,7% больные, отказываются от лечения, 9,8% умершие, взятые на учет посмертно с диагнозом установленным при жизни, 10,4% умершие, диагноз у которых установлен при вскрытии и 0,3% умершие от осложнений, связанных проведенным лечением. Таким образом, в структуре умерших, каждый четвертый больной, не получил специального радикального лечения.

Средняя продолжительность жизни умерших от ЗНО с момента взятия на учет составила:

	2000 г.	2012 г.
Оба пола	2,1 года	2,6 года
Мужчины	1,8 года	2,1 года
Женщины	2,5 года	3,3 года

Средняя продолжительность жизни умерших, получивших специальное лечение в полном объеме, составила:

	2000 г.	2012 г.
Оба пола	3,0 года	4,4 года
Мужчины	2,5 года	3,5 года
Женщины	3,5 года	5,5 года

За 2012 год по обычному (грубому) показателю смертности 1 место занимает Койгородский район с показателем 291,1 на 100 тыс. населения, что на 6,2% выше, чем в 2011 году. Вместе с тем по стандартизованному показателю Койгородский район находится на 4 месте (168,7 на 100 тыс. населения). Высокий уровень смертности в районе обусловлен:

- увеличением заболеваемости населения за 10 лет в 2,5 раза;
- существенными демографическими изменениями, приведшему к “постарению” населения.

За рассматриваемый период в районе доля населения до 30 лет уменьшилась с 37,3 до 32,2% и увеличилась старше 50 лет (наиболее угрожаемый раковый возраст) с 34,4 до 39,5%.

Первое место по стандартизованному показателю смертности занимает Печорский район с показателем 187,5 на 100 тыс. населения, что, однако на 33,5% выше уровня 2006 года. Район отличается высоким уровнем заболеваемости и смертности, причины таких показателей находятся не только в прямой зависимости от возрастной структуры населения, а связан с другими причинами.

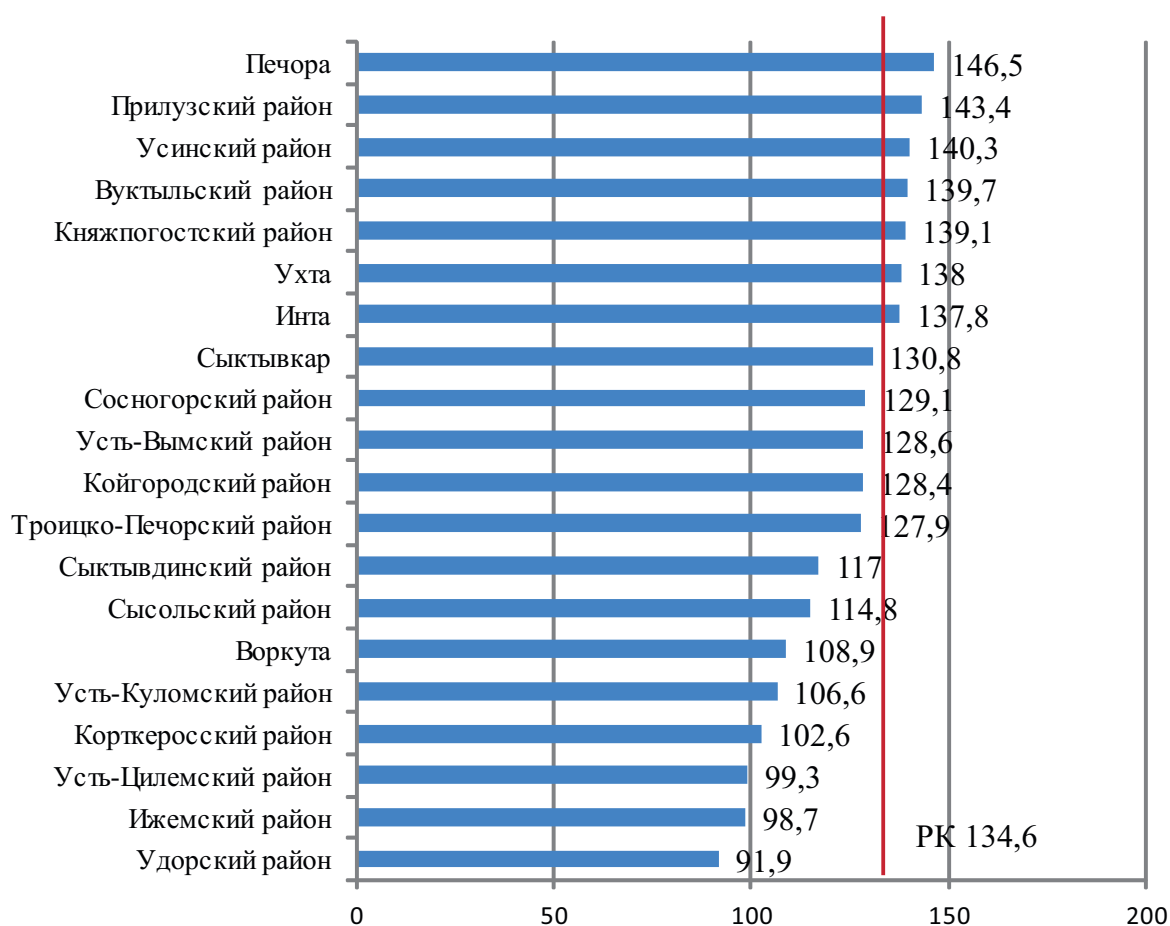
Высокий уровень смертности также наблюдается в г. Инта. За 2012 год по обычному показателю занимает 7 ранговое место в республике, а по стандартизованному второе (176,1 на 100 тыс. населения, что в 2 раза выше, чем в 2006 году). Такой показатель смертности в районе обусловлен:

- постоянно высоким уровнем заболеваемости;
- тяжелым социально-экономическим положением в городе.

На 30,4% возросла смертность в Усть-Куломском районе и по обычному показателю в 2012 году занимает 6 ранговое место в республике (221,0 на 100 тыс. населения), а по стандартизованному 7 место. Рост смертности в этом районе произошел на фоне отсутствия роста заболеваемости. В этих условиях основной причиной роста смертности являются стабильно высокий уровень запущенности (26 – 28%).

Низкие уровни смертности от злокачественных новообразований регистрируются в Воркуте. За 2012 год обычный показатель 142,2 стандартизованный 152,5 на 100 тыс. населения. Эти показатели находятся в прямой зависимости от низкого уровня заболеваемости в данных территориях.

Распределение городов и районов республики Коми по значению среднего стандартизованного показателя смертности от злокачественных новообразований за 2000 – 2012 годы (на 100 тыс. жителей).



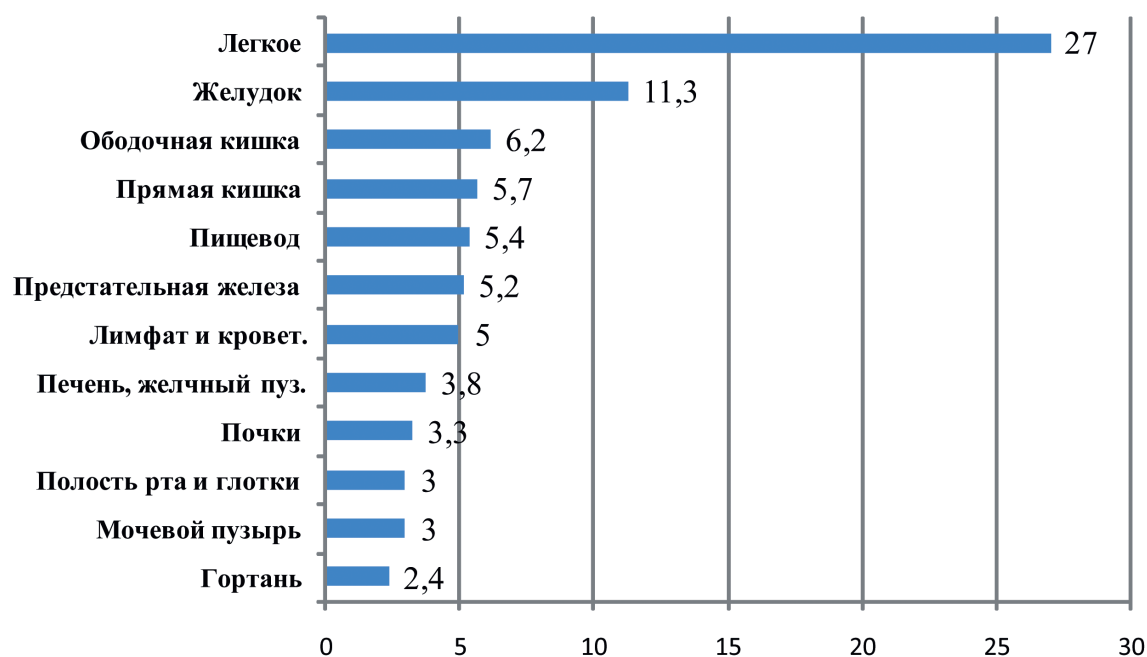
В возрастной структуре умерших мужчин в 2012 году 69,3% были лица 60 лет и старше против 61,8% в 1998 г. Напротив уменьшилась доля мужчин умерших в возрасте 40-49 лет 10,6% до 6,3%. У женщин также отмечается увеличение удельного веса среди умерших лиц старше 60 лет с 65,1 до 78,4% при параллельном увеличении в возрасте 50-59 лет с 17,1% до 23,7%. Эти процессы связаны с изменениями структуры заболевших и ростом заболеваемости женщин возрастных группах 50-59 лет, и старше 60 лет.

Среди умерших 14 детей до 17 лет или 7,7 на 100 тыс. детского населения, что выше уровня 2000 года (4,0 на 100 тыс.). РФ за 2012 год – 12,2 на 100 тыс. детского населения, Северо-Западный округ в 2012 г. – 11,8.

Структура умерших по нозологиям за последние 5 лет существенно не изменилась: с 42,1% первое место занимают органы пищеварения (РФ 2012 г. – 40,1%), второе – органы дыхания 16,7% (РФ 2012 г. – 17,3%), третье – молочная железа 6,6% (РФ 2012 г. – 8,1%), четвертое – мочевыделительные органы 6,3% (РФ 2012 г. – 5,2%), пятое – лимфатической и кроветворной ткани 5,3% (РФ 2012 г. – 4,9%).

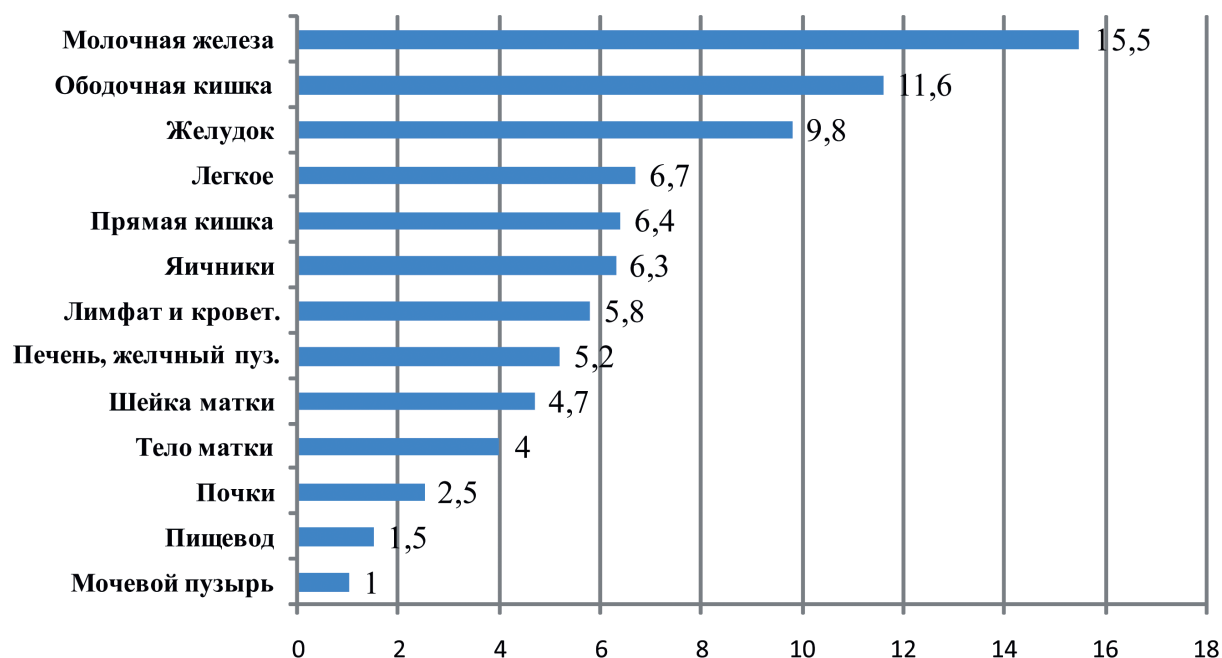
В структуре умерших у мужчин 41,3 % занимают органы пищеварения (2000 г. – 37,8%), органы дыхания 27,0%, против 37,4% в 2000 году, мочеполовые органы 6,3% (2000 г. – 9,9%).

*Структура смертности от злокачественных новообразований
мужского населения РК за 2012 год.*



В структуре умерших у женщин - 41,5% (2000 г. – 42,3%) органы пищеварения, 15,5% молочная железа против 15,3% в 2000 г., мочеполовые органы 18,5% (2000 г. – 16,0%).

*Структура смертности от злокачественных
новообразований женского населения РК за 2012 год.*



**Смертность от злокачественных новообразований мужского населения
(на 100 000 мужского населения) по республике Коми**

Локализации опухоли	2000	2001	2002	2003	2005	2006	2007	2010	2011	2012	% к 2000
Полость рта, глотка, губа	7,2	7,0	8,8	5,6	7,4	8,5	8,7	8,0	11,1	15,5	115,3
Пищевод	11,7	10,9	9,7	8,5	5,7	9,0	9,1	12,0	7,8	11,9	1,7
Желудок	21,5	20,7	19,8	24,4	21,9	20,7	26,1	26,4	30,0	24,0	11,6
Ободочная кишка	8,5	8,7	9,0	10,2	8,4	10,9	14,9	11,1	13,1	16,9	98,8
Прямая кишка	9,0	8,2	9,5	9,3	8,0	10,2	9,3	11,3	10,4	13,3	47,8
Гортань	7,1	6,2	4,7	5,3	4,6	7,3	4,5	4,7	4,7	5,2	-26,8
Легкое	49,8	49,6	49,5	53,7	46,7	56,6	50,6	58,4	60,7	57,1	14,7
Кожа	2,2	1,8	2,8	1,8	3,2	2,1	1,9	1,1	0,4	1,4	-36,4
Мочевые органы	13,9	13,2	12,8	11,5	14,7	15,6	18,3	17,6	16,0	17,1	23,0
Лимфомы	5,5	5,2	5,8	3,6	5,9	4,3	5,0	5,8	2,9	5,9	7,3
Лейкозы	4,1	4,1	4,9	4,6	5,4	3,2	4,1	5,0	5,8	5,2	26,8
Щитовидная железа	0,5	0,7	0,7	0,7	0,4	0,2	0,4	-	0,2	1,0	100,0
ВСЕГО	175,0	160,1	161,0	167,3	165,6	178,6	180,4	198,4	224,4	226,7	29,5

Самая высокая смертность мужчин от рака легкого 57,1 на 100 тыс. мужского населения, что выше, чем в 2000 г. – 49,8, второе по частоте занимает желудок 24,0, что также несколько выше, чем в 2000 г. – 21,5, третье мочевые органы 17,1, что также больше уровня 2000 г. – 13,9, четвертое – ободочная кишка 16,9, что в 2 раза выше чем в 2000 г. – 8,5, на пятом месте прямая кишка 13,3, против 9,0 в 2000 г. Заметный рост смертности мужчин произошел от колоректального рака.

**Смертность от злокачественных новообразований женского населения
(на 100 000 женского населения) по Республике Коми**

Локализация опухоли	2000	2001	2002	2003	2005	2006	2007	2010	2011	2012	% к 2000
Полость рта, глотка, губа	1,8	1,8	1,6	0,9	1,9	0,8	1,0	3,2	2,6	2,8	55,6
Пищевод	2,3	2,7	2,3	3,4	2,3	2,3	2,1	3,6	2,6	2,8	21,7
Желудок	17,0	15,2	20,0	14,0	13,8	14,7	16,0	16,4	16,2	15,3	-10,0
Ободочная кишка	8,8	11,9	11,2	14,9	14,9	11,0	11,5	18,8	15,0	19,6	122,7
Прямая кишка	7,5	6,5	11,8	7,9	10,7	9,3	11,3	11,8	8,4	8,3	10,7
Гортань	0,4	0,2	1,1	0,5	-	0,2	0,2	-	-	0,6	50,0
Легкое	8,2	8,5	6,2	9,7	9,3	7,9	8,4	11,8	10,0	10,2	24,4
Кожа	2,4	1,9	2,3	0,9	3,5	2,5	3,5	1,0	1,2	1,3	45,8
Молочная железа	18,2	18,7	18,4	21,4	23,6	22,8	23,6	21,4	23,0	23,6	29,7

Шейка матки	7,7	6,4	5,2	5,7	8,4	7,0	8,8	6,6	8,4	8,1	5,2
Тело матки	3,2	2,8	4,3	4,3	4,2	4,4	4,5	4,0	5,0	6,2	93,8
Яичники	7,7	10,1	8,2	8,6	6,3	8,7	9,0	8,0	9,6	9,6	24,7
Мочевые органы	4,1	3,4	5,5	5,2	3,5	3,9	6,7	4,8	6,4	7,9	92,7
Щитовидная железа	1,4	0,4	1,1	1,1	5,2	5,6	3,9	3,6	3,0	3,8	171,4
Лимфомы	2,5	3,4	3,9	4,3	4,0	4,6	2,7	5,0	2,2	3,6	44,0
Лейкозы	4,7	3,5	4,1	3,4	0,5	1,5	1,4	1,2	0,8	1,1	-76,6
ВСЕГО	115,6	122,8	128,3	127,2	138,0	133,2	135,8	141,7	151,5	163,8	41,7

Как и прежде у женщин на первом месте по смертности занимает молочная железа – 23,6, против 18,2 в 2000 году (+29,7%). По РФ за 2012 год с показателем 29,8 на 100 тыс. женского населения также занимает 1 место. На втором месте ободочная кишка с показателем 19,6, против 8,8 в 2000 году (+122,7%), а желудок переместился на третье место с 15,3 на 100 тыс. женского населения, против 17,0 в 2000 году (РФ 2012 г. – 17,7), на четвертом – легкие 10,2, что выше, чем в 2000 году – 8,2 (РФ 2012 г. – 11,5 на 100 тыс. населения).

Высокий уровень смертности по стандартизованному показателю от рака легкого наблюдается в Сыктывдинском, Троицко-Печорском, Усть-Вымском и Прилузском районах, в г. Печора. Высокий уровень смертности от рака желудка в Усть-Вымском, Прилузском районах в г. Ухта. Чаще других от рака пищевода умирают в Троицко-Печорском, Усть-Вымском, Удорском, Княжпогостском, Ижемском и Печорском районах.

За 2012 год в Сысольском районе высокие уровни смертности от рака ободочной, прямой кишок и мочеполовых органов. Более чем в 1,5 раза превышает стандартизованный показатель смертности от рака молочной железы в целом по РК в Усть-Вымском, Троицко-Печорском районах и в городах Ухта, Вуктыл Усинск. Высок уровень смертности по стандартизованному показателю от злокачественных новообразований кроветворной и лимфатической ткани в Прилузском (21,0 на 100 тыс. населения), Удорском (19,4), Вуктыльском (17,1), Усть-Вымском (13,3) районах, при средних показателях по РК 8,7 и РФ 6,3 на 100 тыс. населения.

Самый большой прирост смертности наблюдается от рака ободочной кишки на 8,6% в год с 2000 года, второе место занимает рак губы, полости рта и глотки с 4,5 до 7,4 на 100 тыс. населения это прирост на 5,0% в год, на третьем месте по темпам прироста злокачественные опухоли мочевых органов 2,6% в год. На 20,0% увеличилась смертность злокачественных новообразований кроветворной и лимфатической ткани. У женщин самый большой прирост от рака щитовидной железы в 2,5 раза (с 1,4 до 3,8 на 100 тыс. женского населения). В то же время у мужчин также показатель смертности от рака щитовидной железы в 2012 году увеличился в 2 раза, чем в 2000 году. У женщин на 29,7% увеличилась смертность от рака молочной железы (23,6 против 18,2 на 100 тыс. женского населения) и уверенно занимает первое место.

Произошло снижение смертности от злокачественных опухолей гортани (-21,6%), кожи (-0,5%).

Структура смертности от злокачественных новообразований различных возрастно-половых групп имеет существенные различия. В младших 0-29 лет доминирует смертность от ЗНО лимфатической и кроветворной ткани – 40% (РФ – 36,7%), головного и спинного мозга – 13,3% (РФ – 15,8%).

В возрастной группе 30-39 лет основными причинами смерти у мужчин являются опухоли кроветворной и лимфатической ткани 15,4% (РФ – 16,3%), легкого 15,4% (РФ – 13,2%), у женщин – злокачественные опухоли желудочно-кишечного тракта 27,8%, шейки матки 16,7%, молочной железы 22,2%. По РФ – молочной железы 20,0%, шейки матки 15,5%, желудка 10,7%.

У мужчин в возрасте 40-49 лет в структуре смертности первое место занимают опухоли легкого 19,6% в 2000 году 24,2% (РФ – 26,5%), желудка 14,3% (РФ – 24,4%), головного мозга 10,7% (РФ – 10,5%), полости рта и глотки 10,7%. У женщин в этом возрасте основными причинами смерти являются злокачественные опухоли: молочной железы 17,3% (РФ – 27,3%), шейки матки 15,4% (РФ – 9,9%), колоректальный рак 13,5%, желудка 11,5% (РФ – 9,8), яичников 9,6% (РФ – 8,8%).

В возрасте 50-59 лет у мужчин структура смертности выглядит следующим образом. Первое место занимает рак легкого 30,7% (РФ – 31,7%), желудка 13,9% (РФ – 14,2%), колоректальный рак 8,0%, полости рта и глотки 10,6%, поджелудочной железы 6,2%. У женщин в возрасте 50-59 лет главенствующее место занимает рак молочной железы 28,7% (РФ – 25,4%), колоректальный рак 9,2%, яичники 4,8% (РФ – 8,2%), легкие 6,0% (РФ – 5,9%) и шейки матки.

В возрастной группе 60-69 лет у мужчин более 28,8% занимает первое место рак легкого (РФ – 33,4%), второе – колоректальный рак – 12,6%, на третьем месте желудок 10,4% (РФ – 14,8%), на четвертое место выходят мочевыделительные органы 10,1%, на пятом – опухоли пищевода 7,2%. У женщин в возрасте 60-69 лет на первом месте злокачественные опухоли молочной железы 19,8% (РФ – 18,4%), на втором колоректальный рак 16,3%, далее злокачественные опухоли желудка 11,0% (РФ – 13,1%).

После 70 лет у мужчин в структуре смертности первые два места занимают опухоли легкого 25,5% (РФ – 27,8%) и колоректального рака 23,2%, на третьем месте – мочевые органы 11,1%, четвертое – ЗНО желудка 10,5%. У женщин в возрастной группе 70 лет и старше произошли изменения. На первом месте колоректальный рак 20,9% на втором рак желудка 11,3% (РФ – 15,8%) и молочной железы, на третьем опухоли яичников 7,8%, на четвертом – ЗНО яичников и легких 7,8%, на пятом – пищевода 7,0%.

Состояние диагностики онкологической службы в республике Коми (%)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
I-II стадия РК	42,5	43,6	43,2	44,1	44,0	44,8	45,7	47,2	44,2	45,3	45,9	47,6	47,7
IV стадия РК	22,7	22,3	22,2	23,4	22,8	23,7	22,8	23,0	23,2	26,6	25,5	21,7	21,8
Удельный вес выявленных больных при профосмотрах	10,8	10,0	9,0	8,6	9,6	10,9	12,8	12,3	12,6	7,8	13,5	11,1	11,7
Морфологическая верификация диагноза	83,3	84,7	84,0	82,1	83,5	83,0	85,3	87,7	86,0	84,9	84,7	85,0	85,2
Одногодичная летальность	37,7	37,6	36,2	36,2	37,7	35,9	33,8	33,7	32,5	32,9	32,9	30,0	26,6
Удельный вес больных, состоящих более 5 лет	52,4	52,4	52,3	53,7	52,8	52,5	51,5	51,6	52,0	52,7	53,1	55,0	55,7

Выявление больных с I-II стадией заболевания в 2000 году составило 42,5% против 47,7% в 2012г. (+ 5,2), РФ 2012 г. – 50,5%.

По сравнению с 2000 годом увеличилась своевременная диагностика (I-II стадия) рака молочной железы с 62,7 до 70,5% (РФ за 2012 год – 64,5%), предстательной железы с 37,8 до 42,9%, мочевого пузыря с 48,9 до 63,5%, почек с 58,6 до 66,5%, ободочной кишки с 31,3% до 41,0%, меланомы кожи с 48,5% до 69,8%. Улучшение показателя своевременной диагностики с I-II стадией с 42,5 до 47,7% сказалось на улучшение показателя поздней диагностики с 22,7 до 21,8% (- 0,9), РФ в 2012 г. – 21,2%.

Удельный вес больных с впервые в жизни установленным диагнозом с I-II стадиями по локализациям по республике Коми, (%).

Локализация опухоли	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Губы	81,0	86,4	81,8	92,9	83,3	66,7	84,6	83,3	61,5	75,0	100	59,6	69,2
Полости рта и глотки	46,3	31,3	25,0	27,5	25,9	17,0	24,0	18,9	31,6	27,4	25,3	16,9	23,5
Пищевод	34,2	31,6	41,7	37,5	43,3	51,3	51,4	52,1	40,6	38,1	39,7	33,3	32,8
Желудок	29,1	26,2	26,2	24,0	22,1	23,2	28,4	29,0	24,5	23,6	27,4	22,9	29,6
Ободочная кишка	31,3	28,0	41,0	36,4	41,4	35,3	36,9	40,3	41,8	40,0	36,8	39,2	41,0
Прямая кишка	55,6	55,9	50,0	50,0	46,8	51,4	47,9	58,8	49,3	51,4	42,5	54,2	49,4
Гортань	30,3	33,3	26,8	34,3	22,5	19,4	24,4	41,2	53,7	32,3	24,0	40,7	28,9
Легкие	31,8	31,8	26,7	32,8	33,4	32,5	32,2	27,8	30,5	33,7	37,9	31,7	36,3
Меланома кожи	48,5	75,0	67,3	65,0	66,7	64,9	72,5	74,5	76,5	57,5	66,7	61,9	69,8
Рак кожи	95,9	96,6	95,0	98,1	96,3	96,0	95,3	95,1	84,7	91,1	91,6	89,6	85,1

Локализация опухоли	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Молочная железа	62,7	62,7	67,0	69,0	68,5	71,7	69,8	73,2	68,5	68,5	66,0	70,1	70,5
Шейки матки	73,9	68,9	75,5	77,8	79,0	68,5	75,0	65,2	69,2	67,4	63,1	71,8	58,2
Тело матки	76,4	85,3	70,0	80,3	83,6	74,3	78,6	83,3	77,1	72,8	79,6	86,1	83,7
Яичники	32,0	24,3	45,3	42,2	32,1	46,3	41,0	51,5	37,0	32,9	45,7	41,6	40,9
Щитовидная железа	73,2	66,7	65,5	57,7	65,6	57,1	50,0	71,9	79,4	80,0	84,5	85,0	83,8
Предстательная железа	37,8	38,9	35,1	52,6	35,1	48,0	46,2	50,0	28,6	42,6	34,6	33,0	42,9
Мочевого пузыря	48,9	67,3	30,6	61,2	51,1	62,0	70,0	65,3	61,2	76,1	78,9	76,9	63,5
Почек	58,6	-	43,0	51,1	47,1	52,5	47,2	53,3	60,3	54,1	н/д	58,5	66,5
ВСЕГО	42,5	43,6	43,2	44,1	44,0	44,8	45,7	47,2	44,2	45,3	45,9	47,6	47,7

Снизился уровень выявления с IV стадией злокачественных опухолей тела матки с 9,1 до 3,5%, меланома кожи с 6,1 до 4,8%, яичников с 40,0 до 19,7%. Вместе с тем наблюдался рост диагностики с IV стадией рака пищевода с 22,8 до 24,6%, желудка с 39,3% до 48,0%, легкого с 27,8% до 30,1%. На протяжении 13 лет практически не изменились показатели запущенности по раку молочной железы с 7,3 до 7,3% (РФ за 2012 г. – 9,2%), рак кожи с 0,1% до 1,1%.

Анализ показывает, что при раке внутренних локализаций в 47,2% случаев причиной поздней диагностики явилось скрытое течение (2000 г. – 43,6%), в 26,9% несвоевременное обращение (2000 г. – 38,6%) и 15,7% ошибки медработников (2000 г. – 12,5%).

При злокачественных новообразованиях визуальных локализаций в 60,2% случаев поздняя диагностика произошла из-за несвоевременного обращения, включая нерегулярное прохождение профосмотров (2002 г. – 72,5%), 23,3% скрытое течение (2002 г. – 13,2%) и 16,5% неполное обследование и клинические ошибки (2001 г. – 14,3%).

В 2012 году ошибки в диагностике больше допускаются при раке легкого 12 случаев (4 из них по причине неполного обследования, 6 клинические ошибки, рентгенологические ошибки 2), желудка – 5 (3 из них по причине неполного обследования, 2 клинические ошибки), ободочной и прямой кишок – 19, молочной железы – 15 (неполное обследование – 10 и 4 клинические ошибки, 1 морфологическая ошибка). На перечисленные локализации приходится большая часть диагностических ошибок.

Диагностические ошибки чаще всего происходят из-за неполного обследования больных при первичном обращении около 40,0%, клинические ошибки – 44,2%, длительное обследование – 10,2%, ошибка в морфологической диагностике – 1,5%.

**Удельный вес больных с впервые в жизни установленным
диагнозом IV стадией по локализациям по республике Коми, (%)**

Локализация опухоли	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Губы	4,8	-	-	-	8,3	-	7,7	-	23,1	16,7	-	23,5	7,7
Полости рта и глотки	22,2	28,1	28,6	29,4	29,6	46,8	26,0	18,9	33,3	35,5	44,0	42,2	30,8
Пищевод	22,8	26,3	21,7	29,7	13,3	33,3	27,0	29,1	25,0	25,4	39,7	21,1	24,6
Желудок	39,3	47,6	43,2	45,3	51,6	48,3	47,7	47,9	50,0	54,9	55,7	51,5	48,0
Ободочная кишка	31,9	37,3	29,5	37,0	25,0	36,0	34,2	37,2	32,3	40,0	38,7	31,3	33,3
Прямая кишка	23,1	19,5	24,3	24,6	25,8	18,7	24,7	19,6	24,0	34,0	30,6	20,7	26,6
Гортань	6,1	12,5	14,6	-	32,5	25,0	17,1	2,9	9,8	19,4	40,0	11,1	10,5
Легкие	27,8	24,6	31,7	30,3	26,9	32,5	33,9	35,6	31,4	37,5	28,6	35,2	30,1
Меланома кожи	6,1	6,8	4,1	7,5	12,5	13,5	7,5	10,6	11,8	15,0	5,1	4,8	4,8
Рак кожи	0,0	-	-	-	0,6	-	-	0,6	1,2	1,2	1,2	0,6	1,1
Молочная железа	7,3	7,7	8,7	9,2	8,2	8,6	6,9	6,4	6,6	10,5	9,3	4,5	7,3
Шейки матки	6,5	5,6	6,1	6,7	5,0	9,0	5,0	7,3	5,8	10,5	8,3	1,0	8,2
Тело матки	9,1	4,4	8,3	7,0	8,2	8,1	6,4	7,1	4,8	9,9	6,5	3,7	3,5
Яичники	40,0	32,9	25,3	18,8	23,5	19,4	16,7	16,2	24,7	18,6	18,6	14,6	19,7
Щитовидная железа	22,0	16,7	13,8	15,4	12,5	8,6	30,0	9,4	8,8	2,9	1,7	3,0	6,3
Предстательной жел.	32,4	36,1	27,0	23,7	29,7	30,0	25,0	39,5	45,7	21,3	30,8	38,3	31,2
Мочевого пузыря	13,3	7,3	12,2	10,2	12,8	7,9	10,0	4,2	7,5	9,0	8,8	3,8	18,8
ВСЕГО	22,7	22,3	22,2	23,4	22,8	23,7	22,8	23,0	23,2	26,6	25,5	21,7	21,8

Одногодичная летальность – доля больных, умерших в течение первого года после установления диагноза снизилась с 37,7% в 2000 году до 26,6% в 2012 году, РФ за 2012 г. – 26,1%, Северо-Запад за 2012 год – 26,6%. Произошло снижение этого показателя при злокачественных новообразованиях ободочной кишки с 43,0 до 32,1% (РФ за 2012 г. – 29,6%), шейки матки с 16,8 до 7,5% (РФ за 2012 г. – 17,0%, Северо-Западный округ – 14,7%), гортани с 29,4 до 14,8%, молочной железы с 5,0 до 3,7% (РФ – 8,3%, Северо-Западный округ – 8,8%), предстательной железы с 21,7 до 12,4%. Произошел рост при раке губы с 7,1% до 20,0%, меланомы кожи с 5,7 до 9,8% (РФ – 12,0%, Северо-Западный округ – 12,7%), костей и мягких тканей с 18,5 до 25,0%.

**Одногодичная летальность к числу первично
взятых по всем локализациям по республике Коми, (%)**

Локализация опухоли	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Губы	7,1	4,8	-	-	7,1	8,3	-	7,7	16,7	15,4	16,7	-	20,0
Полости рта и глотки	39,7	46,3	37,5	46,4	45,1	44,4	46,8	44,0	64,2	45,6	38,7	44,2	40,7
Пищевод	69,5	75,9	65,5	80,0	68,8	65,0	64,1	73,0	64,6	73,4	69,8	69,0	69,8
Желудок	59,7	53,8	61,4	59,0	61,3	63,8	58,0	59,2	52,5	57,8	57,1	50,0	54,2
Ободочная кишка	43,0	44,4	52,7	45,3	48,1	38,8	35,9	42,3	36,7	38,0	34,2	33,5	32,1
Прямая кишка	39,3	32,4	28,0	38,0	31,7	29,0	24,3	31,5	28,8	27,3	35,4	26,1	24,6
Гортань	29,4	45,5	39,6	24,4	22,9	45,0	36,2	36,6	17,6	19,5	22,6	40,0	14,8
Легкие	68,5	60,2	58,8	61,8	65,9	55,7	58,5	58,1	58,7	56,6	56,5	52,9	54,5
Кости, мягкие ткани	18,5	27,6	28,6	22,2	35,0	34,6	13,5	22,1	31,6	33,3	26,1	6,7	25,0
Меланома	5,7	15,2	1,4	4,1	17,5	22,9	13,5	10,0	12,8	20,6	12,5	-	9,8
Кожа	1,4	0,9	1,7	1,3	-	1,2	1,3	0,7	0,6	2,5	1,8	1,8	0,6
Молочная железа	5,0	6,8	8,6	6,5	12,7	10,5	8,6	5,5	9,0	6,6	7,5	9,7	3,7
Шейки матки	16,8	16,3	12,2	9,2	12,2	8,4	14,4	6,0	10,1	16,7	15,1	17,9	7,5
Тело матки	10,9	9,1	5,9	18,3	12,7	5,4	13,5	9,0	11,9	6,0	11,1	10,8	9,9
Яичники	20,3	29,3	34,4	30,7	23,4	28,4	23,9	29,5	14,7	24,7	25,7	15,7	18,3
Предстательная железа	21,7	18,9	25,9	16,2	15,8	29,7	16,0	15,4	23,7	24,3	14,9	4,7	12,4
Мочевой пузырь	27,6	26,7	21,8	30,6	24,5	31,9	28,6	26,0	16,7	17,9	19,4	21,1	12,3
Щитовидная железа	6,5	12,2	8,3	10,3	11,5	9,4	11,4	16,7	9,4	5,9	-	-	3,2
Лимфомы	15,7	27,3	32,3	29,3	25,9	31,4	29,8	18,2	25,3	32,9	30,5	30,9	14,9
Лейкемии	23,7	48,1	37,3	40,7	26,8	33,3	37,3	16,4	23,8	23,5	24,3	32,8	14,3
ВСЕГО	37,7	37,6	36,2	36,2	37,7	35,9	33,8	33,7	32,5	32,9	32,9	30,0	26,6

Активно выявлено 11,7% больных, против 9,1% в 2000 году (РФ 2012 г. – 15,6%). На селе выявляемость ниже 7,0%, против 9,1% в городе.

По данным оперативной информации (ВО «ОНКО») территорий за 2012 год в целом по республике Коми осмотрено 74,5% из подлежащих осмотру женщин старше 30 лет, что на уровне показателя за 2011 год. Из прошедших осмотр, в смотровых кабинетах осмотрено 64,6% в 2011г.–63,0% (1,6%). При всех видах онкоосмотров выявлено 306 случаев злокачественных опухолей различных локализаций, из них 69 или 22,5% в смотровых кабинетах, это лучше, чем в 2011 году на 7,4%. Больше всех активно выявляется рак шейки матки, из 210 больных, включая рак *in situ*, 58 выявлены при профосмотрах – 27,6% (2011 год – 30,1%). На втором месте рак молочной железы с показателем 17,2% (2011 год – 18,1%). Общая выявля-

емость рака на 1000 осмотренных женщин в 2012 году составила 1,6, что на уровне в 2011 года. В 2012 году функционировало 3 отдельных и 4 совмещенных смотровых кабинетов, из них 7 работали в 2 смены, 26 в 1 смену и 3 по 0,5 смены. Низкой нагрузкой функционируют кабинеты в Удорский, Сосногорский, Сыктывдинский, Усть-Куломском районах. При среднем по республике 2937 на 1 ставку в год, в перечисленных районах не достигает 1,5 тысячи. Следует отметить, что представленные районы ежегодно показывают неудовлетворительные результаты.

В целом по республике Коми уровень морфологической верификации ЗНО в 2012 году составил 85,2% против 83,3% в 2000 году. Максимальный уровень верификации достигал 87,7% в 2007 году. Последние 2 года наблюдается некоторое снижение общего показателя, что связано с широким применением компьютерной томографии в установлении диагноза и степень его распространенности. В 2012 году 100% верификация при ЗНО гортани, свыше 95% при ЗНО кожи, шейки матки, молочной железы, лимфом. Заметный рост удельного веса верификации наблюдается при раке пищевода с 81,0 в 2000 года до 88,5% в 2012 году, желудка соответственно с 87,6 до 89,9%, предстательной железы с 78,4 до 88,3% и мочевого пузыря с 82,2 до 92,9%, снижение показателя отмечается при гемобластозах.

Удельный вес морфологической верификации злокачественных опухолей по локализации опухоли по республике Коми, (%)

Локализация опухоли	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Губы	95,2	10	100	92,9	100	100	100	83,3	100	100	100	94,1	100
Полости рта и глотки	94,4	96,9	92,9	94,1	94,4	91,4	98,0	94,3	96,5	96,8	96,0	92,8	98,8
Пищевод	81,0	79,3	88,3	84,4	78,3	77,0	87,8	93,8	89,1	79,4	85,5	91,2	88,5
Желудок	87,6	86,3	84,3	84,4	78,4	84,1	84,9	88,0	88,7	88,4	80,4	84,7	89,9
Ободочная кишка	75,0	76,0	72,7	71,6	79,6	81,7	88,6	83,8	83,5	92,9	82,6	87,7	88,7
Прямая кишка	92,6	89,6	89,0	84,9	92,7	85,4	94,6	90,8	94,0	81,3	92,5	95,0	93,7
Гортань	93,9	85,4	87,8	82,9	92,5	94,4	90,2	100	95,1	96,8	100	92,6	100
Легкие	68,2	69,1	67,7	63,8	63,3	62,5	66,4	76,5	73,9	64,8	62,3	63,2	68,2
Кости, мягкие ткани	89,7	92,9	88,9	85,0	84,6	86,4	88,9	89,5	100	91,3	93,3	80,0	86,2
Меланома	97,0	100	100	95,0	95,8	100	100	95,7	97,1	97,5	100	97,6	96,8
Кожа	100	97,2	98,7	98,1	97,0	98,7	98,7	97,5	88,3	89,3	89,2	89,0	93,4
Молочная железа	97,3	97,4	96,7	95,6	95,9	95,1	95,6	95,1	96,3	97,0	95,0	94,5	95,8
Шейки матки	100	97,8	98,0	97,8	100	98,2	99,0	99,1	100	95,3	97,6	98,0	98,0
Тело матки	94,5	97,1	95,0	100	95,9	94,6	98,7	100	97,6	100	98,9	99,1	98,8

Локализация опухоли	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Яичники	93,3	91,4	92,0	93,8	96,3	92,5	96,2	95,6	95,1	92,9	92,9	97,8	95,5
Представительная железа	78,4	77,8	78,4	76,3	81,1	92,0	92,3	84,2	82,9	92,6	94,4	90,4	88,3
Мочевой пузырь	82,2	87,3	79,6	89,8	80,9	88,8	84,0	91,7	86,6	88,1	98,2	92,3	92,9
Щитовидная железа	92,7	94,4	100	10	96,9	91,4	100	96,9	100	100	100	98,5	98,8
Лимфомы	98,5	91,9	98,8	97,5	97,1	94,7	98,5	98,7	94,7	98,3	98,5	89,5	70,4
Лейкемии	100	96,6	100	100	98,3	100	100	98,8	98,8	97,3	96,9	88,5	63,6
ВСЕГО	83,3	84,7	84,0	82,1	83,5	83,0	85,3	87,7	86,0	84,9	84,7	85,0	85,2

Удельный вес больных, впервые взятых на учет, получивших радикальное лечение в 2012 году по республике составил 46,2% это на 5,9% хуже 2000 года (РФ 51,8%). Больные, которым противопоказано специальное лечение по сопутствующей патологии зарегистрировано 173 больных или 6,6% от числа больных с ЗНО с впервые установленным диагнозом, против 9,2% в 2000 году (РФ 8,8%).

Отказы онкологических больных от лечения являются острейшей деонтологической и медико-социальной проблемой, так за 2012 год зарегистрировано 57 больных или 2,2%, против 7,0% в 2000 году от числа впервые выявленных, от лечения отказались (РФ 2,9%).

Из получивших специальное лечение получили: в НИИ – 1,4% (2000 г.-0,4%) больных, в онкодиспансерах – 81,4% (2000 г.-83,3%), в республиканских ЛПУ – 6,5% (2000 год - 11,3%), в городских больницах – 5,4% (2000год - 3,8%) и районных больницах – 2,2% (2000 год - 1,2%).

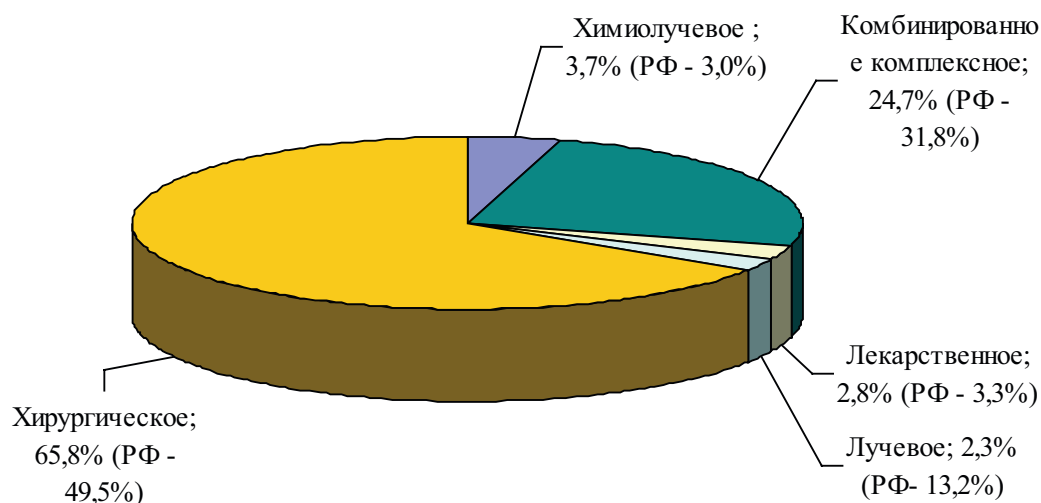
В 2012 году самые низкие показатели завершенности радикального лечения при раке желудка 24,6% (2000 г.-27,6%) от числа первично взятых на учет (РФ 33,2%), легкого 16,4% (2000 г.-25,3%) (РФ 24,1%) и пищевода 28,1% (2000 г.-26,6%) (РФ 25,1%). Наиболее высокий процент при меланоме кожи 88,1% (2000 г.-87,5%) (РФ 78,9%), при раке шейки матки 63,5% (2000 г.-72,2%) (РФ 65,8%), тела матки 76,3% (2000 г.-81,7%) (РФ 72,2%).

Отличия наблюдаются в величине показателей завершенности радикального лечения разных нозологических групп ЗНО. Как и прежде, низким остается удельный вес больных закончивших радикальное лечение при ЗНО легких, пищевода, желудка. Несколько более высокий процент закончивших специальное лечение в полном объеме отмечен в группе больных с ЗНО молочной железы, шейки и тела матки и с меланомой кожи.

Отношение числа, лечившихся только амбулаторно, к общему числу закончивших радикальное лечение, характеризует возможности онкологических диспансеров в развитии и применении перспективных схем амбулаторной лекарственной и лучевой терапии. Эти схемы предусматривают существенное снижение затрат

на лечение при полном сохранении его эффективности и являются щадящими в отношении психоэмоционального состояния пациентов. В 2012 году в РК данный показатель составил 7,4% РФ 15,2%.

Структура методов лечения больных с злокачественными новообразованиями в Республике Коми в 2012 году



Литература

1. Глушкова Л.И., Маймулов В.Г., Корабельников И.В. Обеспечение эколого-гигиенического благополучия населения в условиях Крайнего Севера: проблемы и решения: Санкт-Петербург: СПб ГМА им.И.И.Мечникова, 2002.-288с.
2. Доклад о санитарно-эпидемиологической обстановке в Республике Коми в 2003 году: ФГУ «ЦГСЭН в Республике Коми»: Сыктывкар, 2004.-98с.
3. Злокачественные новообразования в России в 2012 году (заболеваемость и смертность). Род редакцией В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой – Москва, 2004-254с.
4. Мерабишвили В.М. Материалы к истории онкологической статистики в России (к 50 летию повсеместной и обязательной регистрации онкологических больных // Вопросы онкологии.- 2003- Т.49.№4 – с.407- 417.
5. Научно-практическая работа «Анализ профессиональной среды и заболеваемости злокачественными новообразованиями на канцерогеноопасных производствах города Сыктывкара: Е.А.Заборская: Сыктывкар, 2004.-22с.
6. Онищенко Г.Г. Критерии опасности загрязнения окружающей среды// Гигиена и санитария.-2003.-№6.-С.3-4.
7. Роль раковых регистров в оценке эффективности противораковой борьбы. Материалы научно – практической конференции онкологов России / Под редакцией Мерабишвили – СПб, 2003 – 200с.
8. Состояние онкологической помощи населению России в 2012 году / Под редакцией В.И. Чиссова, В.В. Старинского – Москва, 2004 – 188с.
9. Чиссов В.И., Старинский В.В., Александрова Д.М. и др.// Комплексная научно-исследовательская программа «Медико-социальные аспекты решения проблем профилактики, диагностики, лечения и реабилитации больных со злокачественными опухолями в Российской Федерации»/ Здоровоохранение РФ.- 1999.- №4.-С.30-33.
10. Концепция демографического развития Республики Коми на период до 2015 года
11. Государственный доклад о состоянии окружающей среды Республики Коми в 2011 году.

ЛЕНИНГРАДСКАЯ ОБЛАСТЬ



РАЗДЕЛ X

ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Л.Д. Роман, А.И. Крупенчук

*ГУЗ «Ленинградский областной онкологический диспансер»
191104. Санкт-Петербург,
Литейный пр., д.37
Тел. (812) 272-28-05
E-mail: lenonkodispenser@mail.ru*

SECTION X

Oncology Service of Leningrad Region

L.D. Roman, A.I. Krupenchuk

Онкологическая служба в Ленинградской области впервые была организована в 1947 году на основании приказа № 85 от 1 апреля 1947 года по Ленинградскому областному отделу здравоохранения, а на основании следующего приказа № 175 от 11 апреля 1951 года, был создан онкологический диспансер II категории со стационаром на 35 коек и онкопансионатом на 25 коек.

Постепенно мощность Ленинградского областного онкологического диспансера увеличилась и уже к 1980 году он располагал стационаром на 150 коек (70 коек – онкохирургических, 40 – онкогинекологических и 40 – радиологических), диспансерно-поликлиническим отделением, своими рентгенологической, эндоскопической и патологоанатомической службами и клинико-биохимической лабораторией.

Кроме онкологического диспансера онкологические койки были развернуты на базе областной клинической больницы (37 коек) и в некоторых районах Ленинградской области (15). Таким образом, в те годы Ленинградская область имела 202 онкологические койки на 1604100 человек населения (данные 1986 г.), что составило 12,6 онкологических коек на 100 тысяч человек населения.

В настоящее время в Ленинградской области (вместе с Ленинградским областным онкологическим диспансером развернуто 350

The oncology service in the Leningrad Region was first organized in 1947 by Order No. 85 of April 1, 1947 issued by the Regional Healthcare Department, with the following Order No. 175 of April 11, 1951 regulating the foundation of a II category oncology dispensary with an in-patient department of 35 beds and so-called “oncolodging” with 25 beds.

The capacity of the Leningrad regional oncology dispensary was gradually increasing and in 1980 it included an in-patient department with 150 beds (70 oncosurgical beds, 40 oncogynecological beds and 40 radiotherapy beds), an out-patient department, x-ray, endoscopy and pathology service as well as a clinical laboratory.

Oncology departments were also opened in the regional hospital (37 beds) and in some regions of the Leningrad Region (15 beds).

Thus, the Leningrad Region had at least 202 oncology beds for the population of 1,604,100 (as of 1986) or 12,6 oncology beds per 100,000 citizens.

Nowadays, the Leningrad Region together with the Leningrad regional oncology dispensary has 350 oncology beds, 20,08 beds per 100,000 citizens.

онкологических коек, обеспеченность онкокойками составляет по Ленобласти 20,1 на 100 тысяч населения.

В 2012 году население Ленинградской области составляло 1 742,5 тыс. жителей. Ежегодно регистрируется более 5 000 (5 640-2013 г.) новых случаев злокачественных новообразований, контингенты больных, состоящих под диспансерным наблюдением составили на 31.12.2013 г. – 34952 больных ЗНО.

In 2012, the population of the Leningrad Region was 1,742.500 citizens. More than 5,000 new cancer cases are registered every year (5,640 cases in 2013), the number of prevalent cancers as of 31st of December 2013 was 34,952 patients.



Роман Ласло Дюлович после окончания института, до 1970 года работал хирургом в Йошкар-Олинской городской больнице. С 1970 г

по 1984 г — заведующий хирургическим отделением Центральной районной больницы города Кингисеппа Ленинградской области. С 1984 года работает в Ленинградском областном онкологическом диспансере, а с 1988 года и по настоящее время является главным врачом Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Ленинградский областной онкологический диспансер» (далее – ГБУЗ ЛООД) и главным онкологом Ленинградской области. За время работы в должности главного врача зарекомендовал себя инициативным, ответственным руководителем.

Деятельность Романа Ласло Дюловича непосредственно связана с Ленинградской областью.

Благодаря настойчивости Романа Ласло Дюловича произошло переоснащение ГБУЗ ЛООД медицинской техникой и медицинским оборудованием, внедрены новые медицинские технологии, создан канцер – регистр, открыты новые специализированные отделения для диагностики и лечения онкологических заболеваний.

Является одним из ведущих хирургов Ленинградской области, признанный специалист в хирургическом лечении опухолевых заболеваний органов системы пищеварения. Область профессиональных интересов — хирургическое лечение больных раком верхних отделов пищеварительного тракта и гепатопанкреатодуоденальной зоны. Тема диссертационного исследования — «Выбор рационального хирургического доступа при оперативном лечении больных раком грудного отдела пищевода».

Соавтор 3-х монографий и более 100 печатных научных работ.

Награжден орденами «Дружбы народов»(1981г) и «Почета» (2002г).

Романа Ласло Дюловича отличает широкая эрудиция, увлеченность работой, трудолюбие, профессионализм, стремление к новому. Он энергичный и принципиальный организатор здравоохранения, высококлассный хирург, передает свои знания и опыт молодым коллегам по работе. С его мнением считаются, его приглашают в другие учреждения для консультаций (Ленинградская областная клиническая больница, Военно – медицинская академия).

Присвоено звание «Заслуженный врач Российской Федерации» 1993г, «Почетный гражданин Ленинградской области» 2001г

Роман Ласло Дюлович пользуется заслуженным уважением и авторитетом не только в коллективе сотрудников, но и в лечебных учреждениях Ленинградской области.

Онкологическая служба в нашей стране была организована в 1945 году на основании постановления СНК СССР «Об организации Государственной онкологической службы в СССР».

Онкологическая служба в Ленинградской области была организована в 1947 году на основании приказа №85 от 1 апреля 1947 года по Ленинградскому областному отделу здравоохранения на базе Областной клинической больницы и поликлиники, а на основании следующего приказа №175 от 11 апреля 1951 года, онкологическое отделение и онкокабинет поликлиники из состава ЛОКБ были реорганизованы в Ленинградский областной онкологический диспансер со стационаром на 35 коек и онкопансионатом на 25 коек. Диспансер первоначально находился на пр. Огородникова в г. Ленинграде. Главным врачом диспансера был назначен Заводчиков Борис Николаевич.

В 1953 году ЛООД переведен по адресу: г. Ленинград, Литейный пр. дом 37, и увеличена его коечная мощность до 105 коек. В стационаре проводились хирургические операции по поводу рака молочной железы, опухолей мягких тканей, применялась рентгенотерапия, внутрисполостная и внутритканевая радиоизотопная терапия, оказывалась амбулаторная консультативная и лечебная помощь, и был заведен учет онкологических больных в Ленинградской области.

С 1965 по 1982 годы главным врачом диспансера был Акинчев Лев Николаевич. Под его руководством в диспансере внедрялись химиотерапевтический метод лечения и цитологический метод диагностики. Химиотерапевтом в диспансере работала Лазовская Эсфирь Вениаминовна, а первым цитологом — Данишевская Майя Наумовна.

В 1969 году был принят на должность заведующего хирургическим отделением Силин Борис Николаевич. Под его началом стала развиваться полостная хирургия и хирургические вмешательства на лимфопроводящих путях. С этого же времени диспансер является постоянной базой кафедры ХУВ-2 Военно-Медицинской Академии им. С.М.Кирова. Тесное сотрудничество с кафедрой дало мощный импульс развитию хирургического метода лечения в диспансере.

С 1982 по 1986 годы диспансером руководил Арзуманов Арутюн Санвелович. По его инициативе отремонтирован цокольный этаж здания ЛООД на Литейном пр., куда было переведено поликлиническое отделение на 70 посещений в смену, а стационар расширен до 150 коек и располагал 70 онкохирургическими койками, 40 – онкогинекологическими и 40 — радиологическими, диспансерно-поликлиническим отделением, своими рентгенологической, эндоскопической и патологоанатомической службами и клинико-биохимической лабораторией. Открыта послеоперационная палата, отремонтирован конференц-зал.

Кроме онкологического диспансера онкологические койки были развернуты на базе Областной клинической больницы (37 коек) и в некоторых районах Ленинградской области (15). Таким образом, в те годы Ленинградская область имела 202 онкологические койки на 1604100 человек населения (данные 1986 г.), что составило 1,26 онкологических коек на 10 тысяч человек населения.

Для организации амбулаторной онкологической помощи в 17 районах Ленинградской области были развернуты 30 онкологических кабинетов, в которых к

1986 году работало 22 врача-онколога. С течением времени в 5 районах Ленобласти начали функционировать рентгенотерапевтические кабинеты в которых часть онкологических больных получали специальное лечение, а также в Ленобласти было создано 17 цитологических районных лабораторий. В последующие годы улучшалась и совершенствовалась материально-техническая база, приобреталась современная медицинская аппаратура, рос профессионализм онкологических кадров, совершенствовались методы диагностики и лечения онкологических больных Ленинградской области, была достаточно хорошо отлажена система профилактических осмотров, санитарно-просветительная работа среди населения, диспансерное наблюдение и учет онкологических больных.

С 1987–1988 гг. главный врачом диспансера был Чалганов Анатолий Иванович, а с 1988 г. и по настоящее время главным врачом ЛООД является Роман Ласло Дюлович.

К сожалению, после распада СССР и, особенно, разукрупнения Ленинградской области (до 2006 года в Ленобласти было 29 муниципальных образований) в работе онкологической службы появились негативные факторы, которые значительно повлияли на дальнейшую эффективность ее работы. Наиболее значимыми среди них оказались:

- Низкая зарплата сотрудников привела к высокой текучести кадров.
- Недостаточное финансирование онкослужбы (медикаменты, закупка нового оборудования, ремонт) вызвало ограничение применения дорогостоящих методов лечения и привело к преждевременному износу оборудования.
- Прекращение распределения молодых специалистов после обучения в Вузах и медицинских училищах в ЛПУ Ленинградской области и почти полное отсутствие дополнительных льгот для них привело к дефициту онкологических кадров.
- Невозможность организовать онкокабинеты и привлечь туда специалистов (онкологов и онкомедсестер) во вновь образованных муниципальных образованиях с малой численностью населения привела к ухудшению качества и снижению доступности онкологической помощи населению в таких районах.
- Низкие доходы жителей Ленобласти, снижение общего качества жизни, высокая безработица (из-за прекращения работы многих государственных учреждений, заводов и фабрик) привели к миграции населения в город, уходу части жителей из государственных в коммерческие структуры и малый бизнес, (где, как правило, не соблюдается КЗОТ и отсутствуют профосмотры) и к повышению общей смертности населения и уменьшению рождаемости.

В результате воздействия этих неблагоприятных факторов особенно сильно пострадало начальное звено онкологической службы – организация и амбулаторная помощь онкобольным в районах Ленинградской области. Значительно ухудшилась ситуация с профилактическими осмотрами населения, санитарно-просветительной работой, курированием онкологами кустовых ЛПУ, посещением больных на дому и пр.

Конечно, большинство таких проблем возникли во вновь образованных муниципальных образованиях Ленобласти, где раньше своей собственной онкологической службы не было, а больные обращались к районным специалистам.

Из-за недофинансирования была на многие годы практически парализована выездная кураторская работа врачей онкодиспансера в районах Ленинградской области, что, в результате, ослабило внимание руководителей ЛПУ районов к работе своих онкослужб, привело к игнорированию решения их проблем и к снижению квалификации кадров.

Несмотря на тяжелое положение всех государственных лечебных учреждений в стране в постперестроечный период, коллектив Леноблонкодиспансера сумел выжить и практически не растерял своих квалифицированных сотрудников, достаточно быстро адаптировался к условиям работы при введении обязательного медицинского страхования, а также продолжал развивать и совершенствовать лечебно-диагностический процесс, внедрять новые методы диагностики и лечения злокачественных новообразований и совершенствовать материально-техническую базу.

В конце 90 годов поликлиника диспансера была переведена в соседнее здание и увеличена ее мощность до 170 посещений в смену, открыта палата интенсивной терапии, реанимация, расширен операционный блок, а в цокольном этаже размещены параклинические службы. В 2003 году Леноблонкодиспансеру отдан больничный комплекс в п. Кузьмоловский, Всеволожского района, за счет которого мощность стационара увеличена до 240 коек.

В последние годы Правительство Ленинградской области и Комитет здравоохранения уделяют пристальное внимание онкологической службе Ленобласти: улучшилось ее финансирование, практически исчезли проблемы с закупкой дорогостоящих химиотерапевтических препаратов, современных фармацевтических препаратов, производится ремонт многих помещений в стационаре и поликлинике ЛООД, строится еще один корпус на территории филиала в п. Кузьмолово, приобретено и функционирует самое современное на сегодняшний день диагностическое цифровое оборудование для эндоскопической и УЗИ-логической службы, открылся и функционирует радиологический корпус на территории Областной клинической больницы, активно внедряются в практику новые методы лечения онкологических больных, реорганизуется на основе новых программ и информационных технологий работа территориального и районных канцер-регистров, активизируется выездная работа врачей-кураторов в районах Ленобласти и пр.

Сегодня в диспансере функционируют:

- поликлиническое отделение на 170 посещений в смену;
- хирургическое отделение № 1 (торако-абдоминальное и опухоли мягких тканей) на 60 коек;
- хирургическое отделение № 2 (маммологическое) на 40 коек;
- хирургическое отделение № 3 (онкоурология и опухоли головы и шеи) на 40 коек;
- химиотерапевтическое отделение на 60 коек;
- операционно-реанимационное отделение (на 2 базах) на 7 операционных столов и на 18 реанимационных коек.

Параклинические службы представлены:

- клинической и биохимической лабораторией;

- отделением лучевой диагностики и лечения (рентгенодиагностика, рентгенотерапия, УЗИ);
- эндоскопическим кабинетом;
- кабинетом функциональной диагностики.
- организационно-методическим отделом

В настоящее время в Ленинградской области (вместе с Ленинградским областным онкологическим диспансером и Ленинградской областной клинической больницей) развернута 431 онкологическая койка, обеспеченность онкокойками составляет по Ленобласти 2,4 на 10 тыс. населения.

В 2015 году планируется увеличение общего количества коек в стационаре ЛООД на 50, за счет открытия 10 корпуса больницы в п. Кузьмолово. На 10 коек будет увеличено отделение опухолей головы и шеи (в составе 3 хирургического отделения), на 10 коек будет увеличено отделение онкоурологии (в составе 3 хирургического отделения) и на 30 коек будет увеличено отделение химиотерапии. В результате коечный фонд ЛООД в 2015 году увеличится с 240 до 290 коек. Помимо них, уже с лета 2014 года функционирует дневной стационар на 15 химиотерапевтических коек. В ЛОКБ на 2015 год увеличения количества онкологических коек не планируется. Таким образом, общее число планируемых онкологических коек в Ленинградской области составит в 2015 году – 475.

В Леноблонкодиспансере консультации и прием больных проводят ведущие специалисты Научно-исследовательского института онкологии им. Н.Н. Петрова, Центрального научно-исследовательского рентгено-радиологического института, Ленинградской областной клинической больницы.

Ленинградский областной онкологический диспансер является клинической базой Военно-медицинской и Педиатрической медицинских академий.

Онкологическая служба Ленинградской области в настоящее время позволяет осуществить полноценное, на самом современном уровне, диагностическое обследование и специализированное лечение онкологических больных.

Анализ онкологической ситуации и состояния онкологической помощи населению Ленинградской области в 2013 году выполнен на основании представленных онкологической службой муниципальных районов Ленобласти онкологических отчетов по формам №7 и №35, а также сведениям по диагностике визуальных локализаций рака, стационарном лечении онкологических больных, паспортам районов и сведениям по запущенным случаям онкозаболеваний.

В 2013 году учет онкологических больных осуществлялся в Ленобласти как на бумажных носителях по форме №30, так и в специализированных компьютерных районных канцер-регистрах. Прием отчетных форм осуществлялся от онкослужб муниципальных образований исключительно в специализированной программе на магнитных носителях с копиями в бумажном варианте, а суммирование и обработка полученной информации по Ленинградской области также осуществлена в специализированной и модифицированной для новых отчетных форм ком-

пьютерной программе по приему квартальных и годовых онкоотчетов (автор: зам. главного врача по ОМР Крупенчук А.И.).

В 2013 году впервые выявлено 4761 онкологических больных (см. рис.1)

Онкологическую ситуацию характеризуют, прежде всего, два основных показателя – заболеваемость и смертность.



Рис.1

Онкологическая заболеваемость

Онкозаболеваемость населения фактически не зависит от состояния онкологической помощи, а зависит, прежде всего, от возрастных особенностей региона, экологической ситуации, социальных факторов.

В 2013 году впервые выявлено и 5637(5151) онкологических заболеваний, (здесь и далее в скобках показатели за 2012 год). Онкозаболеваемость по Ленобласти составила 321,91 (323,84) на 100000 чел.нас., что несколько меньше онкозаболеваемости за 2012 год. (см. Рис.2)

Однако по муниципальным районам Ленинградской области онкозаболеваемость значительно варьирует от 572,3 (465,44) в Киришском районе до 209,40 в Лодейнопольском районе. (см. Рис.3)

На первом месте в структуре онкозаболеваемости (оба пола) в 2013 году опять вышли ЗНО раком молочной железы – 36,21 (39,28), на втором месте ЗНО легких 34,43 (32,30), на 3 месте другие новообразования кожи – 30,61 (34,26) (Рис.4) У мужчин превалирует онкозаболеваемость при ЗНО легких — 57,49 , предстательной железы — 36,73 и раке желудка — 29,97 (Рис.5), у женщин — при раке молочной железы — 59,65 (73,07), др.новообразованиях кожи — 35,75 (43,21) и при раке желудка – 25,19. (Рис.6)

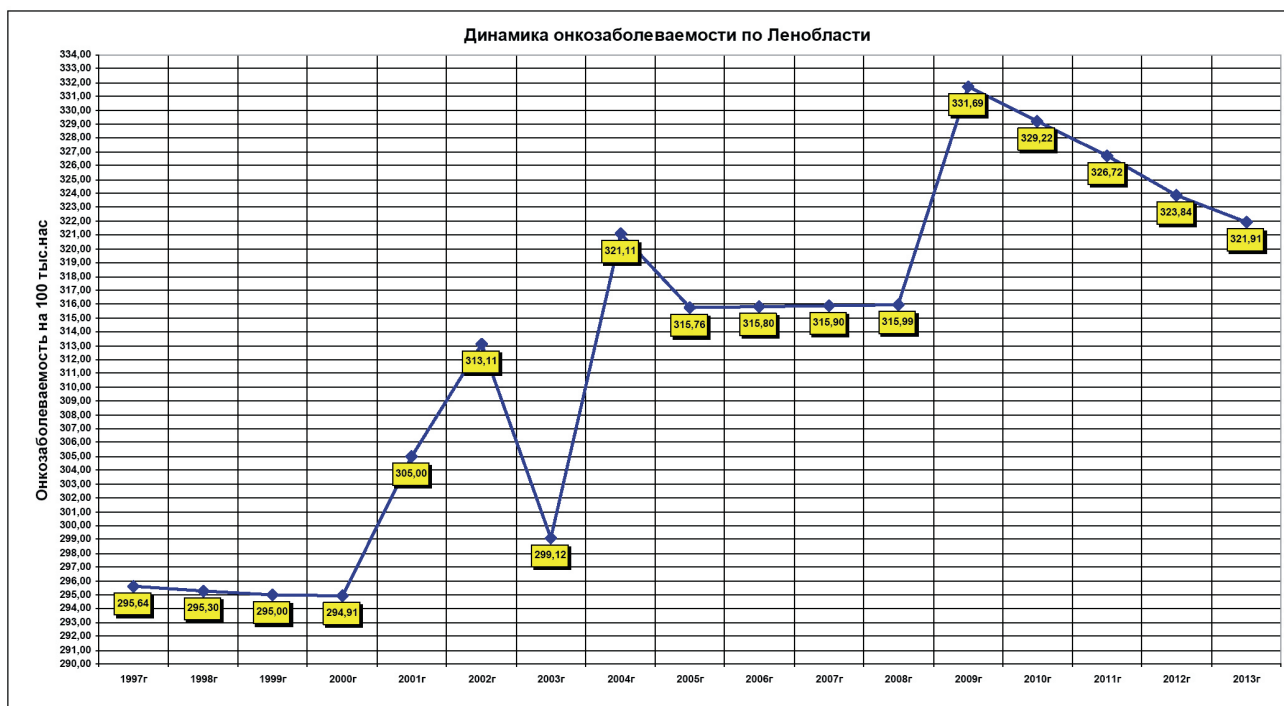


Рис.2

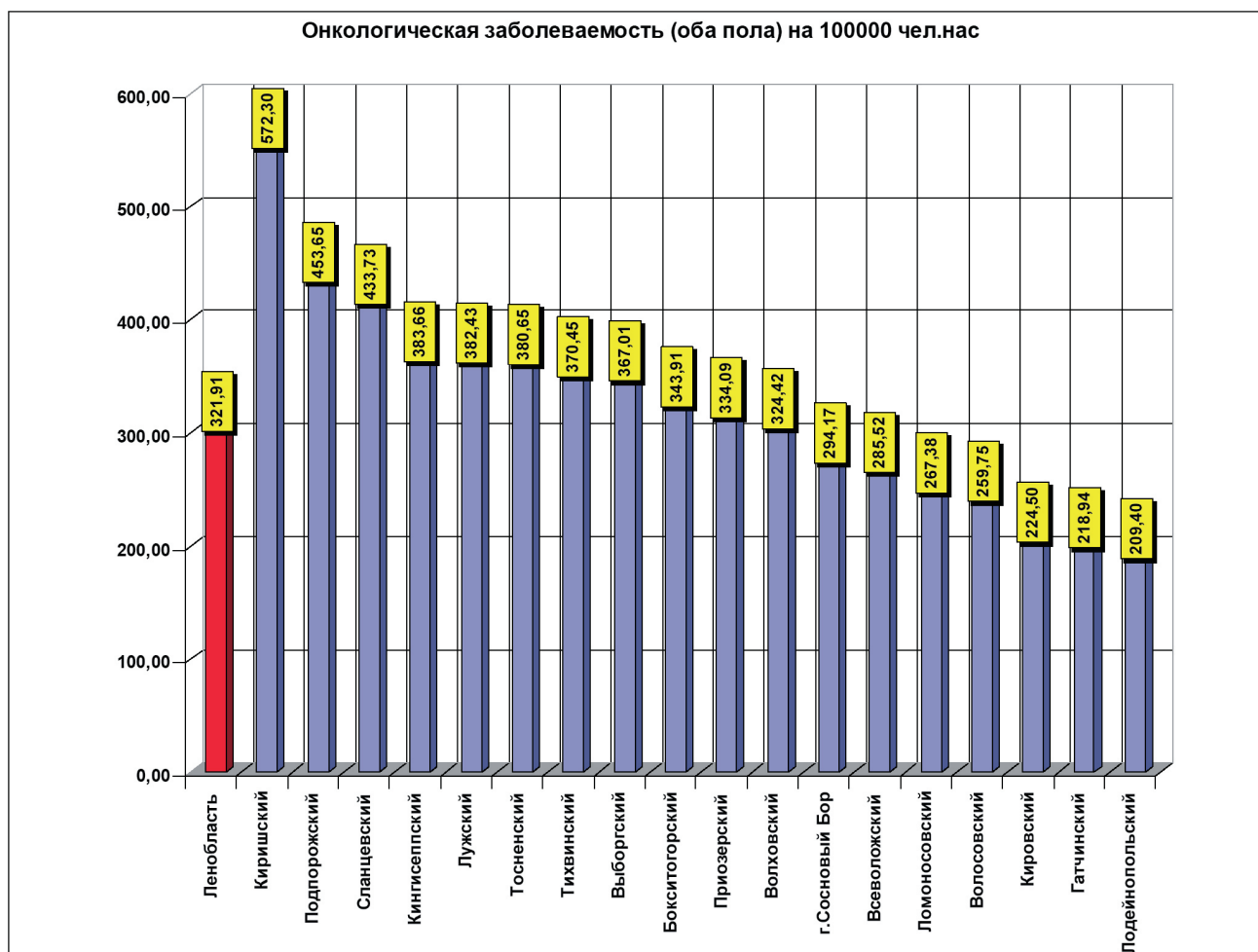


Рис.3

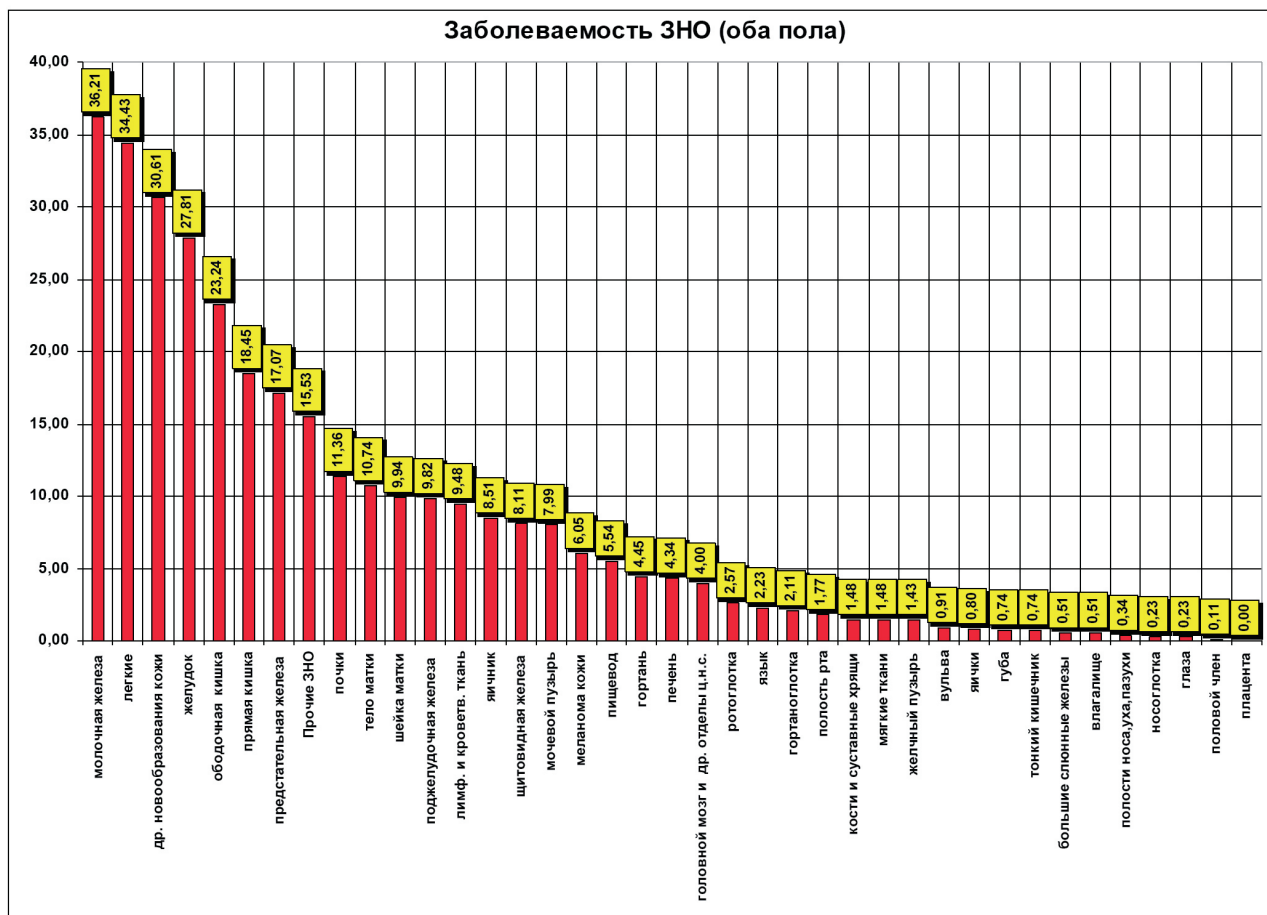


Рис.4

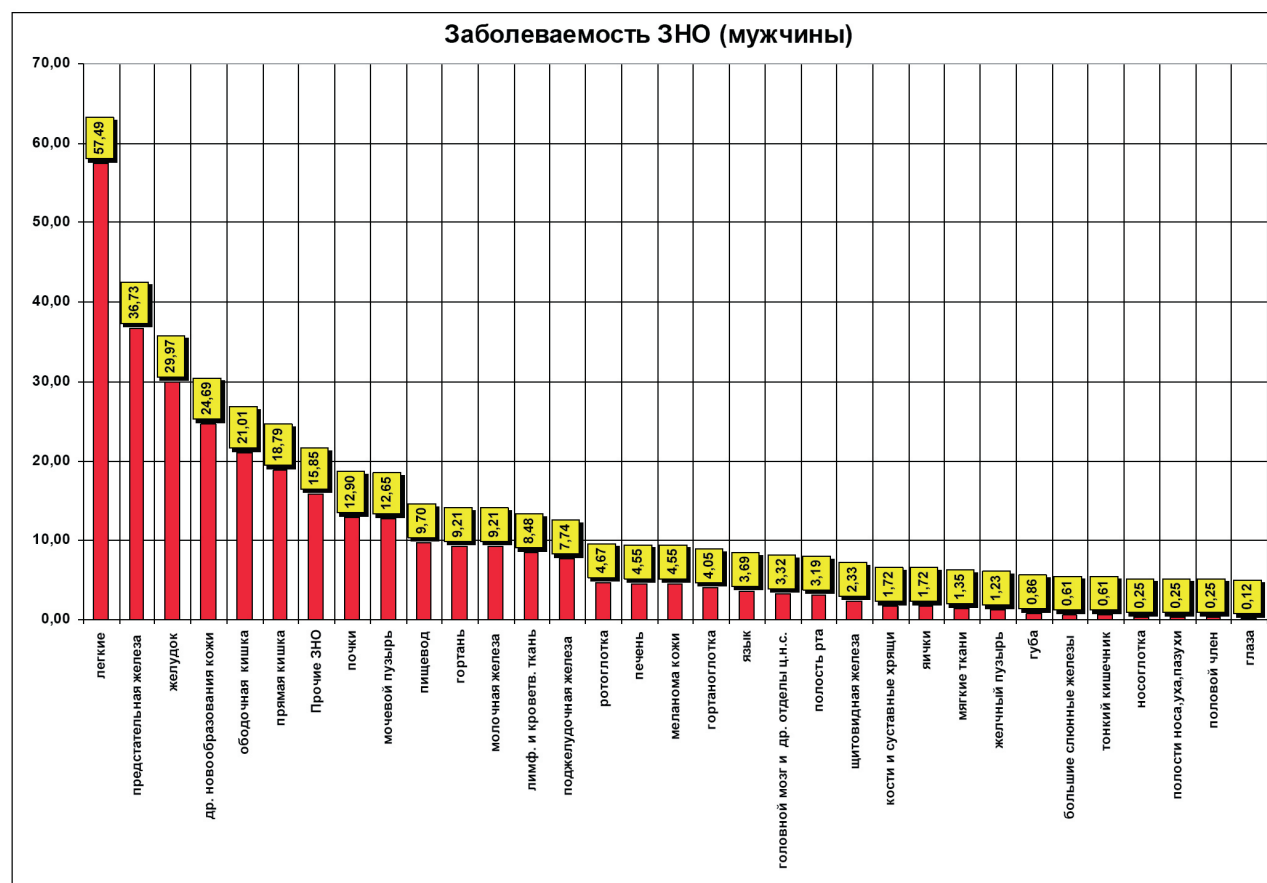


Рис.5

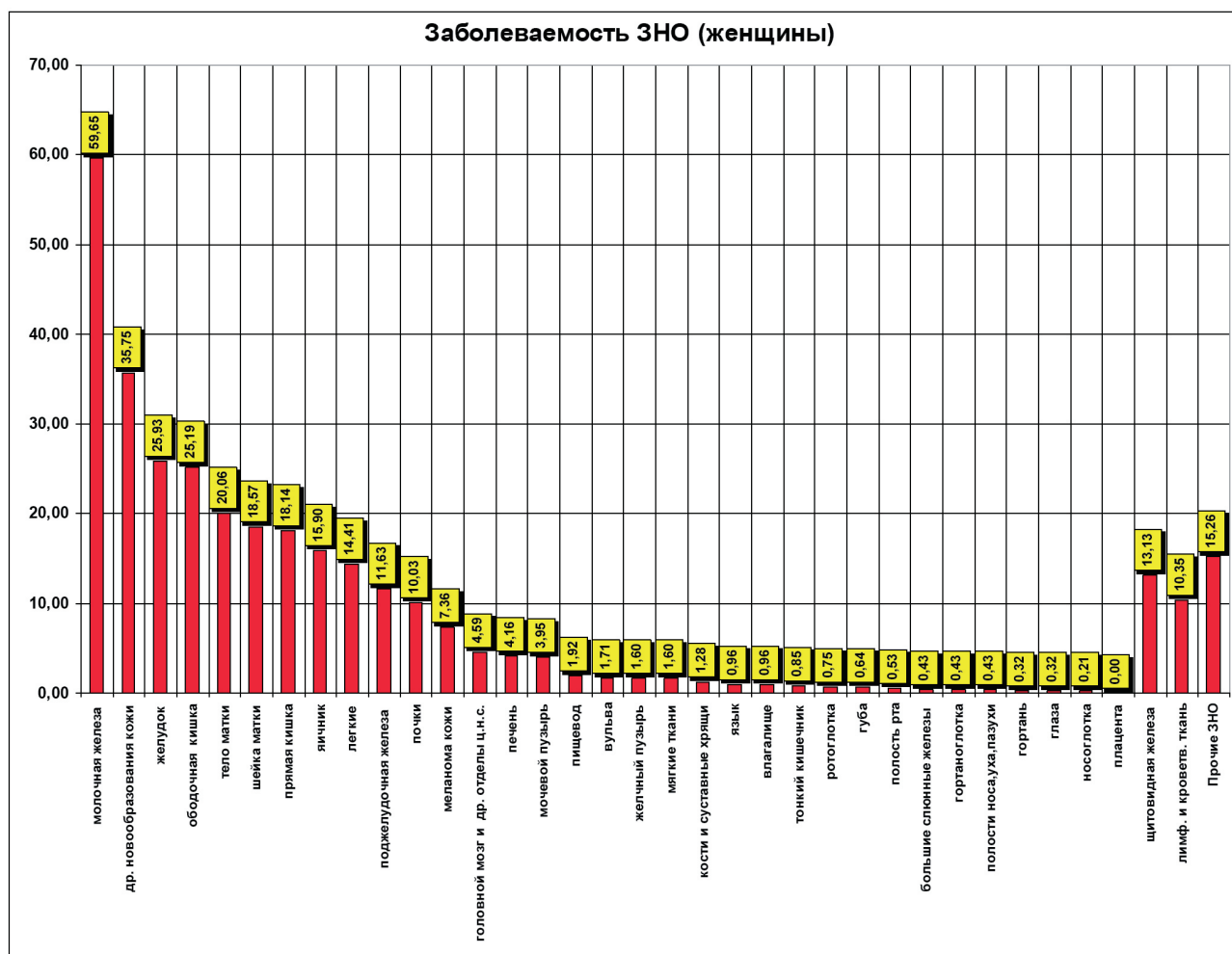


Рис.6

Онкологическая смертность

Смертность от онкологических заболеваний тесно взаимосвязана с онкологической заболеваемостью, половозрастным составом населения и структурой впервые выявленных онкобольных по стадиям (особенно от количества выявленных больных в IV стадии заболевания в предыдущем году)

В 2013 году онкосмертность по данным оперативного отчета несколько увеличилась по сравнению с 2012 годом 198,39 (184,27). Однако, сравнивать эти показатели (оперативную отчетность и в окончательные сведения из Росстата), можно только с показателями оперативной отчетности за предыдущие годы, поскольку, по многолетнему опыту, данные оперативной отчетности всегда меньше сведений из Росстата (в среднем на 15-20%). Эти различия связаны, прежде всего, с разным подходом к учету умерших онкобольных онкологической службой и органами ЗАКСа и Росстатом (онкологи учитывают только умерших, официально зарегистрированных в районах Ленобласти).

Об этом несоответствии однозначно указано в руководстве для врачей "Онкологическая статистика" часть I, стр.189 (под редакцией проф.Мерабишвили В.М. 2011 год) **"Важно обратить внимание на то, что ни в коем случае нельзя про-**

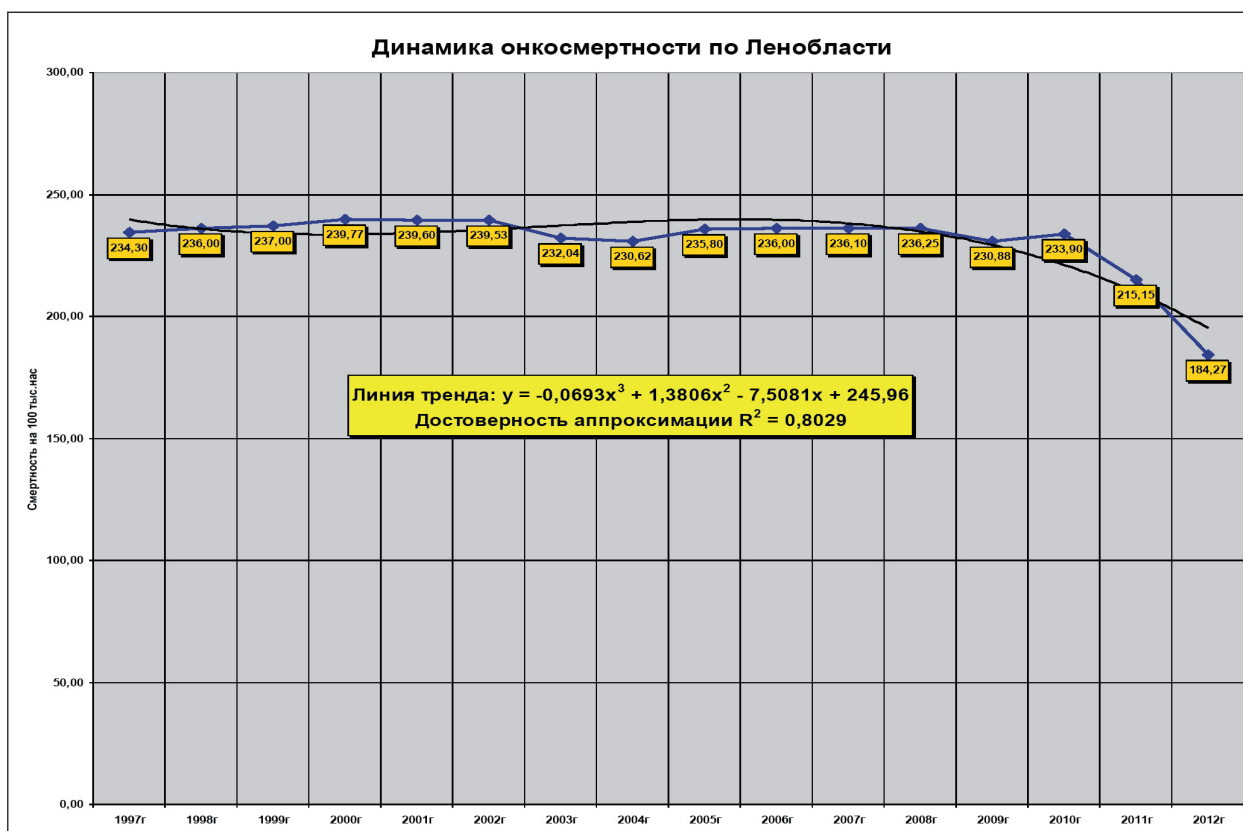


Рис.7

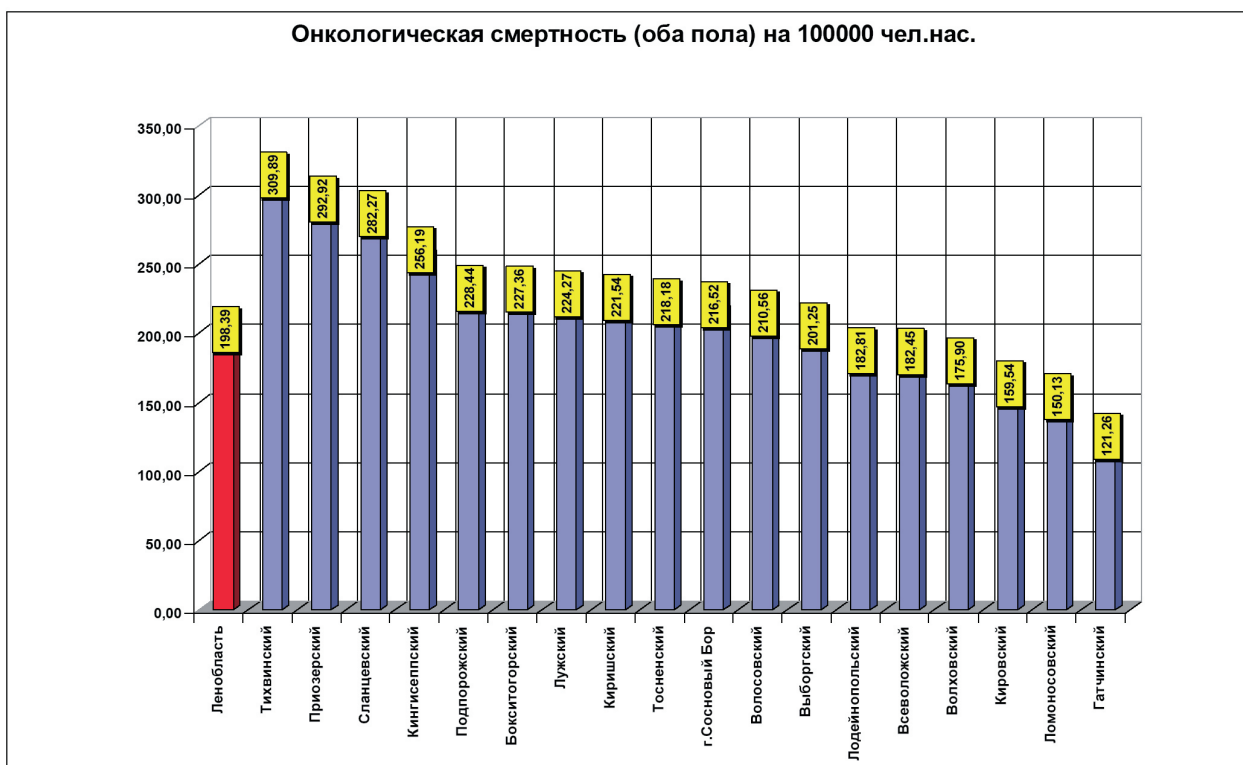


Рис.8

водить расчеты показателей смертности населения от злокачественных новообразований на основе таблицы 2 отчетной формы №35. Возможно только сравнение данных Госкомстата и ракового регистра для определения полноты учета”.

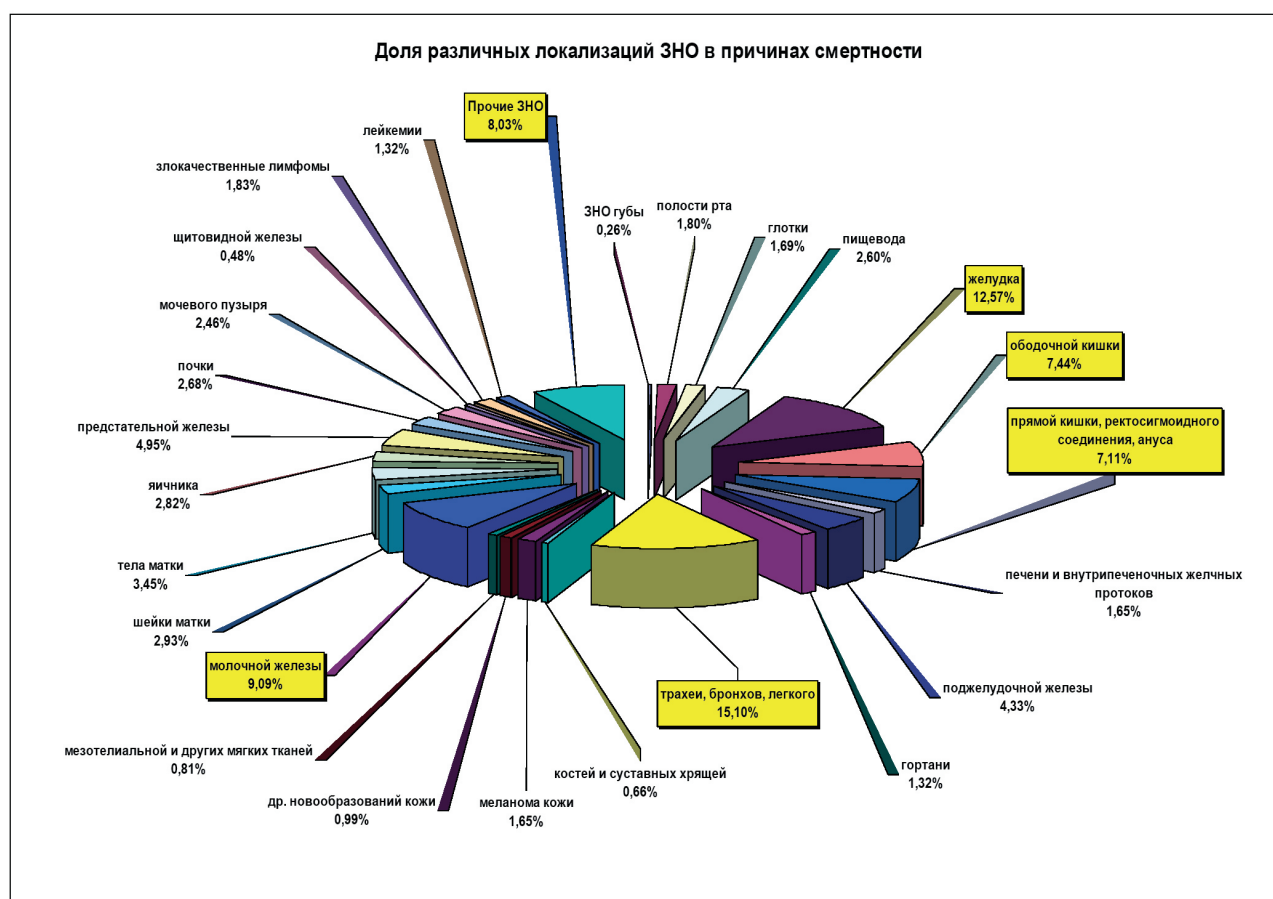


Рис.9

Несмотря на это, анализ линии тренда смертности позволяет сделать вывод о тенденции к ее уменьшению за последние годы. (Рис.7)

По муниципальным районам Ленобласти наиболее высокая смертность от онкозаболеваний в Тихвинском – 309,89 (269,14), наиболее низкая – в Гатчинском – 121,26 районах на 100 тыс.населения. (Рис.8)

В структуре умерших больных от ЗНО преобладает смертность от ЗНО трахеи, бронхов и легкого – 15,1% (16,27%) , рака желудка – 12,57% (11,86%), рака ободочной и прямой кишки- 14,55% (15,0%).(Рис.9)

Показатели качества диагностики онкологических заболеваний

К показателям качества диагностики онкологических заболеваний относятся следующие: доля больных ЗНО, выявленных при профилактических осмотрах (активная выявляемость), доля больных с морфологически верифицированным диагнозом, доля больных с I-II стадией заболевания, доля больных с IV стадией заболевания. В 2013 году доля больных ЗНО, выявленных при профилактических осмотрах (активная выявляемость) увеличилась с 25,7%, до 31,2% (Рис.10-11), доля больных с морфологически верифицированным диагнозом несколько снизилась с 93,0% до 92,9%, (Рис.12-13), доля больных с I-II стадией заболевания также несколько уменьшилась с 56,6%, до 55,22% (Рис.14-15), доля больных с IV стадией заболевания уменьшилась с 17,6% до 17,19%.(Рис.16-17)

Все это позволяет сделать вывод, что региональная программа по онкологии работает в последние годы достаточно эффективно.

Однако общая тенденция к улучшению средних по Ленобласти показателей диагностики онкологических заболеваний охватывает далеко не все муниципальные образования. Несмотря на тенденцию к улучшению статистических показателей диагностики ЗНО, при анализе выявляемости опухолей в различных стадиях по отдельным заболеваниям видно, что при опухолях пищевода, легких, желудка в основном выявляются больные в III-IV стадиях заболевания. Благополучная ситуация в плане ранней диагностики наблюдается при ЗНО кожи, губы и тела матки.

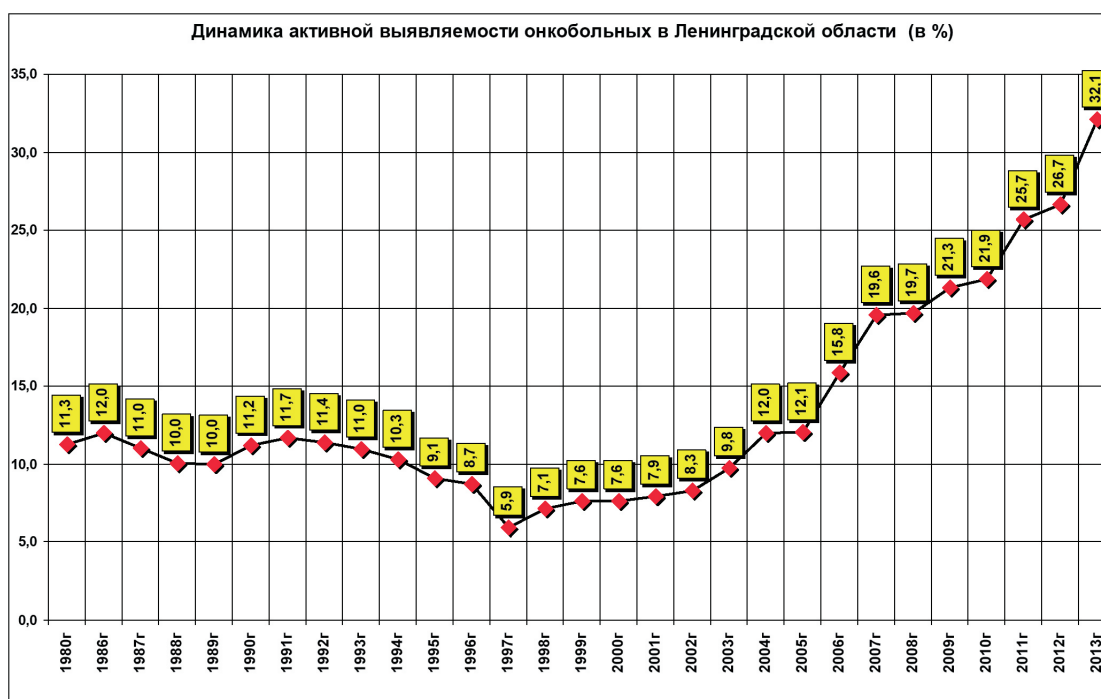


Рис.10

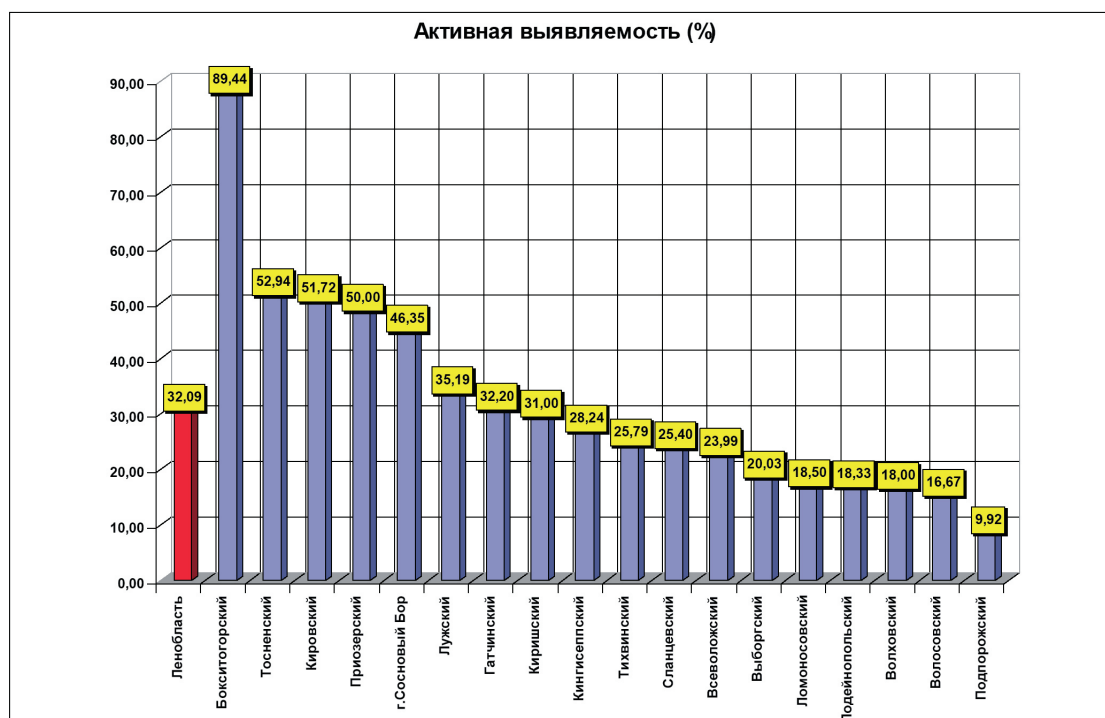


Рис.11

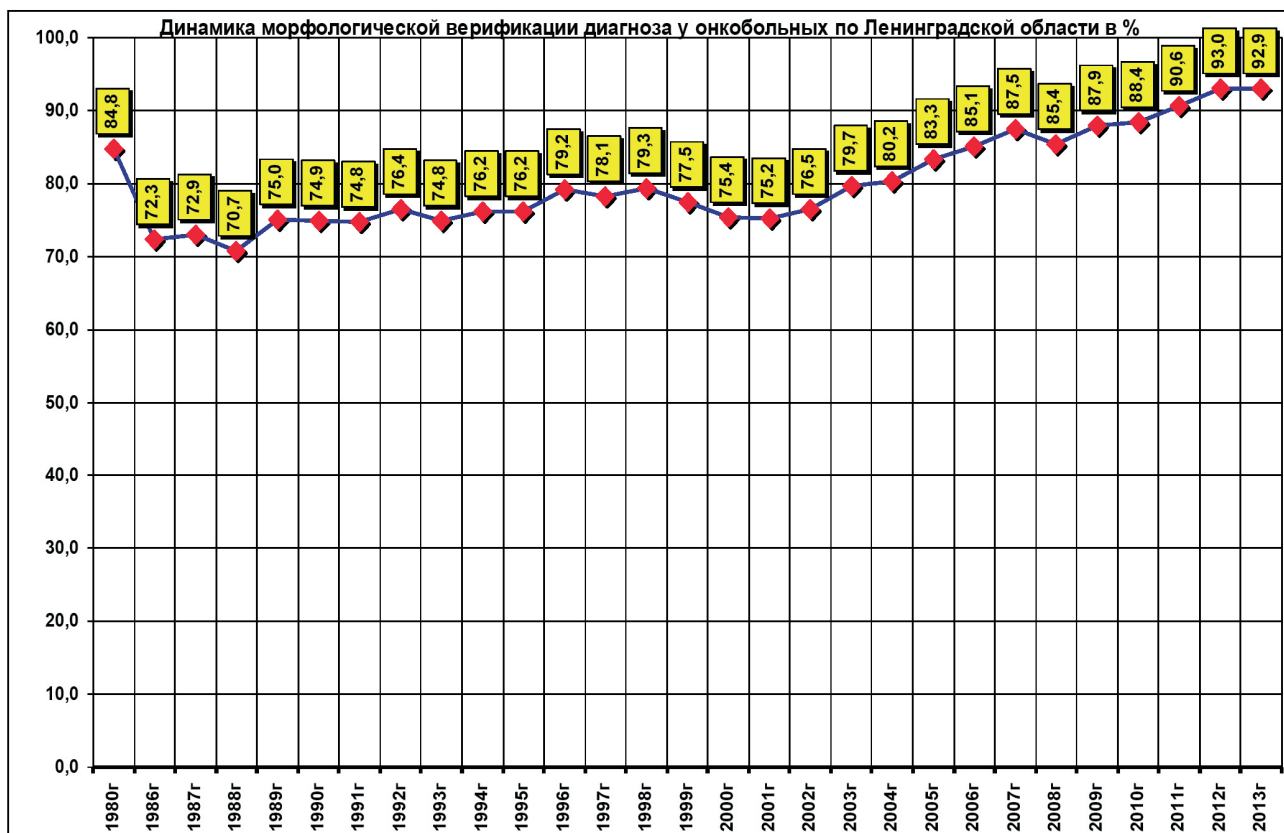


Рис.12

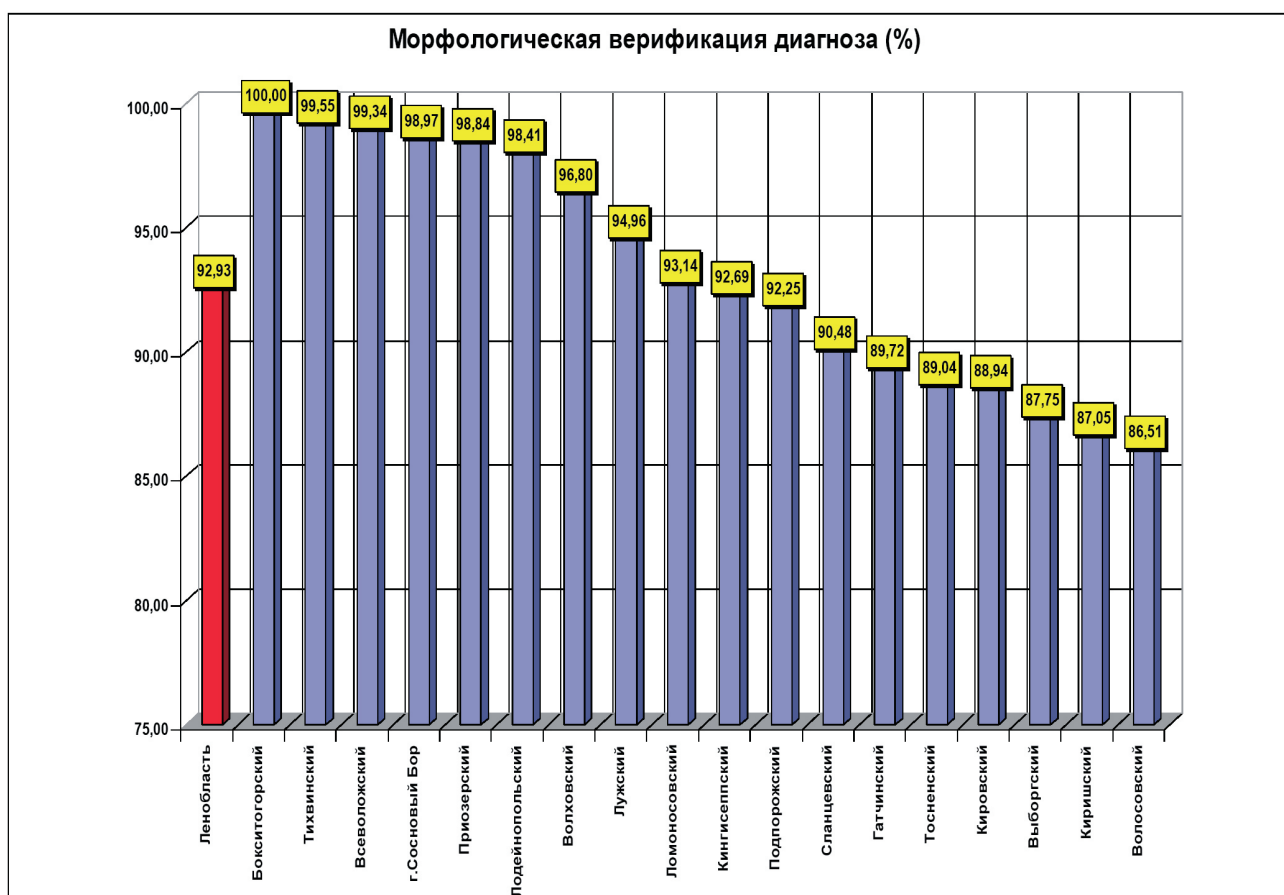


Рис.13

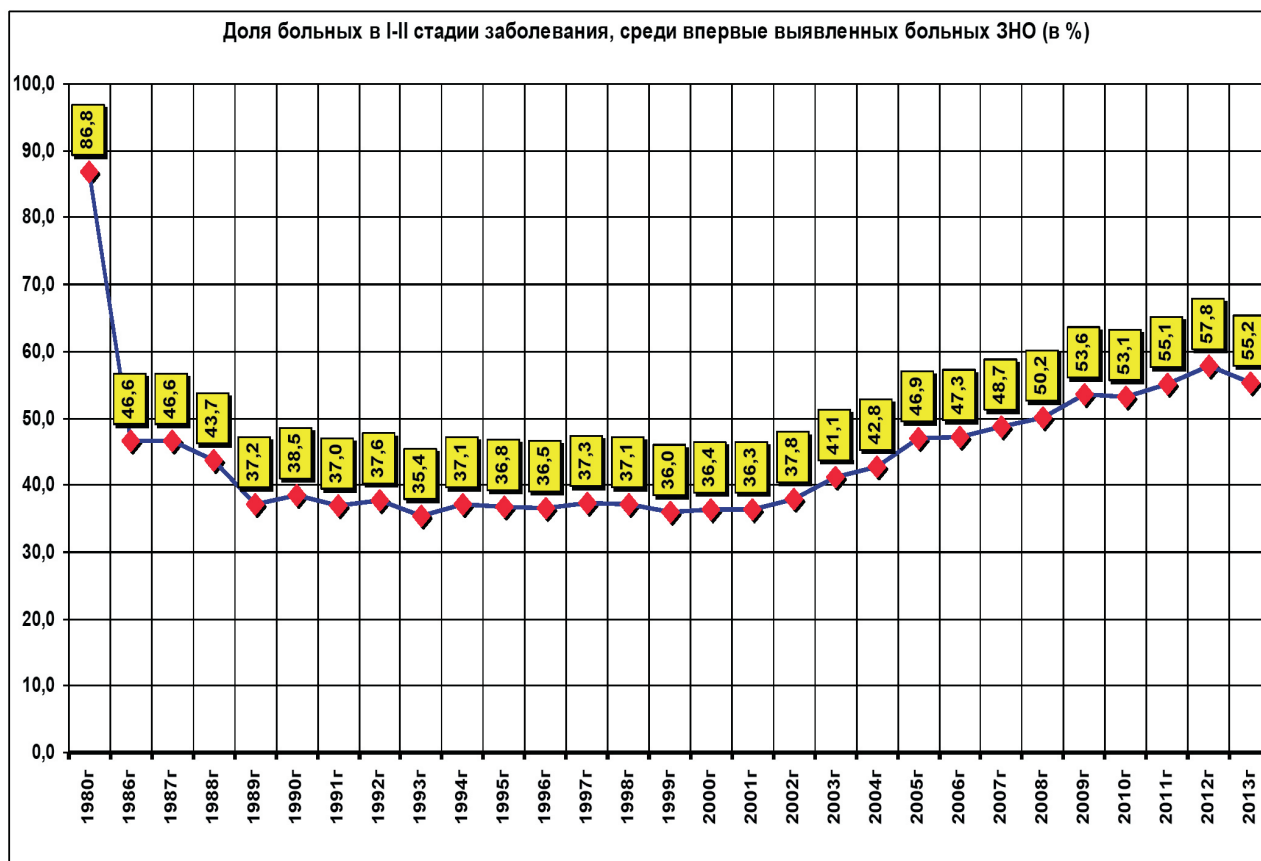


Рис.14

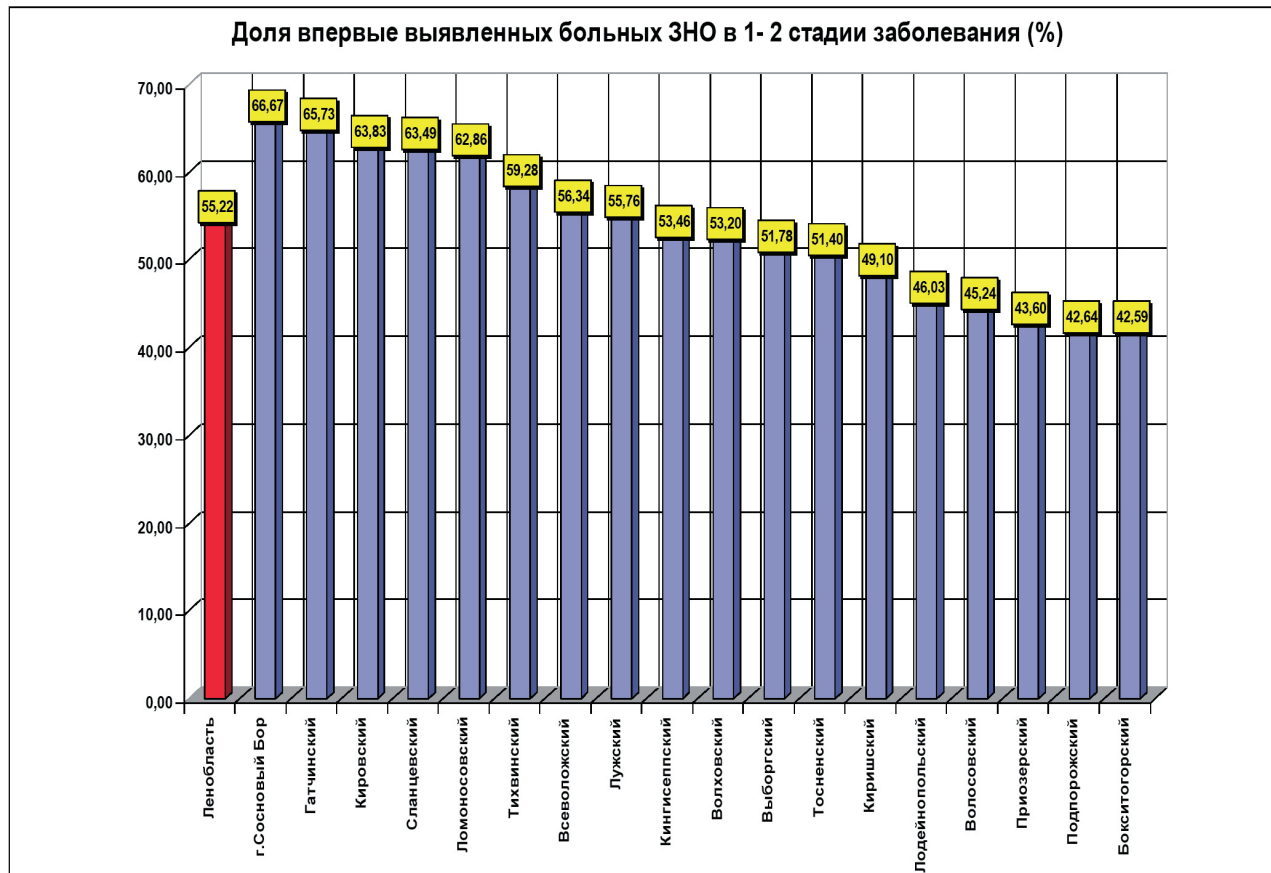


Рис.15

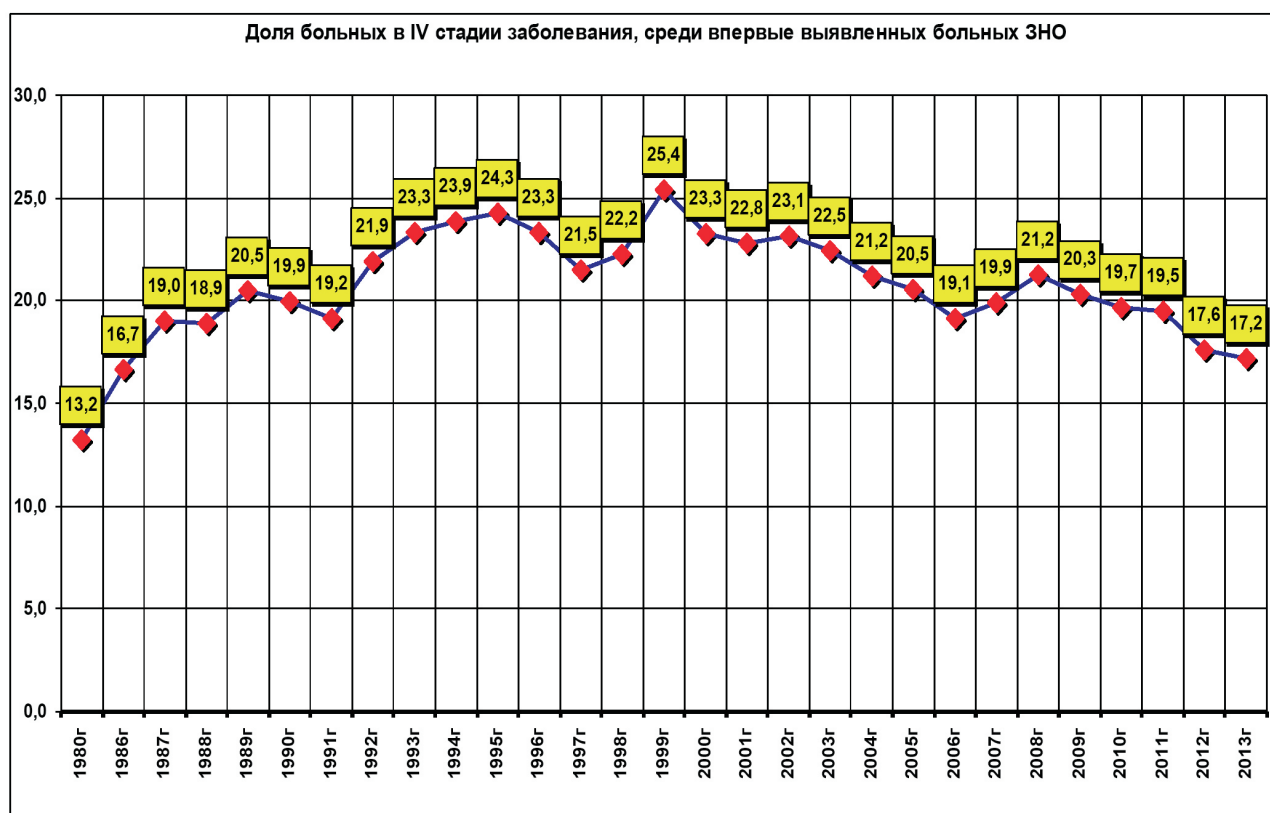


Рис.16

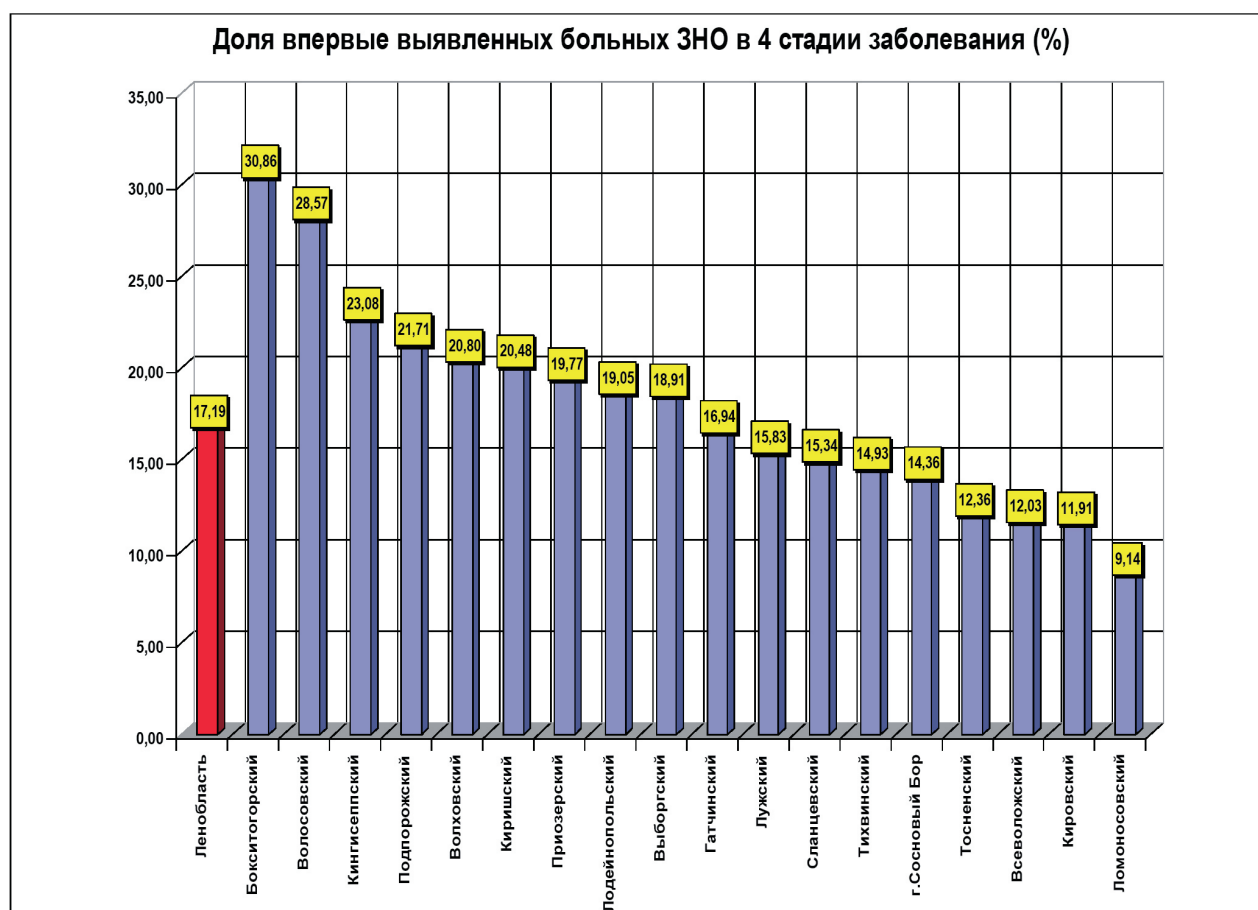


Рис.17

Показатели состояния онкологической помощи в целом

Доля больных, наблюдавшихся 5 лет и более, в 2013 году увеличилась и составила 48,34% (48,2%), однако с 2014 года, согласно методическим рекомендациям ФГБУ НИИ Онкологии им.П.А. Герцена “Характеристика и методы расчета медико-статистических показателей применяемых в онкологии” доля больных, наблюдавшихся 5 лет и более рассчитывается как отношение числа больных, состоявших на учете с момента установления диагноза 5 лет и более на конец отчетного года (n) к общему числу больных, состоявших на учете на конец отчетного года 5 лет назад., в этом случае показатель за 2013 год =59,42% (Рис.18-19).

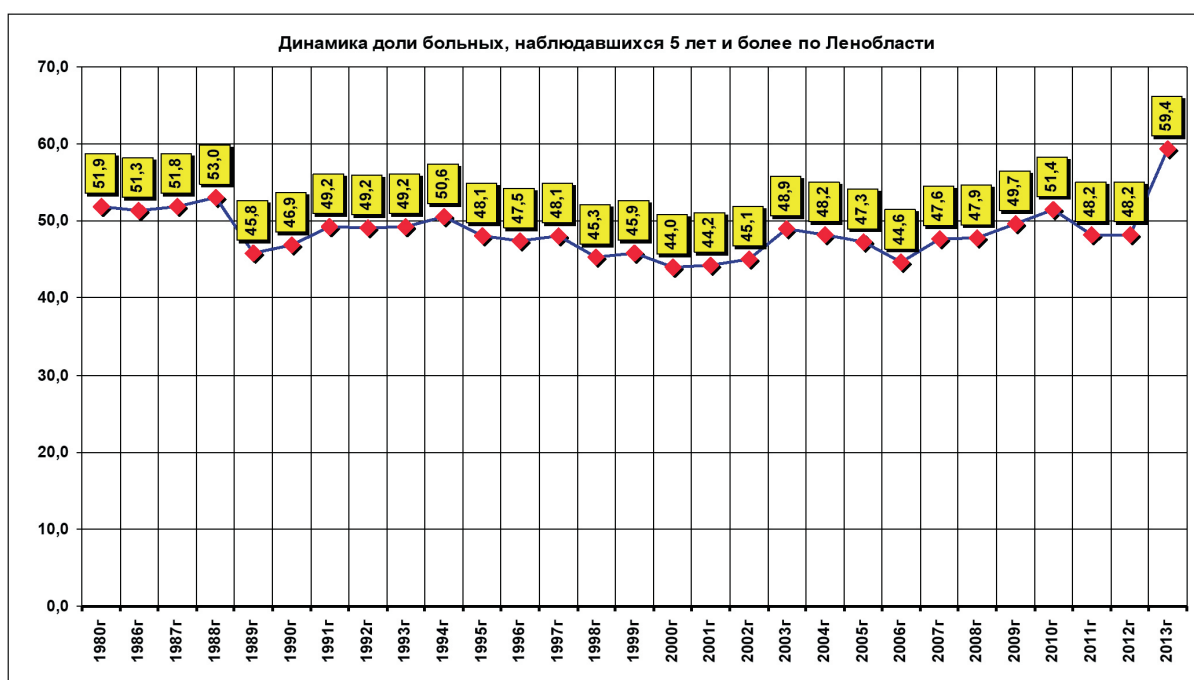


Рис.18

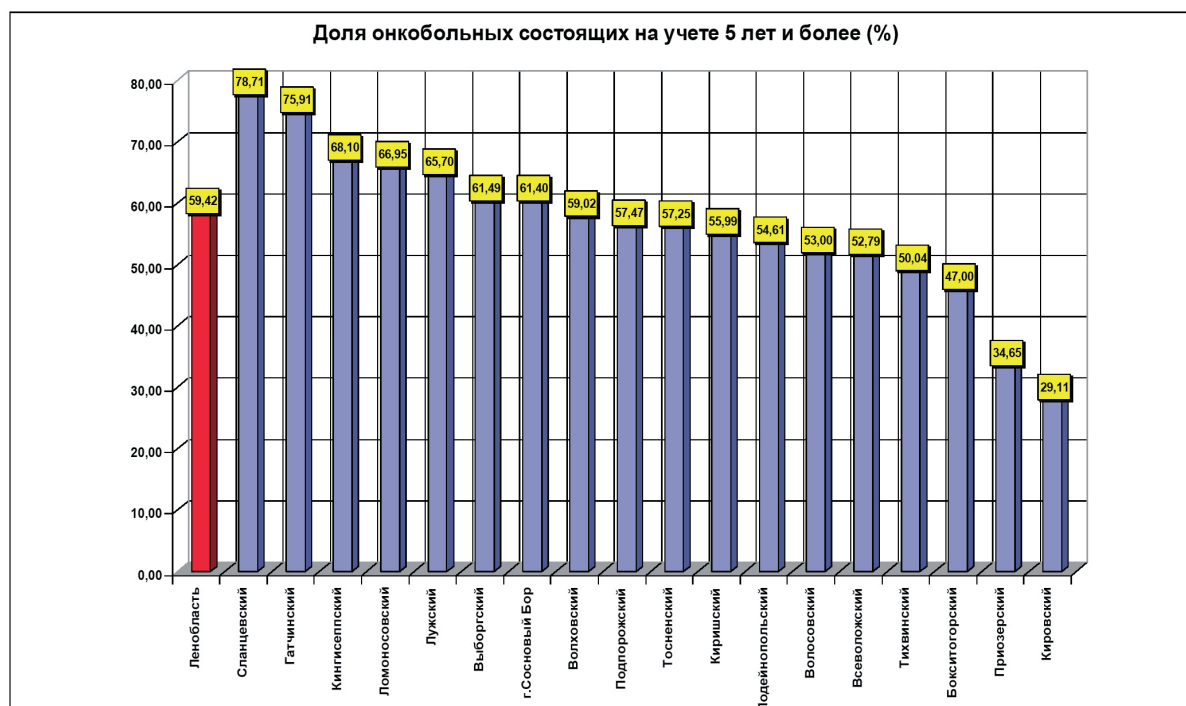


Рис.19

Показатель распространенности ЗНО в последние годы неуклонно повышается и в 2013 году достиг 1995,96 (1923,3) . В целом рост показателя распространенности в последние годы связан с увеличением выживаемости онкологических больных в Ленинградской области и характеризует улучшение эффективности онкологической помощи населению. (Рис.20-21)

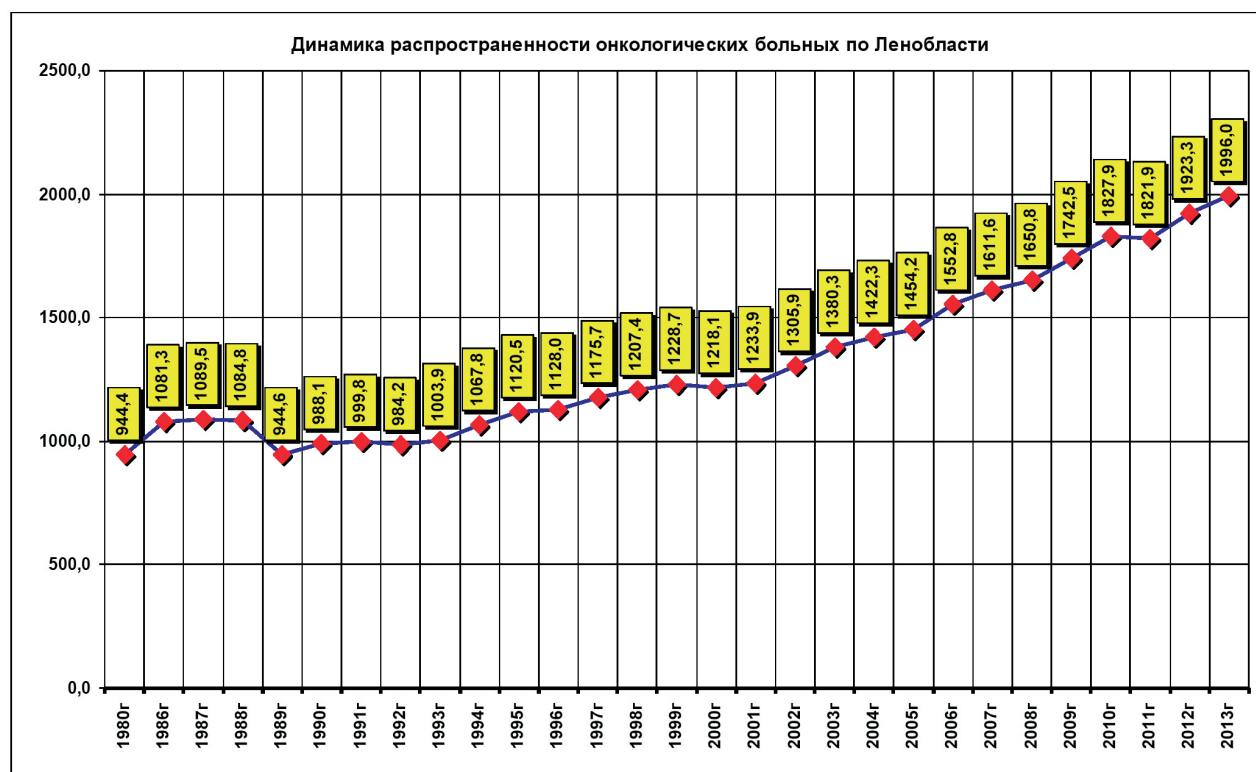


Рис.20

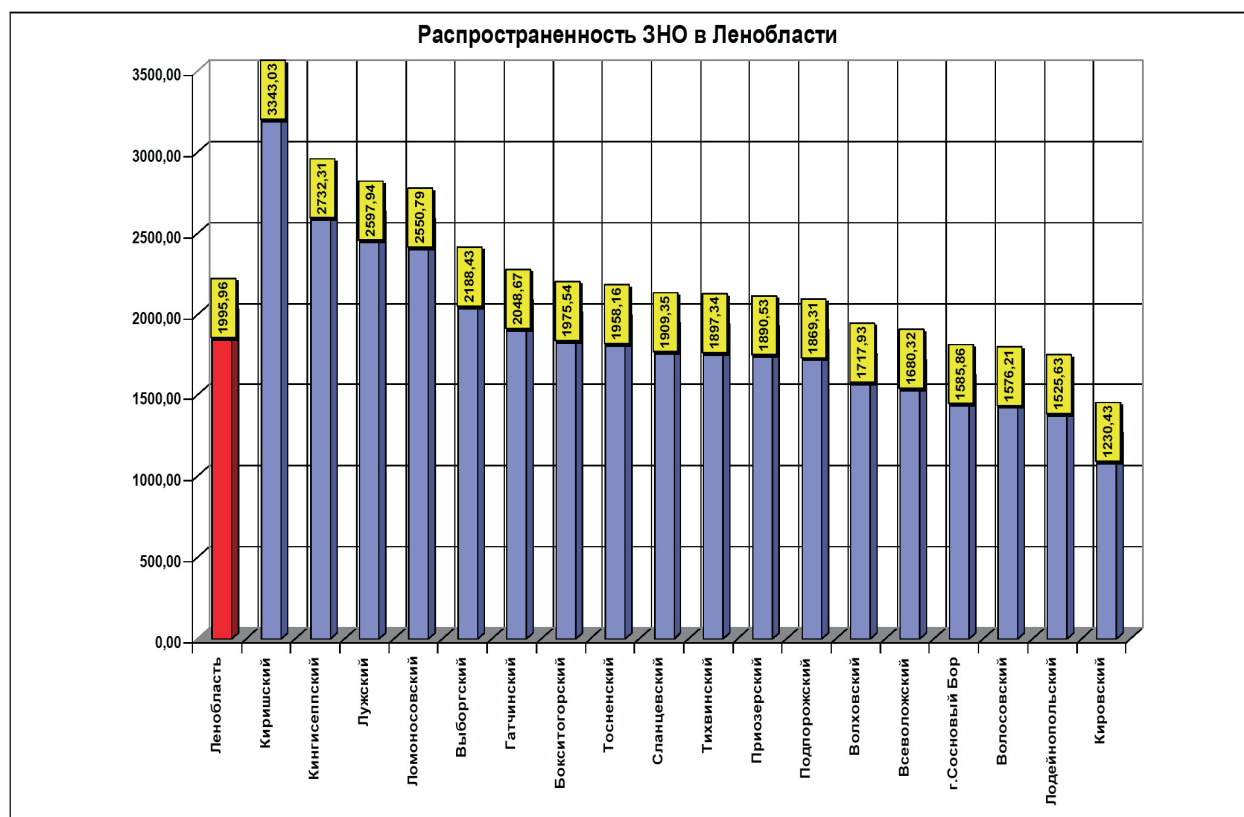


Рис.21

Индекс накопления контингентов в 2012 году увеличился и составил 7,34 (6,61). Показатель летальности на первом году в 2013 году составил 17,87% (17,4%). (Рис.23-24)

Наиболее высокие показатели одногодичной летальности традиционно наблюдаются при таких локализациях ЗНО как рак желудка, раке легких, раке пищевода.

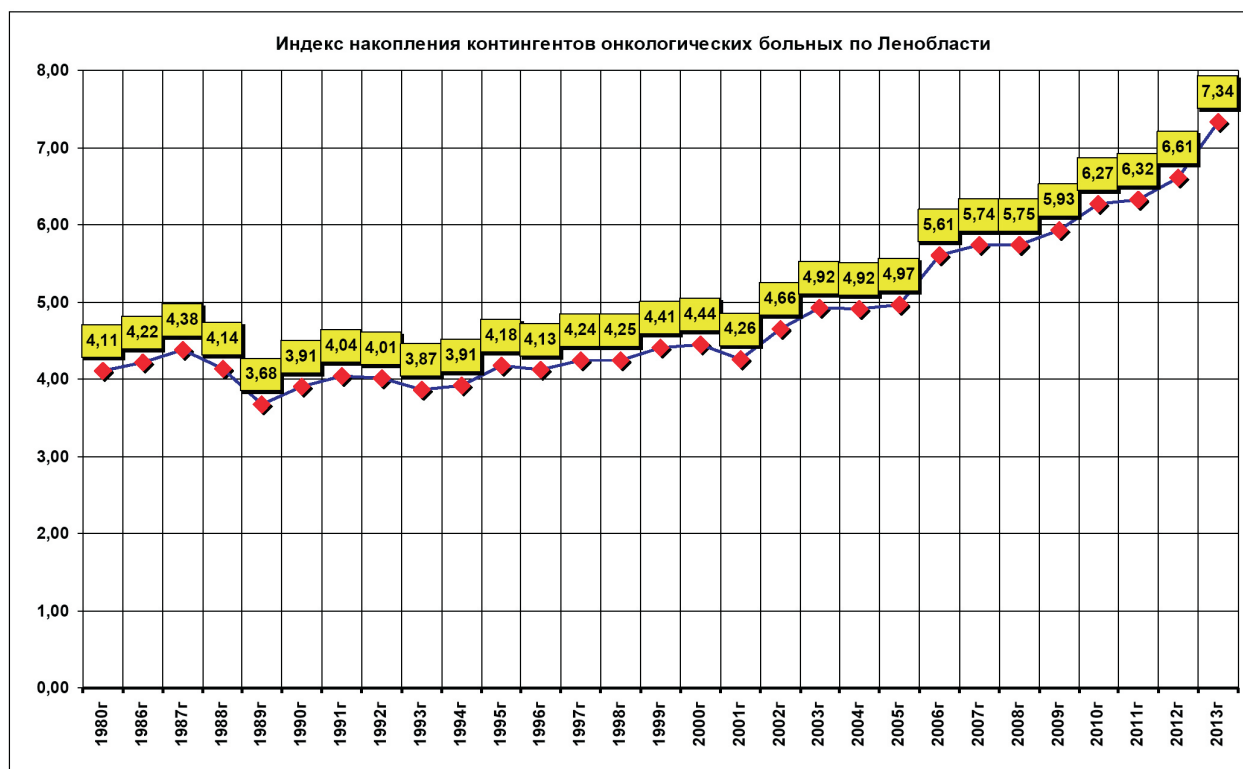


Рис.22

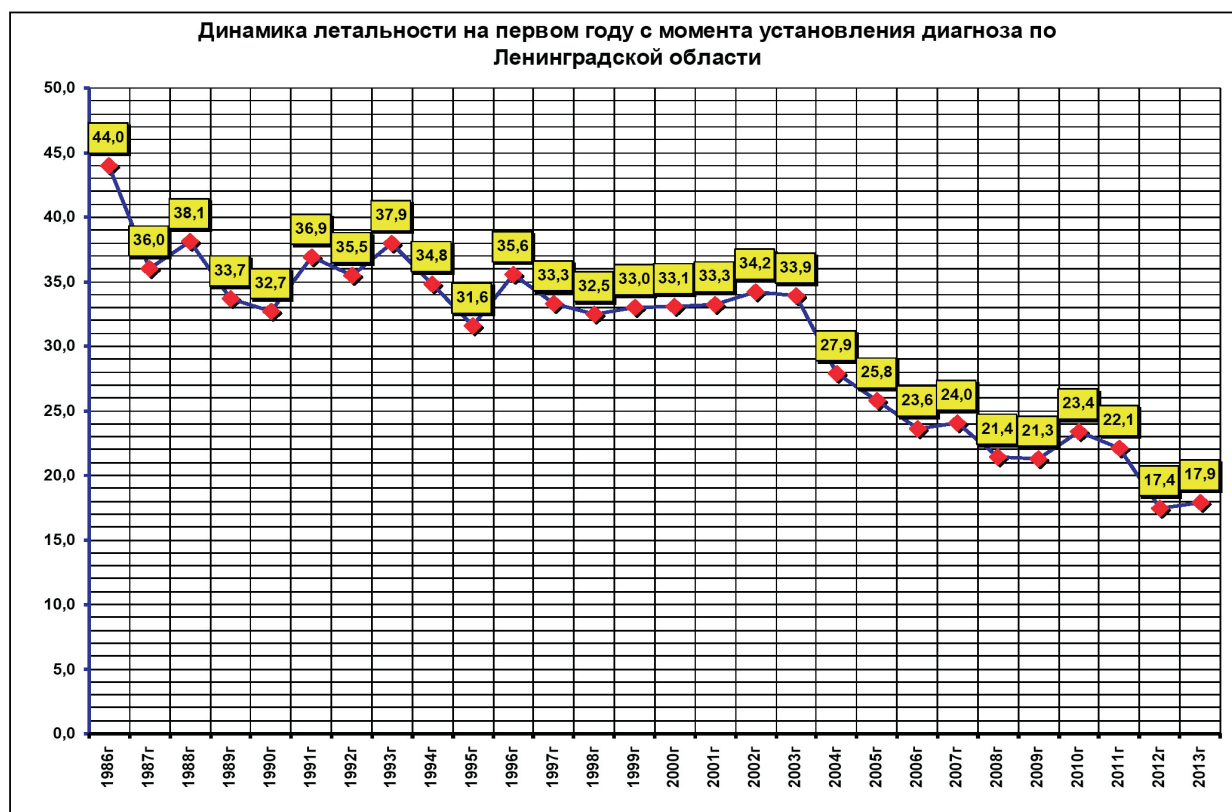


Рис.23

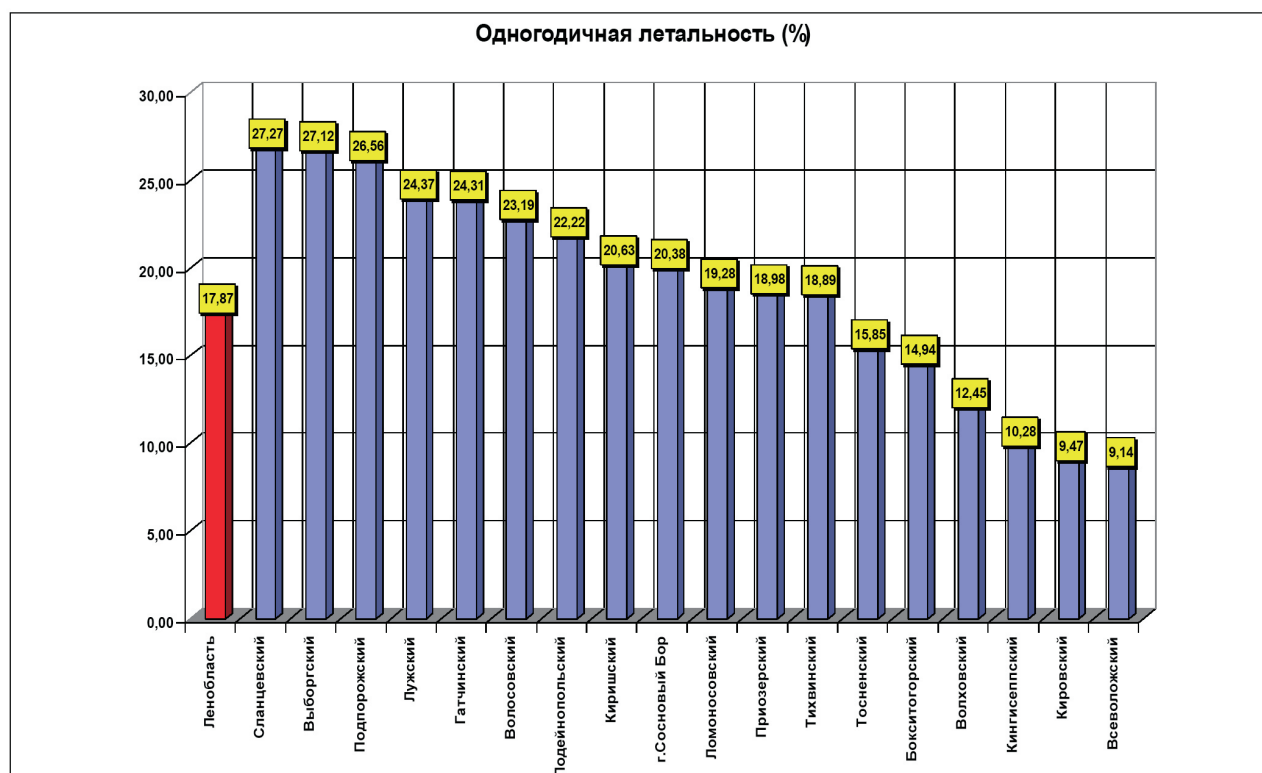


Рис.24

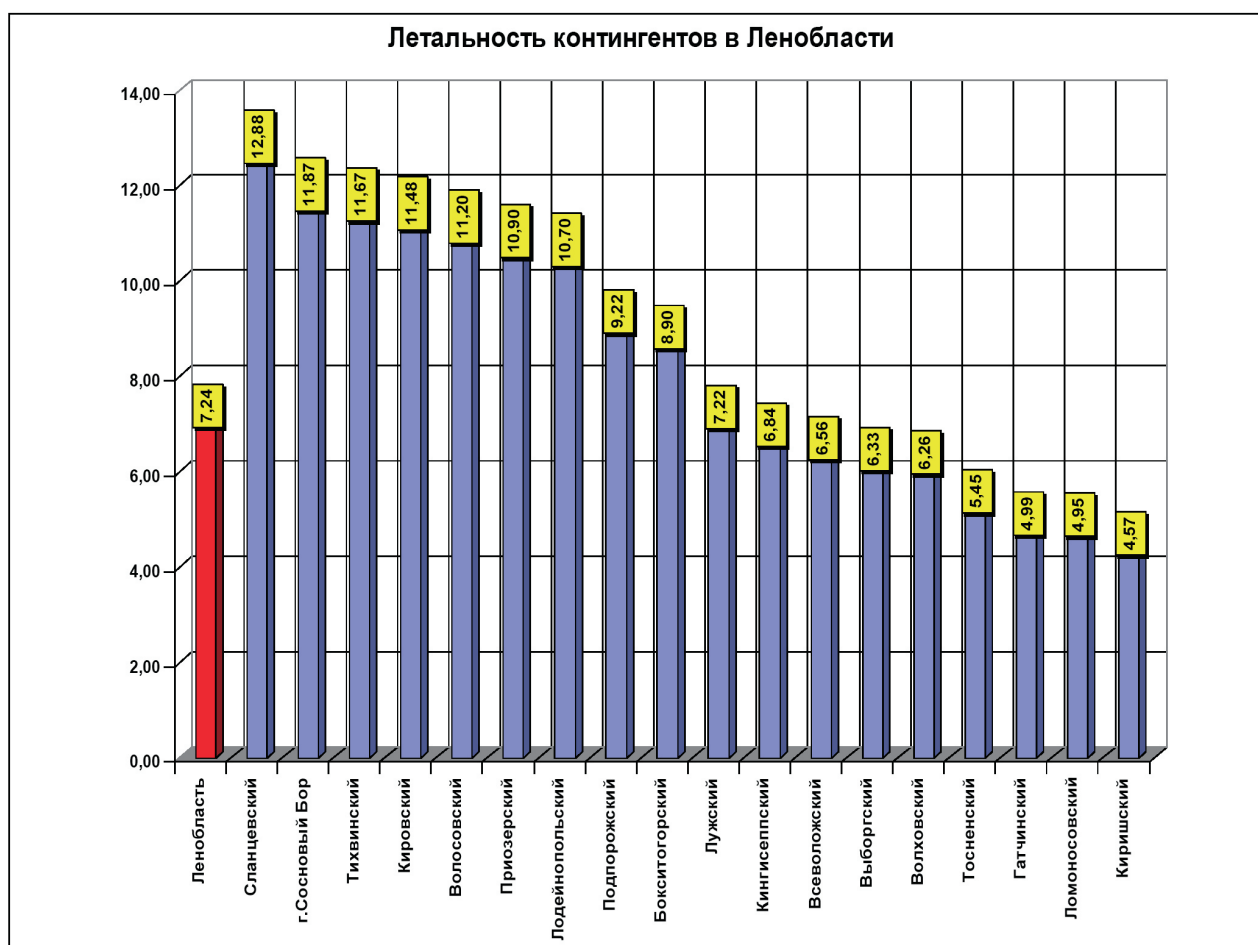


Рис.25

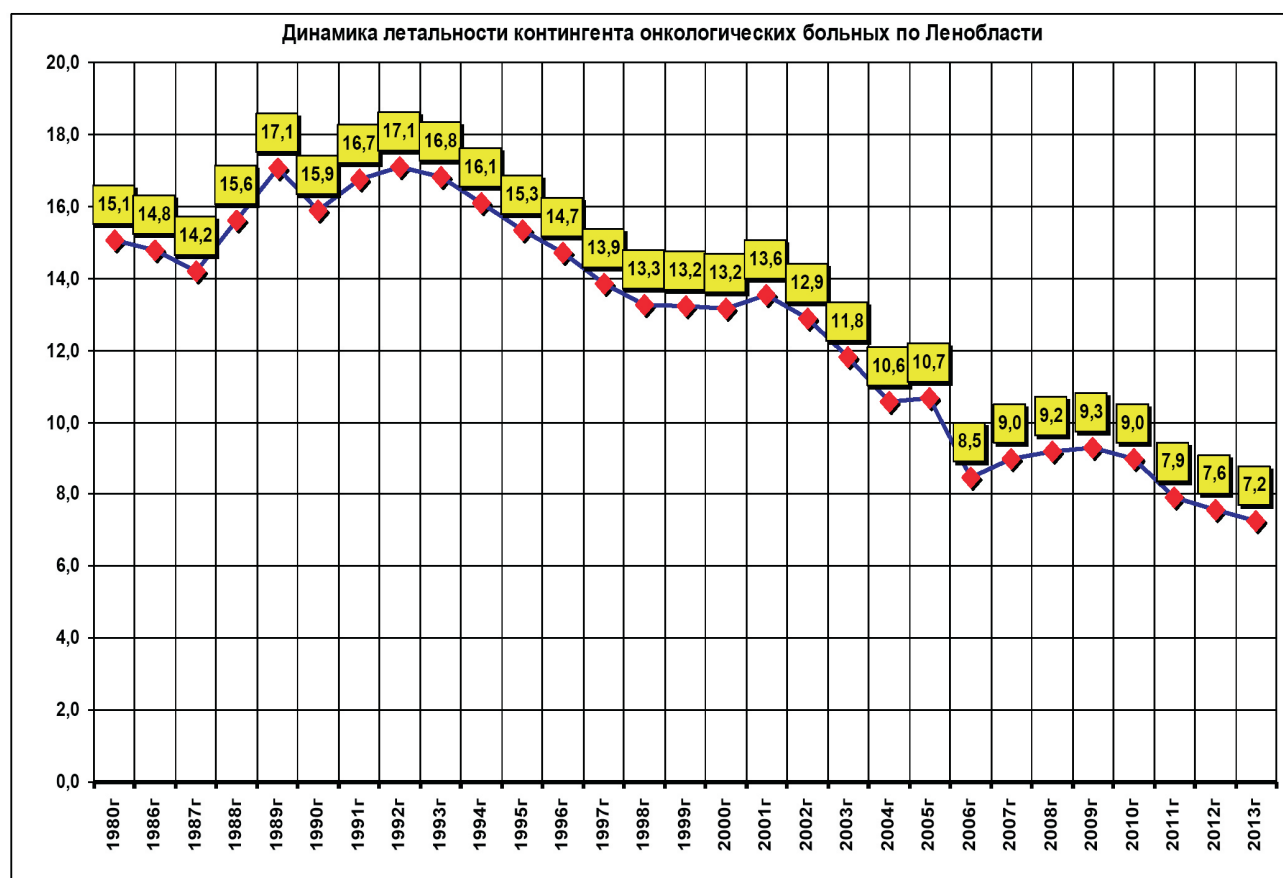


Рис.26

Показатель летальности наблюдаемых контингентов в 2013 году уменьшился до 7,24% (7,6%). (Рис.25-26)

Одним из наиболее информативных является следующий критерий: доля умерших, не состоявших на учете от всех впервые выявленных больных.

Этот показатель характеризует полноту и своевременность учета больных с впервые в жизни установленным диагнозом ЗНО. Величина показателя зависит от многих факторов: доступности сведений об онкобольных из специализированных отделений (гематологических, нейрохирургических и пр.), правильности трактовки понятия “учтен посмертно”, общего состояния учета умерших, а также от частоты вскрытий умерших, от уровня заболеваемости и диагностики, качества лечения, а также от правильности установления причины смерти.

Доля умерших, не состоявших на учете от впервые выявленных онкобольных увеличилась и составила в 2013 году по Ленобласти 15,67% (9,2%). (Рис.27-28) У нас этот показатель (как и в СПб) гораздо выше, чем в России, однако в сборнике “Состояние онкологической помощи населению России в 2009” прямо указано (стр.179) “Следует подчеркнуть, что отсутствие посмертно учтенных больных свидетельствует о неудовлетворительно налаженном учете” и в пример ставится С-Петербург, Ленобласть и Москва. Хотя в этих регионах эти цифры в 2-3 раза выше общероссийских.

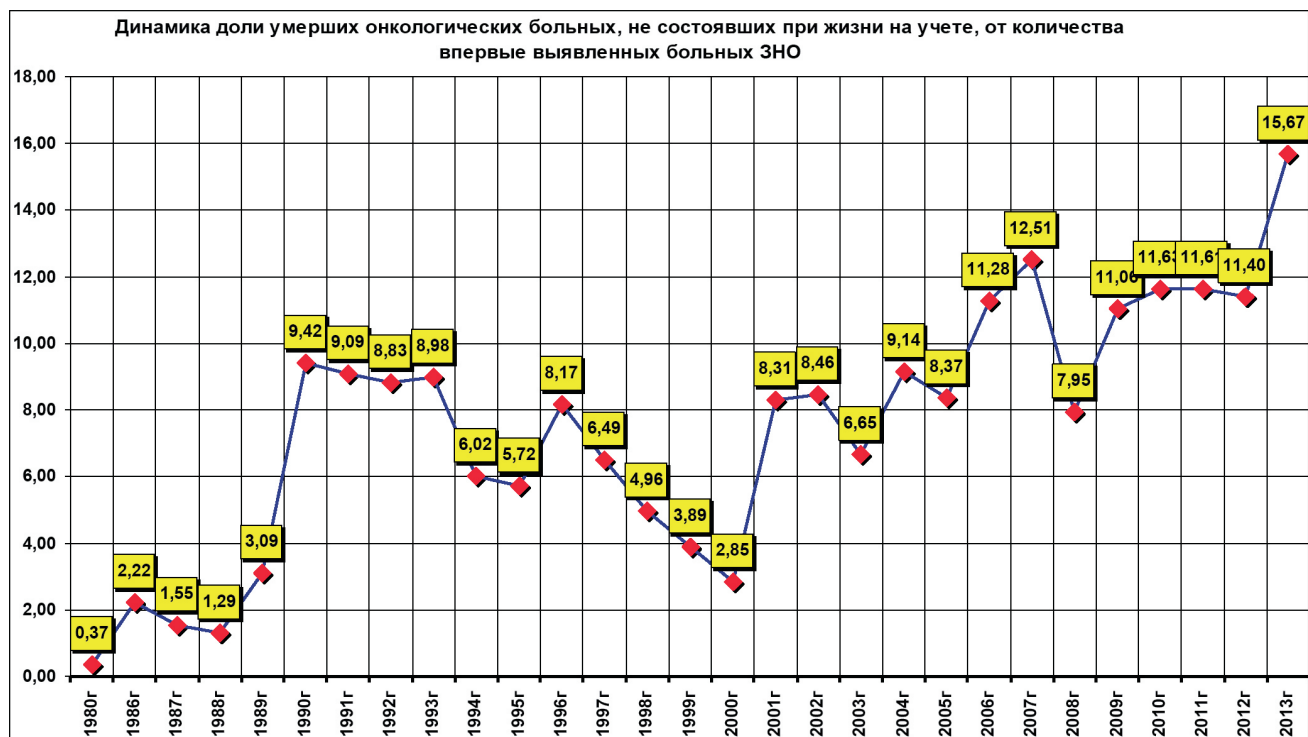


Рис.27

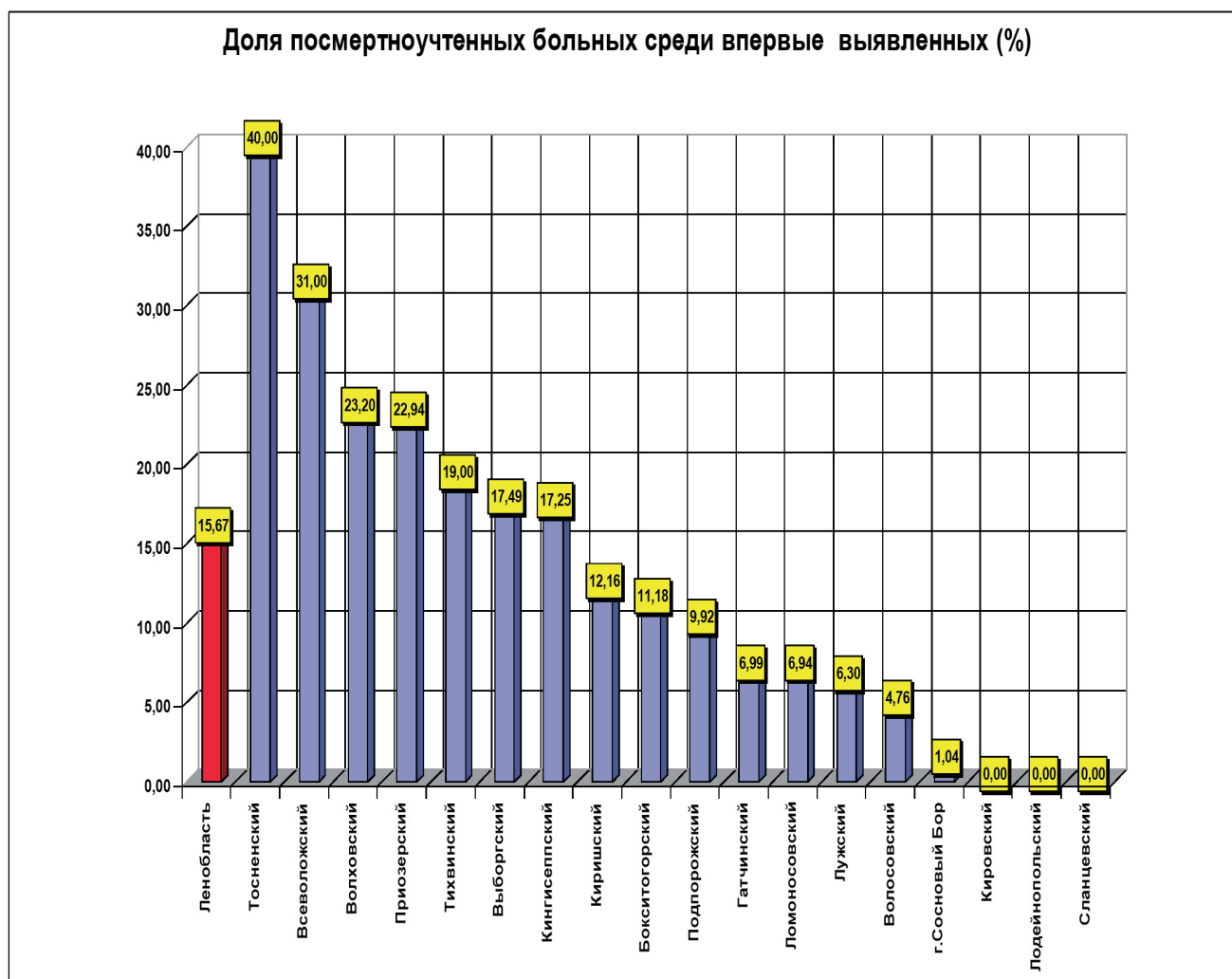


Рис.28

Анализ запущенных случаев онкозаболеваний по Ленобласти

Анализ выполнен на основании обобщения представленных онкослужбой сведений в разработанной в 2005 году специальной электронной учетной форме по онкологической запущенности IV стадии и III стадии визуальных локализаций. Наиболее частыми причинами в 2013 году были: несвоевременное обращение – 49,12% (46,01%), скрытое течение болезни – 33,07% (32,29%) и причина неизвестна – 5,91% (Рис.29). Доля запущенных случаев составила по Ленобласти 20,22%, наиболее высокая запущенность в Лужском – 26,74%, Тосненском -30,95% и в Подпорожском- 37,65% районах.

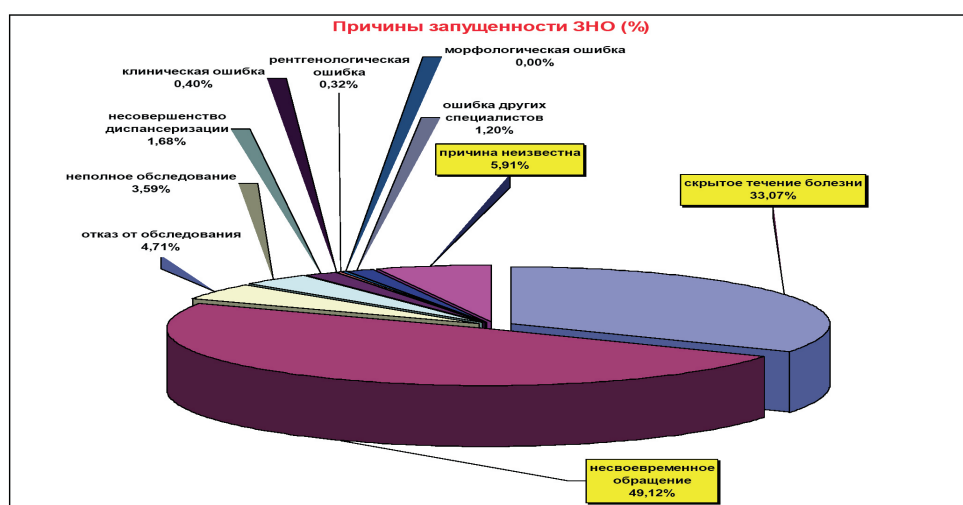


Рис.29

Процент клинических разборов запущенных случаев уменьшился до 79,71% (80,9%) за счет сложной ситуации с онкологами в некоторых районах области (Рис.30).

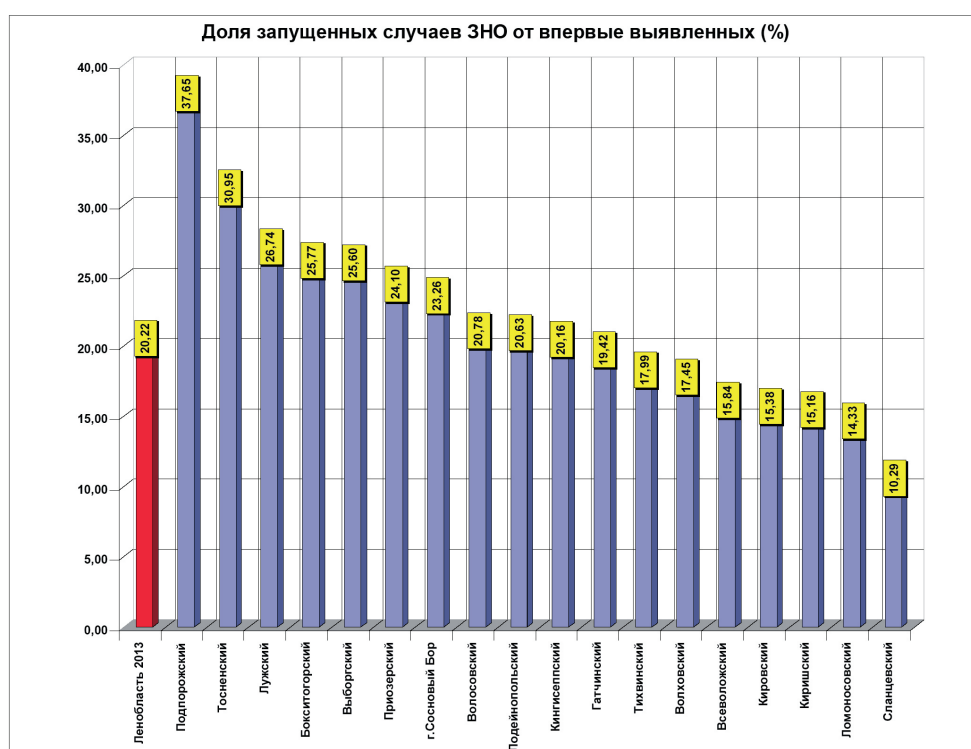


Рис.30

Анализ состояния диагностики злокачественных новообразований визуальной локализации

Визуальные локализации ЗНО, как правило, не требуют инструментальных методов исследования при первичной диагностике рака и наиболее полно отображают качество организации медицинской помощи первичного звена. Анализ выполнен по общепринятым онкологическим показателям.

Активная выявляемость при ЗНО визуальных локализаций в 2013 году увеличилась и составила по Ленобласти – 47,45% (37,5%) (Рис.31).

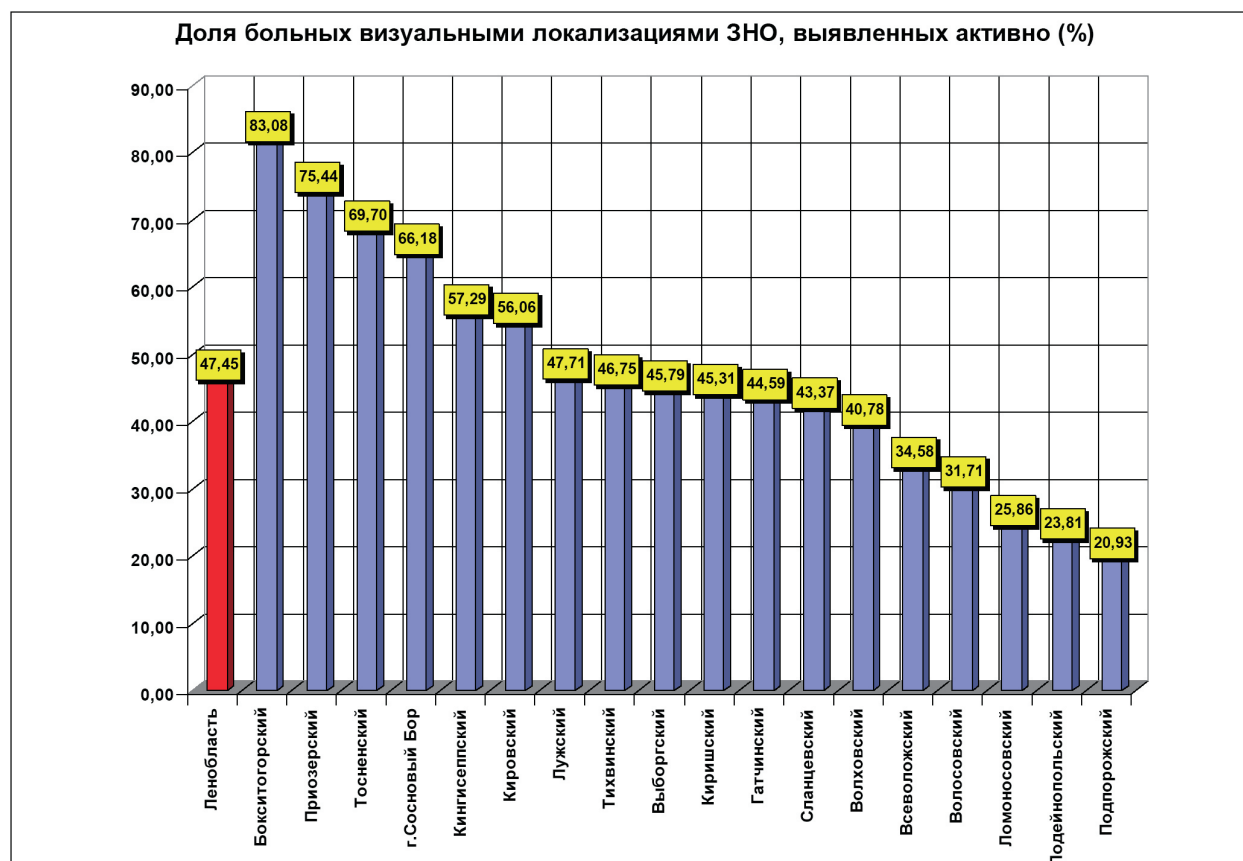


Рис.31

Морфологическая верификация диагноза увеличилась и составила по Ленобласти 96,7% (94,19%) (Рис.32).

Доля ЗНО визуальных локализаций в 1-2 стадии заболевания увеличилась до 75,19% (Рис.33).

Доля ЗНО визуальных локализаций IV стадии заболевания уменьшилась и составила по Ленобласти – 8,02% (8,5%) (Рис.34).

Пятилетняя выживаемость несколько уменьшилась и составила по Ленобласти –48,54% (49,53%) (Рис.35).

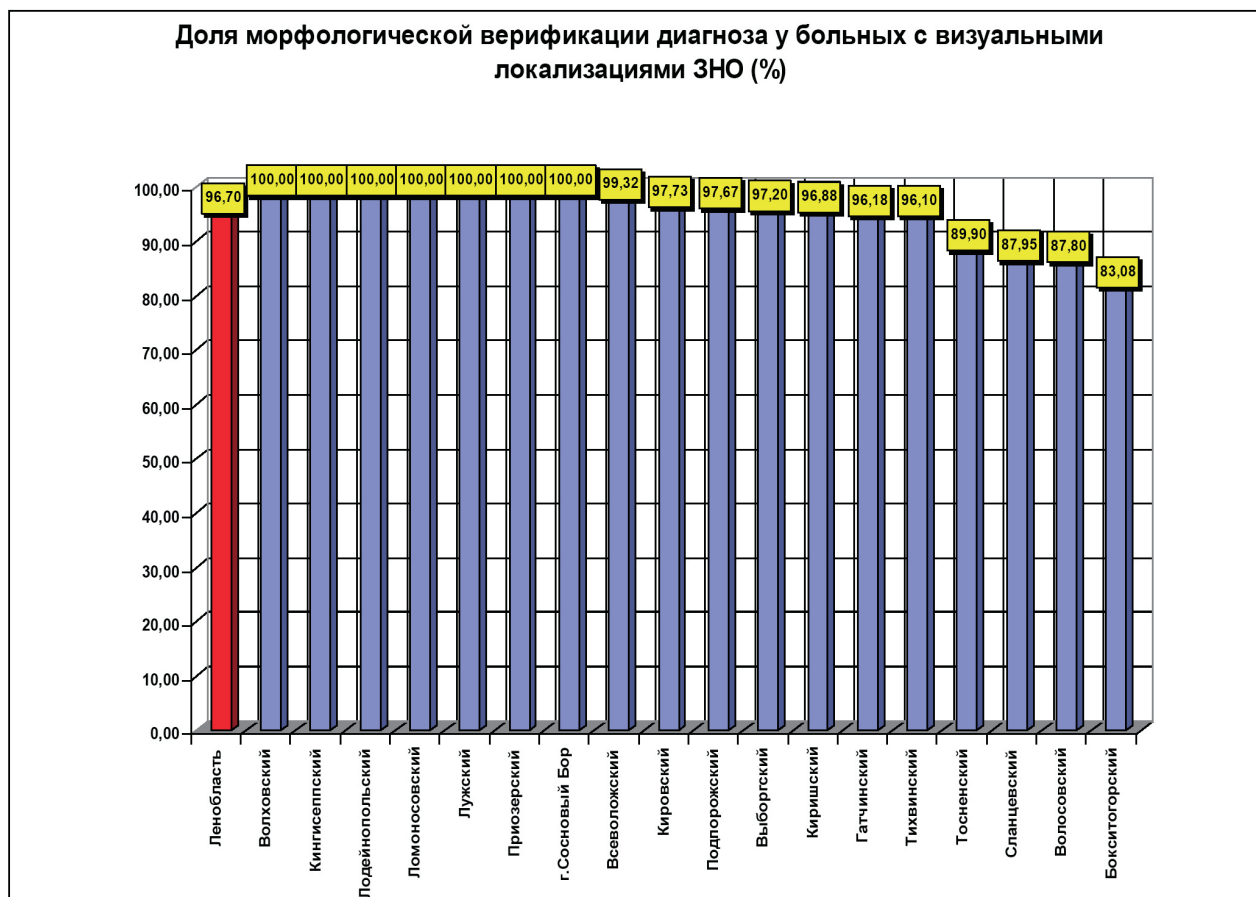


Рис.32

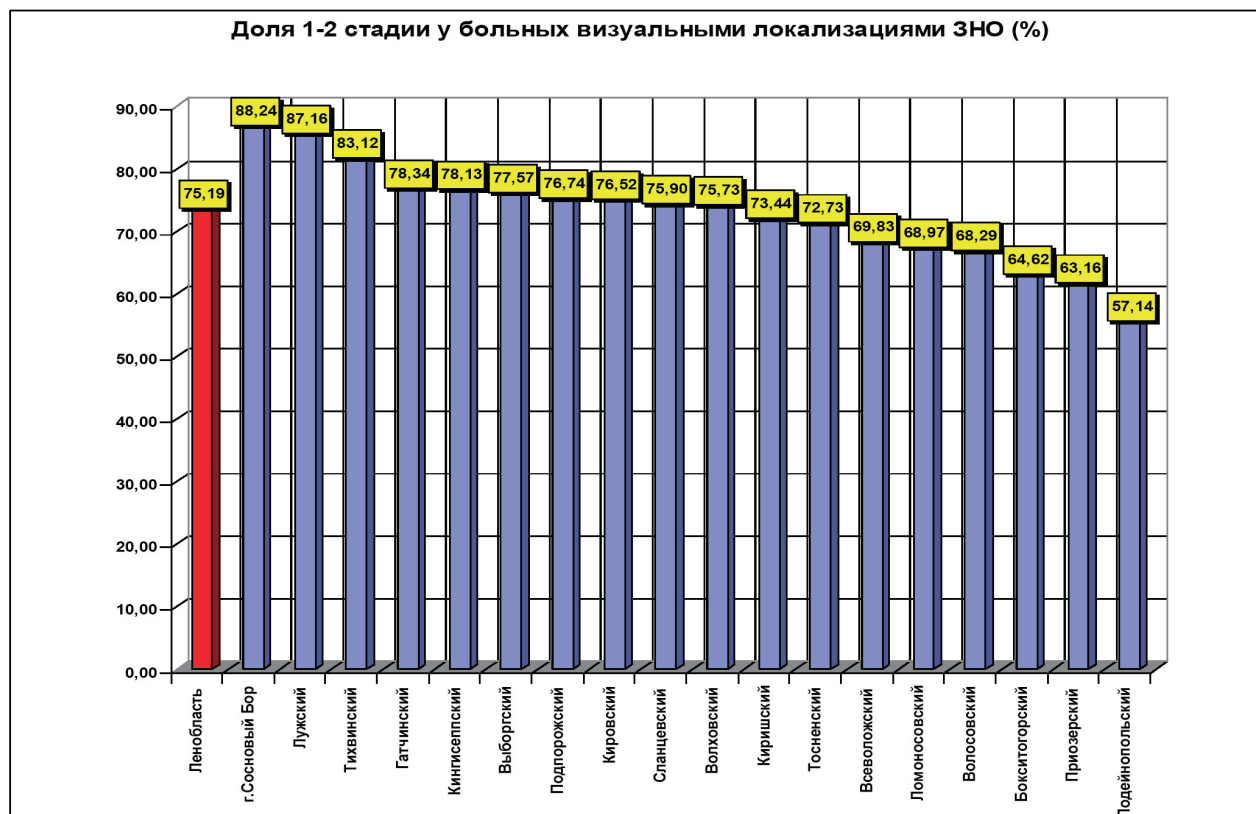


Рис.33

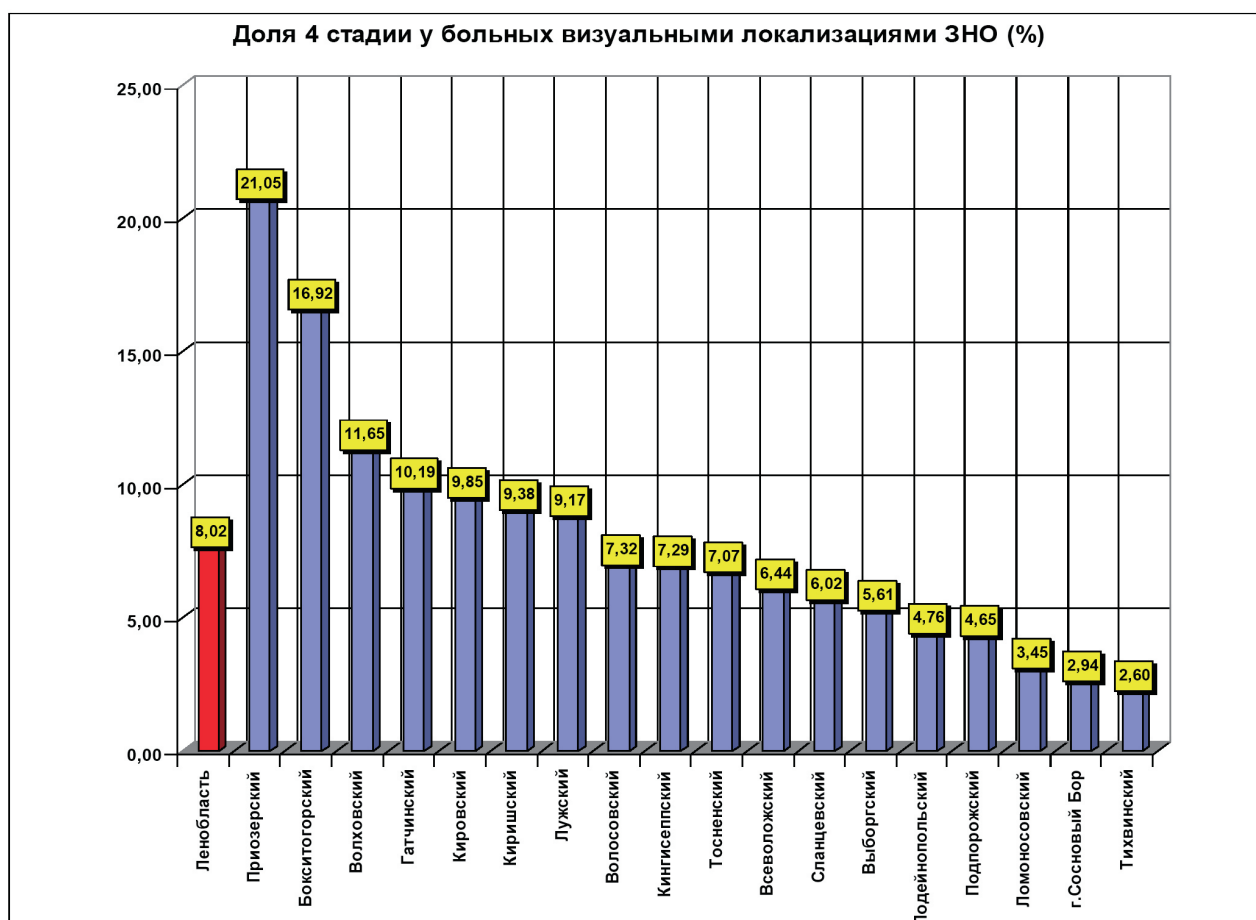


Рис.34

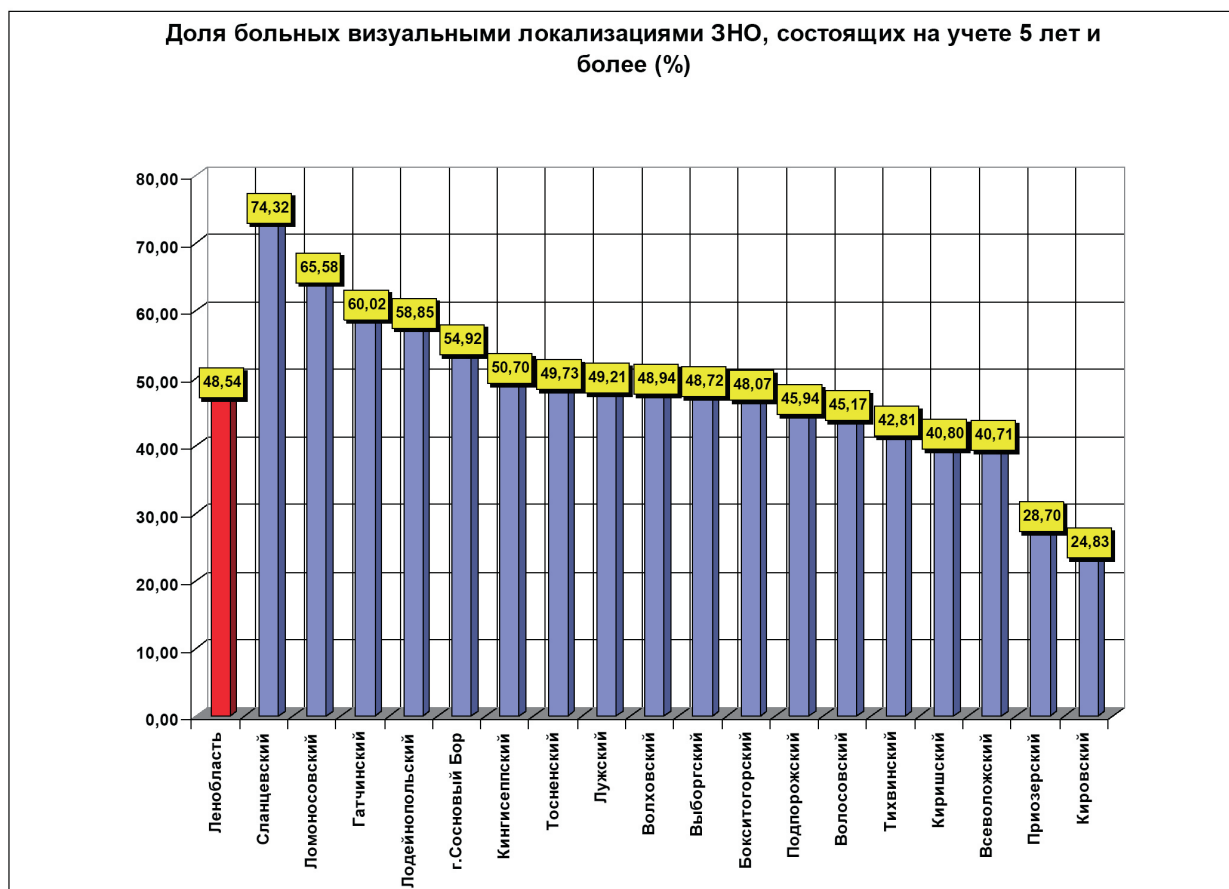


Рис.35

Показатели лечения онкологических больных

В 2013 году при радикальном лечении впервые выявленных онкобольных в Ленобласти в основном применялось хирургическое радикальное лечение 61,32% (58,73%), комбинированные и комплексные виды лечения 31,97% (30,11%), только лучевая терапия применялась в 2,79% (5,68%) случаев, только лекарственное лечение в 2,79% (2,84%), химиолучевое лечение получили 1,12% (2,64%) больных (Рис.36)

Удельный вес больных, закончивших радикальное лечение, среди впервые выявленных больных, увеличился и составил 61,62% (60,79%) (Рис.37)

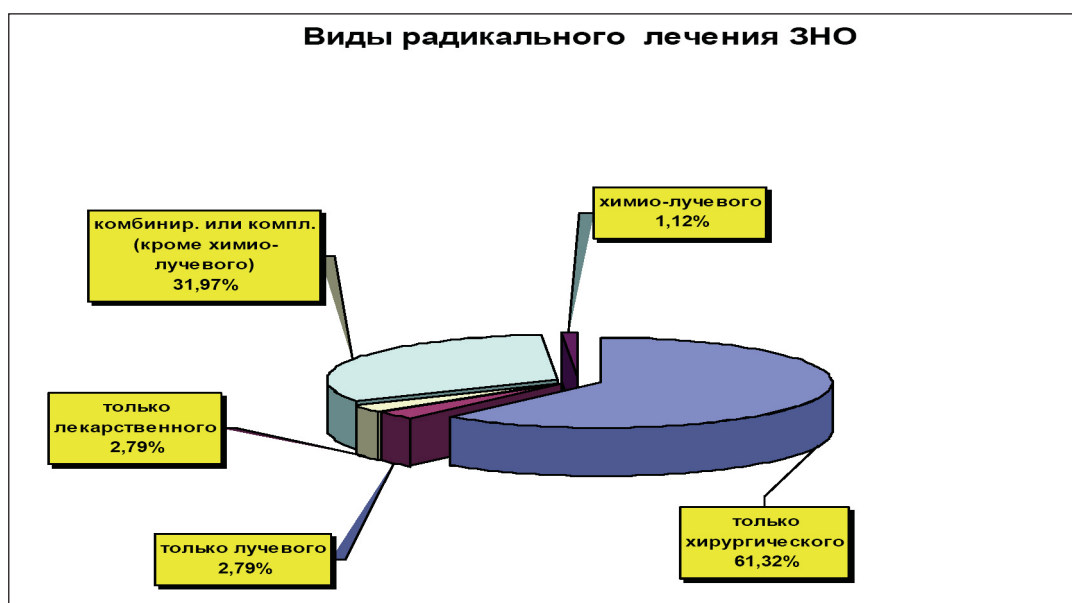


Рис.36

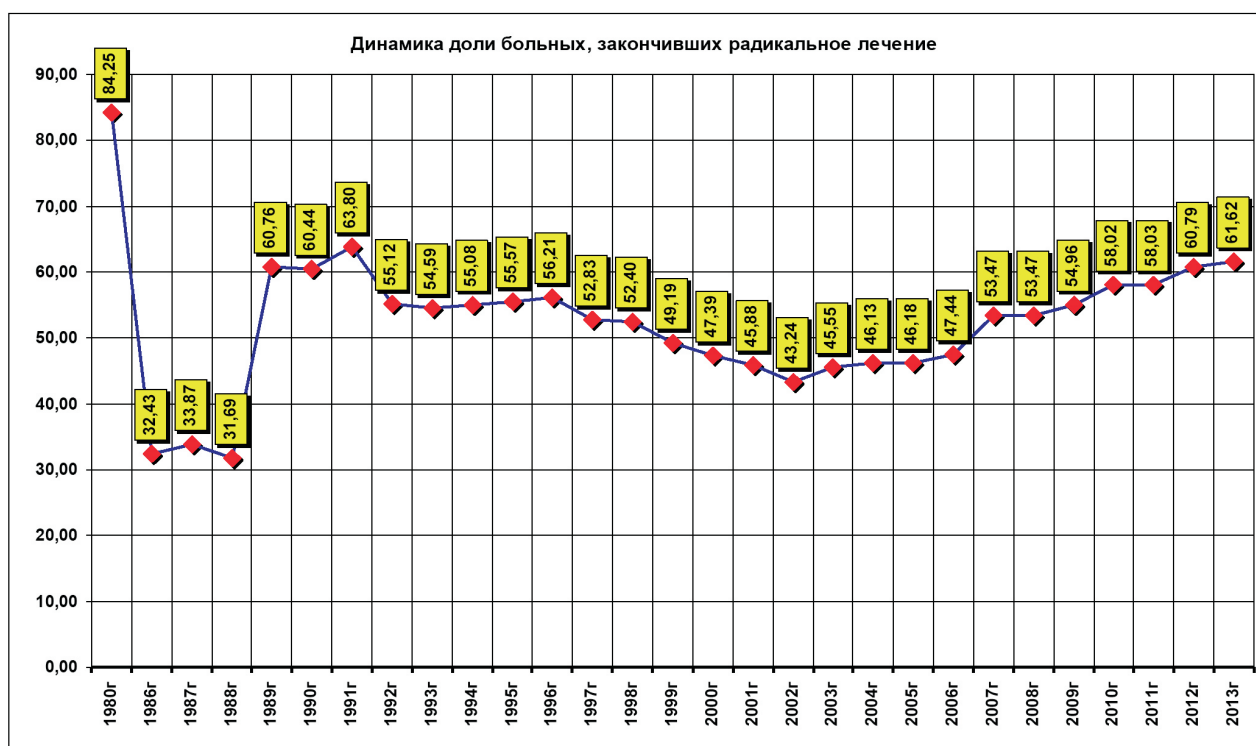


Рис.37

Удельный вес больных, отказавшихся от лечения, среди впервые выявленных больных уменьшился и составил 0,94% (1,88%). Удельный вес больных, имевших противопоказания к радикальному лечению, среди впервые выявленных больных также уменьшился и составил 1,78% (2,45%).

Анализ стационарного радикального лечения больных ЗНО Ленобласти

В Леноблонкодиспансере радикально пролечено 64,08% (62,67%) от всех радикально пролеченных онкологических больных Ленобласти, в ЛОКБ – 14,13% (15,23%), в ЦРБ – 9,01% (8,95%), доля других ЛПУ представлена на рис.38.

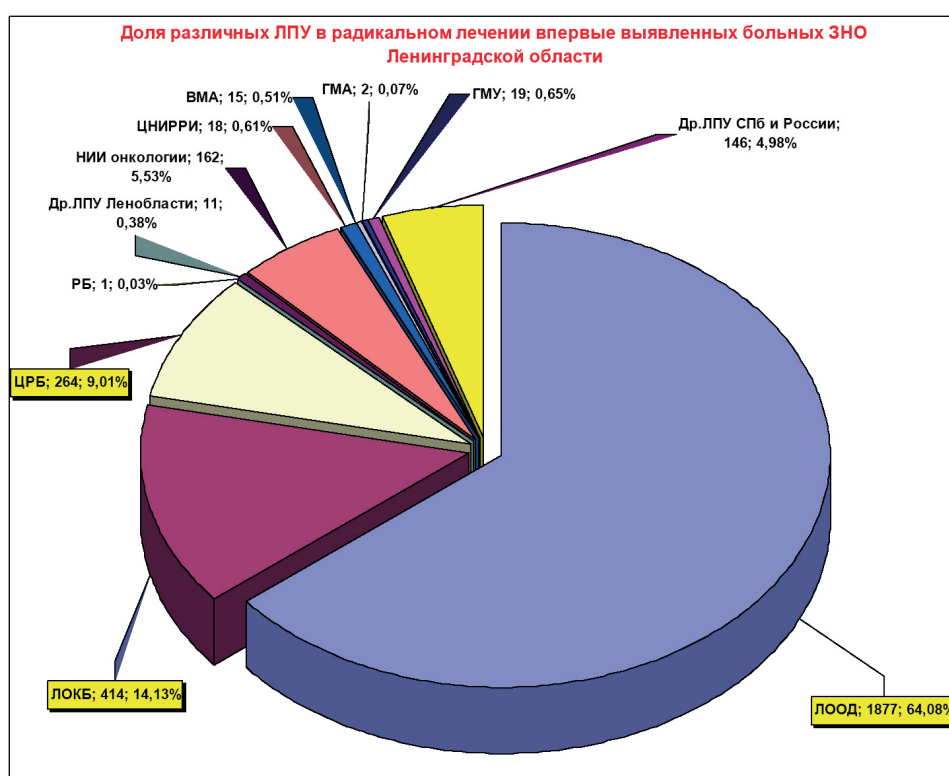


Рис.38

Общие итоги деятельности онкологической службы Ленинградской области в 2013 году

В 2013 году в муниципальных районах Ленинградской области функционировал 21 онкокабинет, в которых работали 30 врачей и 25 медсестер. В течение 2013 года периодически не было районкологов в Подпорожском, Выборгском, Приозерском, Всеволожском, Сланцевском и Кировском районах Ленобласти,

Онкологической службой муниципальных районов Ленобласти в 2013 году проведена большая работа по ранней диагностике и профилактике онкозаболеваний, лечению и диспансерному наблюдению за онкологическими больными, по учету онкобольных, анализу онкологической ситуации на местах, организации онколо-

гической помощи и обучению неонкологических кадров. В таблицах №1- 4 представлен объем работы онкологической службы в районах Ленобласти в 2013 году и материальное оснащение онкокабинетов и ЛПУ.

Таблица №1

РАБОТА ОНКОСЛУЖБЫ В ПОЛИКЛИНИКЕ	
<i>Показатель</i>	<i>Количество</i>
Выполнено посещений к онкологу	140782
Осмотрено в смотровом кабинете	110335
Амбулаторных операций онкобольным	2722
Амбулаторных манипуляций онкобольным	3983
Количество больных, которым проведена амбулаторная химиотерапия	1554
Количество курсов химиотерапии проведенных этим больным	3709
Выездов в кустовые ЛПУ	100
Посещений онкобольных на дому	1093
Проведено разборов запущенных случаев	970
Проведено лекций для врачей	57
Проведено лекций для населения	33

Таблица №2

РАБОТА СТАЦИОНАРА ПО ЛЕЧЕНИЮ ОНКОБОЛЬНЫХ	
<i>Показатель</i>	<i>Количество</i>
Общее количество пролеченных в стационаре онкобольных	4399
Из них пролечены радикально	303
Пролечены паллиативно	1047
Пролечены симптоматически	1126
Только диагностические исследования	8887
Умерло онкобольных в стационаре	480
Количество больных, которым проведена стационарная химиотерапия	614
Количество курсов химиотерапии у этих больных	1847

Таблица №3

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЛПУ		
<i>Показатель</i>	<i>Количество в поликлинике</i>	<i>Количество в стационаре</i>
Маммографы	20	2
Аппараты УЗИ	65	42
Фиброгастроскопы	31	43
Фиброколоноскопы	15	25
Фибробронхоскопы	7	18
Компьютерный томограф	1	13
Рентгеновские аппараты	63	49
Кабинет или процедурная для химиотерапии	1	4

Таблица №4

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОНКОСЛУЖБЫ	
<i>Показатель</i>	<i>Количество</i>
Онкокабинеты	21
Смотровые кабинеты	20
Персональный компьютер	25
Принтер	16
Факс	3
Интернет из онкокабинета	9
Районный канцер-регистр у онколога на ПК	4
Картотека больных с формами ф.30-ГРР	16

<i>Район</i>	<i>Врачи-онкологи</i>			<i>Средний медицинский персонал</i>		
	<i>Потребность в ставках (Пр. 915н)</i>	<i>Фактически введено, ставок</i>	<i>Количество физических лиц</i>	<i>Потребность в ставках (Пр.915н)</i>	<i>Фактически введено, ставок</i>	<i>Количество Физических лиц</i>
Бокситогорский	2,12	1,50	1	2,12	0,75	1
Волосовский	2,00	1,00	1	2,00	1,00	1
Волховский	3,80	2,00	2	3,80	2,00	2
Всеволожский	10,66	4,75	9	10,66	1,75	2
Выборгский	8,21	4,50	3	8,21	3,50	3
Гатчинский	9,51	2,00	2	9,51	2,50	3
Кингисеппский	3,17	1,50	1	3,17	1,50	1
Киришский	2,58	2,00	2	2,58	1,50	2
Кировский	4,11	0,00	0	4,11	1,00	1
Лодейнопольский	1,22	0,25	1	1,22	0,50	1
Ломоносовский	2,81	1,00	1	2,81	1,00	1
Лужский	3,12	1,00	1	3,12	1,00	1
Подпорожский	1,26	0,00	0	1,26	0,50	1
Приозерский	2,51	0,00	0	2,51	1,00	1
Сланцевский	1,74	0,00	0	1,74	0,25	1
Тихвинский	2,84	1,50	2	2,84	1,00	1
Тосненский	5,04	1,50	2	5,04	1,50	1
г.Сосновый Бор	2,68	1,75	1	2,68	1,50	1
Ленобласть	69,36	26,25	30	69,36	23,75	25

В самих районах области врачами онкологами прочитано 57 (126) лекций для врачей общей лечебной сети и 33 (57) лекций для населения. На врачебных конференциях разобрано 970 (1059) случаев запущенных онкозаболеваний. Для онкологов и врачей общей лечебной сети распространены методические материалы по организации онкослужбы, алгоритмам выявления онкозаболеваний, организации работы и задачам первичного онкокабинета, роли и задачам смотровых кабинетов.

С целью повышения квалификации работников онкологической службы муниципальных образований Ленинградской области в Леноблонкодиспансере ежегодно проводятся научно-практические онкологические конференции, на которых освещаются различные актуальные вопросы профилактики, диагностики и лечения онкологических заболеваний, а также решаются вопросы организации онкологической службы, учета и онкологической отчетности.

Так в 2013 году было проведено три областные онкологические конференции с привлечением ведущих специалистов онкологов Санкт-Петербурга, Москвы и других городов. Онкологи диспансера активно участвовали в работе проводимых в России и за рубежом онкологических съездов, симпозиумов, конференций и конгрессов.

Врачи онкодиспансера выезжали в районы Ленобласти с целью контроля организации онкологической помощи в районах, проведения мастер-классов по ранней диагностике онкозаболеваний, чтения лекций для врачей общей лечебной сети по различным вопросам современной онкологии.

В Ленобласти на базе Леноблонкодиспансера с 1998 года функционирует один из старейших в России территориальный канцер-регистр, позволяющий не только оперативно отвечать на запросы различных инстанций и анализировать онкологические показатели, но и проводить углубленный анализ выживаемости онкологических больных. В базе данных регистра имеются сведения о почти 76 тыс. онкобольных Ленобласти.

В 2013 году началась работа по внедрению в Ленинградской области Федерального канцер-регистра, для чего потребовалась конвертация сведений о больных из имеющегося канцер-регистра и состыковка справочных баз данных в новый формат Федерального регистра. Работы по внедрению федерального регистра в Ленобласти запланированы на 2014 год.

В целом, онкологические показатели за 2013 год достаточно стабильны и если сравнивать их с Российскими, необходимо отметить только высокий процент отклонения по доле умерших не состоявших на учете. Остальные показатели вполне приемлемы или лучше Российских.

МУРМАНСКАЯ ОБЛАСТЬ



РАЗДЕЛ XI

ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА

МУРМАНСКОЙ ОБЛАСТИ

*Д. А. Коваленко, А. В. Давыденков, Р. С. Пономарев,
Г. Н. Богдановская, Н. Е. Потапова, А. В. Штыкова*

ГБУЗ «Мурманский областной онкологический диспансер»

*183047, г. Мурманск,
ул. Павлова. Д. 6, корп. 2
Тел./факс: 8(8152) 25-20-76, 25-69-49
Эл. почта: rus51onco@gmail.com*

SECTION XI

Organization of cancer care to the population of Murmansk region

*D.A. Kovalenko, A.V. Davydenko, R.S. Ponomarev,
G.N. Bogdanov, N.E. Potapov, A.V. Shtykova*

В Мурманской области, как и в целом по России, сохраняется тенденция к росту заболеваемости злокачественными новообразованиями (ЗНО), намечается тенденция к стабилизации показателя смертности от ЗНО. Ежегодно улучшается выявляемость ЗНО на ранних стадиях, уменьшается годовичная летальность. Показатель морфологического подтверждения ЗНО по области стабильно превышает аналогичный российский показатель.

В медицинских организациях Мурманской области функционируют 15 первичных онкологических кабинетов (ПОК) и 1 детский онкологический кабинет (на базе Мурманской городской детской больницы). Укомплектованы физическими лицами 11 ПОК.

Стационарная медицинская помощь онкологическим больным оказывается в ГУЗ «Мурманский областной онкологический диспансер». Больные урологического, нейрохирургического и офтальмологического профилей, лейкомиями проходят ле-

In Murmansk region, as in Russia as a whole, there is a tendency to increase of cancer incidence rate, and a tendency towards a stabilization of cancer mortality rate. Annually the number of early detected cancer cases increases, there is a reduction in one-year mortality. Morphological confirmation rate of malignant neoplasms in the region is consistently higher than the same rate for Russia.

In healthcare organizations of Murmansk region there are 15 primary cancer care consulting rooms and 1 children's cancer care consulting room (in Murmansk municipal children's hospital). 11 primary cancer care consulting rooms are staffed by oncologists.

GUZ "Murmansk Regional Oncology Dispensary" provides inpatient care for cancer patients. Urological, neurosurgical and ophthalmological patients as well as patients with leukemia are

чение в специализированных отделениях ГУЗ «Мурманская областная клиническая больница имени П.А. Баяндина». Для лечения детей до 18 лет в МБУЗ «Мурманская детская городская больница» развернуто 15 онкологических коек.

Для паллиативного и симптоматического лечения онкологических больных на базе МБУЗ «ОМСЧ «Севрыба» развернут хоспис на 20 коек. В ряде районов области в медицинских организациях организованы койки сестринского ухода.

В области работает 41 врач-онколог. Обеспеченность врачами-онкологами (физ. лица) составила 5,25 на 100 тыс. нас. (РФ 4,6).

Ведущим медицинским учреждением, оказывающим специализированную медицинскую помощь пациентам с ЗНО, методическую помощь лечебно-профилактическим учреждениям в профилактике онкологических заболеваний, первичной диагностике, организации онкологического скрининга на территории Мурманской области, является Мурманский областной онкологический диспансер (далее – МООД), созданный в 1952 году.

В структуре МООД стационар на 280 коек (220 онкологических и 60 радиологических), дневной стационар на 75 пациенто-мест, поликлиническое отделение – на 130 посещений в смену, организационно-методический отдел. Диагностическая служба представлена патолого-анатомическим отделением, централизованной цитологической лабораторией, отделениями лучевой, ультразвуковой и эндоскопической диагностики. Лабораторная диагностика осуществляется на базе ГОБУЗ «МОКБ», КТ-диагностика – в ГОБУЗ «МДЦ», «МОКБ», МРТ-диагностика – в ГОБУЗ «МДЦ» и ГОБУЗ «МОКБ», иммуногисто-

treated in specialized departments of GUZ “P.A. Bayandin Murmansk Regional Clinical Hospital”. There are 15 oncology beds for treatment of children aged under 18 years in MBUZ “Murmansk Municipal Children’s Hospital”.

Hospice with 20 beds is organized for palliative and symptomatic treatment of cancer patients based in MBUZ “OMSCH “Sevryba”. In some districts of the region there are nursing care beds in healthcare organizations.

41 oncologists work in the region. There are 5.25 oncologists per 100 thousand of population (RF 4.6).

Leading healthcare institution, that provides specialized medical care for cancer patients, methodological assistance to healthcare facilities in cancer prevention, primary diagnosis, cancer screening implementation in Murmansk region, is Murmansk Regional Oncology Dispensary (hereinafter MOOD), established in 1952.

In the structure of MOOD there is inpatient hospital for 280 beds (220 oncology and 60 radiology beds), day patient hospital for 75 patients, outpatient department for 130 visits per shift, organizational-methodical department. Diagnostic service is represented by anatomicopathological department, centralized cytological laboratory, departments of X-ray, ultrasound and endoscopic diagnostics. Laboratory diagnostics is performed on the basis of GOBUZ MOKB, CT diagnostics - in GOBUZ MDC, MOKB, MRI diagnostics - in GOBUZ MDC and GOBUZ MOKB, immunohistochemical studies of

химические исследования ЗНО – ГОБУЗ «МОКБ».

На протяжении последних 4 лет общее количество коек в круглосуточном стационаре сохраняется в количестве 280. При этом увеличилось количество пролеченных пациентов в круглосуточном стационаре МООД на 6,2%, а средняя длительность лечения уменьшилась на 4,3% (с 13,8 до 13,2 дня), функция койки выросла с 340 до 348 дней в году.

Отмечается рост числа мест (с 55 до 75) и количества пролеченных пациентов в дневном стационаре в 1,5 раза (с 1895 до 2783).

Самым распространенным методом лечения ЗНО является хирургический - 60,0%; 36,8% пациентов получили комбинированное или комплексное лечение. Остальные методы (лучевой, лекарственный, химиолучевой), как самостоятельные, применяются значительно реже.

Внедряется в практику видеоэндоскопическая диагностика ЗНО полых органов. Растет число пролеченных больных методом фотодинамической терапии. Активно используется гипертермический метод лечения: число пролеченных пациентов увеличилось.

В последние 2 года за счет внедрения стандартов лечения значительно улучшилось лекарственное обеспечение пациентов круглосуточного и дневного стационаров.

В настоящее время основными проблемами онкологической службы области являются: кадровая (преимущественно в первичном звене здравоохранения) и материально-техническая (острая потребность в технической модернизации ГОБУЗ «Мурманский областной онкологический диспансер»).

malignant neoplasms - GOBUZ MOKB.

For the last 4 years, the total number of beds in inpatient hospitals - 280. At the same time the number of patients treated in inpatient hospital of MOOD increased by 6.2%, and the average duration of treatment decreased by 4.3% (from 13.8 to 13.2 days), bed capacity increased from 340 to 348 days per year.

There is a growing number of places (from 55 to 75) and the number of patients treated in the day hospital by 1.5 times (from 1895 to 2783).

The most common treatment of malignant neoplasms is surgery - 60.0%; 36.8% of patients received combined modality treatment or integrated treatment. Other methods (radiation, drug therapy, chemoradiation) as independent, are much less frequently used.

Video endoscope diagnostics of malignant neoplasms of hollow organs is implemented in practice. The number of patients treated by photodynamic therapy is growing. Hyperthermia therapy is actively used: the number of patients treated by this method increased.

In the last 2 years due to the implementation of treatment standards patients' drug supply in inpatient and day hospitals has significantly improved.

Currently, the main problems of the oncology service of the region are: personnel (mostly in primary care) and material and technical equipment (critical need for technical modernization of GOBUZ Murmansk Regional Oncology Dispensary).



Дмитрий Александрович Коваленко родился 22 сентября 1971 году в г. Мурманске.

После окончания средней школы № 43 г. Мурманска в 1988 году поступил в Волгоградскую медицинскую академию по специальности «Лечебное дело».

С 1995 по 2008 год после окончания академии и прохождения интернатуры по хирургии работал в должности врача хирурга в отделении общей хирургии Мурманской областной клинической больницы им. П.А. Баяндина.

В 2002 году защитил кандидатскую диссертацию по профилю «Организация здравоохранения».

В 2004 году окончил Санкт-Петербургский институт управления и экономики по специальности «Государственное и муниципальное управление», квалификация-менеджер.

С 2008 года является главным врачом ГОБУЗ «Мурманский областной онкологический диспансер».

1. Историческая справка

История организации онкологической службы Кольского полуострова тесно связана с его экономическим освоением. Развитие горнодобывающей, металлургической промышленности, освоение богатого рыбой Баренцева моря, годы коллективизации и репрессий в СССР, способствовали росту населения. Если в 1926 г. на Кольском полуострове проживало - 32 тыс. жителей, то в 1939 г. - 291 тыс. Общие принципы организации онкологической службы, разработанные в СССР в 30-40 годах, легли в основу ее становления на Кольском Севере в далеком и мрачном 1937 году. Приказом по Мурманскому областному отделу здравоохранения № 51 от 28.07.37г. врач Смыслов Кирилл Иосифович был назначен главным врачом онкологического пункта при поликлинике № 4 г. Мурманска. Для обеспечения возросших объемов медицинской помощи жителям Мурманской области 20.12.1940г. был открыт онкологический кабинет в поликлинике № 1 г. Мурманска, а при больнице № 2 (ныне ГОБУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П. А. Баяндина») организован онкологический пункт. В одном из хирургических отделений этой больницы было развернуто 20 онкологических коек, в том числе 10 хирургического профиля. В это же время для обеспечения морфологической диагностики опухолей открыта патологоанатомическая лаборатория. С 1940 г. в больнице № 2 стала использоваться лучевая терапия злокачественных новообразований (ЗНО) - рентгенотерапия. Начавшаяся Великая Отечественная война прервала развитие онкологической службы, онкологический пункт при поликлинике № 4 на четвертый день войны был закрыт, а его главный врач Смыслов К.И. откомандирован в распоряжение главного врача 2-ой больницы.

Послевоенный период возрождения онкологической службы складывался чрезвычайно тяжело. Мурманск лежал в руинах после ожесточенных бомбежек немецкой авиации. Все силы и ресурсы были брошены на восстановление промышленности и жилого фонда. Постановление СНК СССР № 935 от 30.04.1945 г., а также Приказы Наркомздрава СССР № 323 от 24.02.1945г. и № 584 от 28.07.1945г. «О мероприятиях по улучшению онкологической помощи населению», предписывали развитие сети онкологических учреждений в стране. В отношении Мурманской области было отмечено неудовлетворительное выполнение этих мероприятий, а именно: отсутствие сети онкологических учреждений, недостаточная методическая работа по ранней диагностике злокачественных опухолей с врачами общей лечебной сети, отсутствие учета заболеваемости и смертности от рака, неудовлетворительная санитарно-просветительная работа с населением. Приказом № 59 от 18.06.1946 г. по Мурманскому областному отделу здравоохранения предписывалось открытие при поликлинике № 3 областного онкологического диспансера, развертывание онкологического отделения на 20 коек, открытие в г. Кировске межрайонного онкологического пункта; с 01.07.1946 г.-планировалось приступить к учету заболеваемости и смертности населения от рака. Организация по оснащению оборудованием онкологического диспансера и отделения была возложена на областного онколога Цвинева В.А. Из отчета 1946 г. областного онкологического пункта известно, что в нем работал 1 врач, 2 медсестры. За год выполнено 11 биопсий, 13 ректоскопий. Число посещений 316, из них первичных 278; в стационар направлено 108 чел., в том числе на лучевую терапию 13 (ГАМО Ф 645 он.2 ед.хр. 81).

Онкологический диспансер начал работать в г. Мурманске с сентября 1952 года, в штате числились: заведующий диспансером, хирург, гинеколог; в составе диспансера имелся оргметодкабинет (ОВА ф. 2 он.№ 2 ед.хр.9. В этом же году в Мурманской областной больнице развернуто онкологическое отделение на 25 коек (ГАМО ф №1198 он. 1 ед.хр.6 л 96). В начале 1958 г. в онкологическом диспансере открыты рентгенодиагностический и рентгенотерапевтический кабинеты. Стало возможным проведение глубокой и близкофокусной рентгенотерапии. В начале шестидесятых годов в структуре диспансера появились клиническая, цитологическая, гистологическая лаборатории, пансионат.

Число жителей Мурманской области продолжало увеличиваться, имеющаяся онкологическая служба не удовлетворяла потребность в онкологической помощи. Руководством области было принято решение о строительстве типового онкологического диспансера на 90 коек с радиологическим корпусом. 30 декабря 1969 года диспансер вступил в строй, но без радиологического корпуса, коечный фонд его составил 150 коек. В 1976 году в эксплуатацию, сдан радиологический корпус с лабораторией изотопной диагностики и 30 койками радиологического отделения. Общая коечная мощность стационара достигла 215 коек. Численность населения Мурманской области в 1979 году составила 965 тыс. человек, росла заболеваемость злокачественными новообразованиями. Новый хирургический корпус, сданный в эксплуатацию в 1979 году, позволил увеличить коечную мощность стационара до 275 коек. К 1991 г. количество жителей Мурманской области достигло максималь-

ной численности - 1159 тыс. человек. В результате изменения структуры и количества коек, в стационаре было развернуто 330 коек.

После распада СССР, экономического спада в годы перестройки, сокращения численности населения и в связи с развитием амбулаторного лечения и лечения в условиях дневного стационара коечный фонд круглосуточного стационара онкологического диспансера сократился к 01.01.13 г. до 280 коек (220 онкологических и 60 радиологических).

В 2009 г. открыт дневной стационар, число мест в котором увеличилось в 2011г. до 75.

Консультативная помощь взрослому населению области по профилю «онкология» оказывается в поликлиническом отделении диспансера мощностью на 130 посещений в смену.

Диагностическая служба представлена патолого-анатомическим отделением, централизованной цитологической лабораторией, отделениями лучевой, ультразвуковой и эндоскопической диагностики.

Лабораторная диагностика осуществляется на базе ГОБУЗ «МОКБ», КТ-диагностика – в ГОБУЗ «МДЦ», «МОКБ», МРТ-диагностика – в ГОБУЗ «МДЦ» и ГОБУЗ «МОКБ».



Больные урологического, нейрохирургического и офтальмологического и гематологического (лейкемии) профилей проходят лечение в специализированных отделениях ГОБУЗ «МОКБ им. П.А. Баяндина», в составе урологического отделения которой развернуто 10 онкологических коек. Для лечения детей до 18 лет развернуто 15 онкологических коек при детской городской больнице. Итого в Мурманской области развернуто 245 онкологических коек (без хосписных), из них 230 для взрослых и 15 коек для детей. Обеспеченность населения онкологически-

ми койками составила 3,1 на 10 тыс.нас. (РФ -2,4), в т.ч. для взрослых 2,02; для детей 1,06 на 10 тыс. соответствующего населения (РФ -0,5). Для паллиативного и симптоматического лечения онкологических больных на базе ОМСЧ «Севрыба» развернут хоспис на 20 коек, используются койки сестринского ухода. По показаниям больные направляются в центральные НИИ и клиники согласно выделенным квотам.

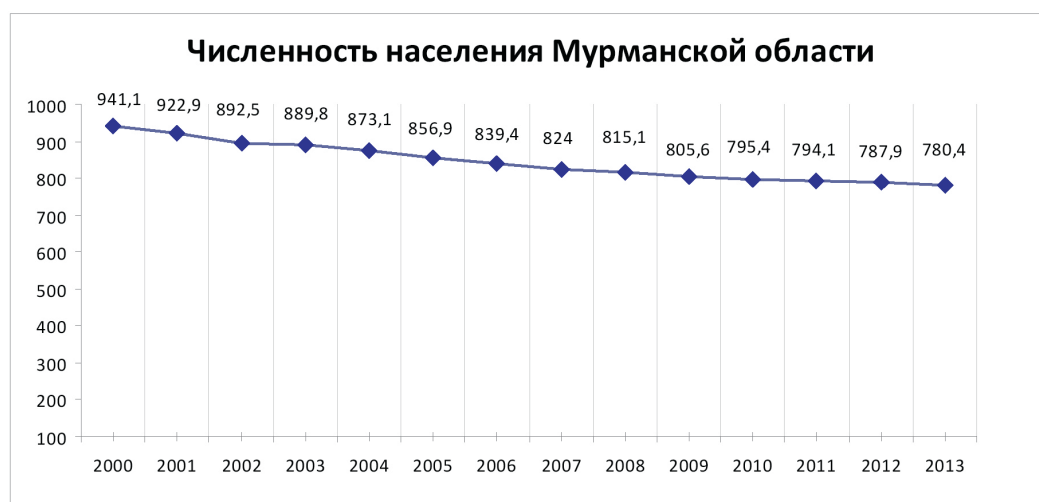
В области работает 41 врач-онколог. Обеспеченность врачами-онкологами (физ. лица) составила 5,25 на 100 тыс.нас. (РФ 4,6).

В АПУ Мурманской области организовано 15 первичных онкологических кабинетов (ПОК), и 1 детский онкологический кабинет для детей области на базе Мурманской городской детской больницы. Укомплектованы физическими лицами 11 ПОК (Поликлиники № 3,5 г. Мурманска, ПОК городов Апатиты, Кировска, Мончегорска, Полярные Зори; Ковдорского, Кандалакшского и Кольского районов; ЗАТО: г. Североморск, г. Полярный. В 6 ПОК работают врачи-совместители (поликлиники №№ 4 и 7 г. Мурманска, Печенгского района, детский онкологический кабинет). Не организованы ПОК в поликлинике № 1 г. Мурманска, в Терском и Ловозерском районах. В ФГБУЗ ЦМСЧ № 120 ФМБА России из 5 филиалов ПОК организован только в филиале № 5 г. Полярный.

2. Основные демографические показатели

По оценке Территориального органа Федеральной службы государственной статистики, численность постоянного населения Мурманской области на 01 января 2013 года составила 780,4 тысячи человек и за прошедший год уменьшилась на 7,5 тыс. человек населения (на 1%).

Рис 1. Динамика численности населения Мурманской области с 2000 по 2012 годы (тыс. чел)

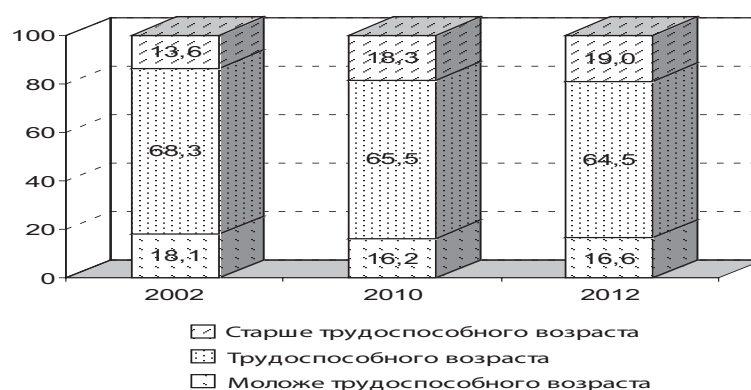


Среди 10 регионов Северо-Западного Федерального округа по численности населения Мурманская область занимает седьмое место.

На 1 января 2013 года в общей численности населения области (780,4 тыс. чел.):

- 723,5 тыс. человек, проживающих в городской местности (92,7%);
- 56,9 тыс. человек - в сельской местности (7,3%).

Рис 2. Доля основных возрастных групп общей численности населения в 2002, 2010, 2012 годах(%)



¹⁾ Приведены данные по переписям населения: за 2002 год – на 9 октября, за 2010 год – на 14 октября. За 2012 год приведена текущая оценка на 1 января.

Возрастная структура населения Мурманской области относится к регрессивному типу и находится в устойчивом состоянии «начальной демографической старости», обусловленном увеличением до 18% доли лиц в возрасте 60 лет и старше.

В большинстве территорий области возрастная структура населения относится к регрессивному типу, за исключением г. Оленегорска и Печенгского района. Доля основных возрастных групп в общей численности населения, 2012 (в %).

Таблица 1.

Территория	Моложе трудоспособного	Трудоспособный	Старше трудоспособного	Тип возрастной структуры населения, оценка
Мурманск	14,7	64,8	20,5	регрессивный
Апатиты	15,6	64,5	19,9	регрессивный
Кандалакшский район	15,9	60,0	24,1	регрессивный
Кировск	16,0	63,1	20,9	регрессивный
Мончегорск	17,1	64,7	18,3	регрессивный
Оленегорск	17,8	65,6	16,6	прогрессивный
Ковдорский	16,5	64,4	19,1	регрессивный
Кольский	15,0	69,2	15,8	стационарный
Ловозерский	15,5	68,1	16,5	регрессивный
Печенгский	16,2	70,9	12,9	прогрессивный
Терский	15,9	60,6	23,5	регрессивный
Область	16,2	65,3	18,5	регрессивный
РФ	16,0	49,8	34,2	регрессивный

Определяющим фактором сокращения численности населения в области остается миграционная убыль, составившая в 2012 году 6,7 тыс. человек или 82,1% общей убыли населения.

Таблица 2.

Коэффициенты миграционного прироста (убыли) населения

	2008	2009	2010	2011	2012
Мурманская область	-10,5	-6,0	-6,9	-7,7	-10,1
СЗФО	3,5	3,3	5,1	5,0	5,8
РФ	2,5	2,4	1,9	2,2	2,1

Другой компонент сокращения (роста) численности населения – естественная убыль (естественный прирост). Наблюдаемые в последние годы прирост показателя рождаемости и уменьшение показателя смертности в Мурманской области впервые за последние два десятилетия обусловили не естественную убыль, а естественный прирост населения (+0,5 на 1000 населения). В Российской Федерации показатель естественного прироста в 2012 г. составил 0,0; в Северо-Западном Федеральном округе величина показателя естественной убыли населения составила в 2012 – (-1,6).

В 2012 г. в Мурманской области число родившихся превысило число умерших на 378 человек, что и привело к естественному приросту населения.

Оценка рождаемости. В сравнении с показателями по СЗФО и РФ уровень рождаемости в МО ниже (соответственно на 3,4% и 11,3%). Факторы, влияющие на уровень рождаемости - удельный вес женщин репродуктивного возраста (в Мурманской области, 2012 - 34,2%, в РФ – 47,6%);

Оценка смертности. В сравнении с показателями по СЗФО и РФ нестандартизованные, обычные показатели смертности в МО ниже (соответственно на 18,1% и 15%). Факторы, влияющие на уровень смертности: возрастно-половой состав населения (в Мурманской области удельный вес пожилых возрастов 60 и старше составляет 14,6%, в РФ – 18,6 %); высокий коэффициент миграционной убыли (отток населения за пределы области).

Таблица 3.

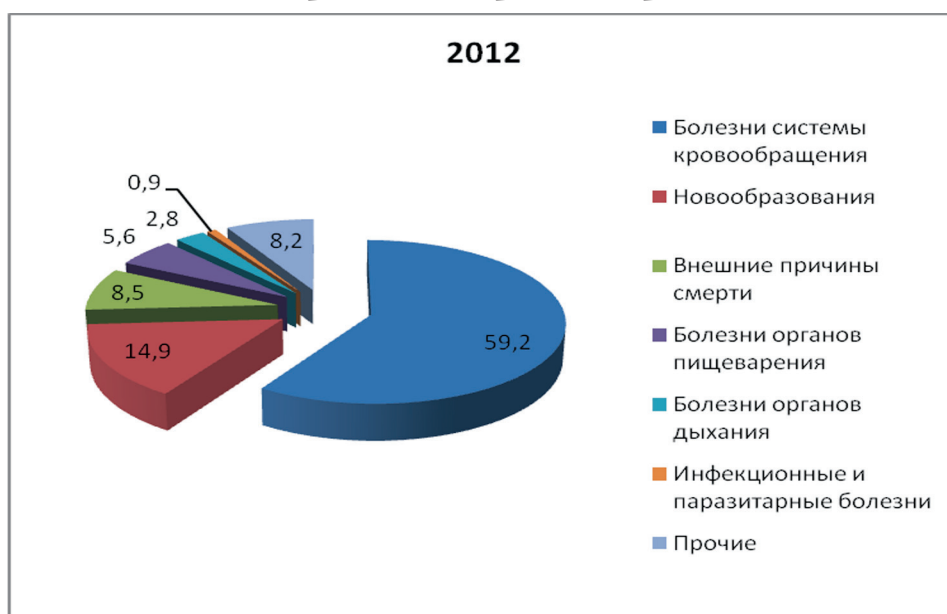
Динамика показателей естественного воспроизводства населения

	2008	2009	2010	2011	2012
Рождаемость					
Мурманская область	10,7	10,8	11,7	11,5	11,8
Северо-Западный федеральный округ	10,7	11,3	11,4	11,4	12,2
Российская Федерация	12,1	12,4	12,5	12,6	13,3
Смертность					
Мурманская область	12,0	12,0	11,9	11,5	11,3
Северо-Западный федеральный округ	15,7	15,2	14,9	13,9	13,8
Российская Федерация	14,6	14,2	14,2	13,5	13,3

Естественный прирост (убыль)					
Мурманская область	-1,3	-1,2	-0,2	0,0	0,5
Северо-Западный федеральный округ	-5,0	-3,9	-3,5	-2,5	-1,6
Российская Федерация	-2,5	-1,8	-1,7	-0,9	0,0

В 2012 году на долю умерших от болезней системы кровообращения приходилось 59,2% всех смертей (в 2011-57,8%). Удельный вес умерших от новообразований составил 14,9%, внешних причин смерти – 8,5% (2011- 9,8%).(Рис. 3)

Рис.3. Структура смертности населения Мурманской области от различных причин смерти



Сравнительные данные уровней смертности (стандартизованные, т.е. исключающие возрастно-половые различия на территориях, за 2012 год в Мурманской области, Северо-Западном федеральном округе и Российской Федерации по основным классам причин смерти приведены ниже.

В сравнении с показателями по Российской Федерации и СЗФО в Мурманской области более высокие уровни смертности по сумме всех причин смерти, в том числе в классе новообразований у мужчин – на уровне российского показателя и ниже показателя по СЗФО, у женщин – на 3,4% ниже российского показателя и на 10,2% ниже показателя по СЗФО.

Таблица 4.

Стандартизованные показатели смертности населения.
2012 год (по данным ЦНИИиОЗ МЗ РФ)

	Всего		Б-ни органов кровообращения		Б-ни органов дыхания		Новообразования		Б-ни органов пищеварения	
	муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен
Российская Федерация	1133,4	1085,9	613,3	585,9	44,6	41,2	173,2	169,8	54,7	54,1

	Всего		Б-ни органов кровообращения		Б-ни органов дыхания		Новообразования		Б-ни органов пищеварения	
	муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен
Северо-Западный Федеральный округ	1116,8	1076	614,9	602,8	38,6	33,7	185,5	182,6	56,4	56,3
Мурманская область	1232,6	1162,9	744,8	719,3	28,8	30,1	173,1	164	64,7	59

Экологические особенности Кольского полуострова в значительной степени определяют состояние здоровья северян. Общая экологическая обстановка оценивается как неблагоприятная, и прежде всего из-за структурной особенности промышленности.

Основными источниками загрязнения атмосферного воздуха Мурманской области являются добывающие и перерабатывающие предприятия горно-металлургического комплекса, предприятия по производству апатитового и нефелинового концентрата для минеральных удобрений, предприятия теплоэнергетики, и предприятия жилищно-коммунального хозяйства. Кроме стационарных источников выбросов в атмосферный воздух Мурманской области, ведущая роль в загрязнении атмосферного воздуха принадлежит увеличивающимся выбросам автотранспорта. В г. Мурманске, областном центре, более 70 % от общего количества выбросов стационарных источников составляют выбросы автотранспорта.

К приоритетным загрязнителям атмосферного воздуха от промышленных предприятий и автотранспорта Мурманской области относятся химические вещества: пыль, сера диоксид, углерод оксид, азота диоксид, формальдегид, сажа, фенол, бенз(а)пирен. Зоны наибольшего загрязнения атмосферного воздуха находятся в городах, в которых расположены предприятия цветной металлургии: город Заполярный, городское поселение Никель, п. Печенга, г.Мончегорск, г.Кандалакша, а также в г.Мурманске за счет предприятий теплоэнергетики и автотранспорта.

Опасность загрязненного атмосферного воздуха обусловлена наличием разнообразных вредных веществ, их комбинированному действию, непосредственным доступом загрязнителей воздуха во внутреннюю среду организма, трудностью защиты от загрязненного воздуха, который действует на все группы населения круглосуточно. Анализ воздействия состояния атмосферного воздуха на здоровье населения показал, что загрязнение атмосферного воздуха выше гигиенических нормативов создает опасность неинфекционной заболеваемости населения дополнительно к фоновой

Для города Мурманска и Печенгского района значения индивидуального канцерогенного риска в течение всей жизни соответствуют границе приемлемого риска. Для города Мончегорска значение индивидуального канцерогенного риска неприемлемо для населения в целом (приемлемо только для профессиональных групп), что требует углублённой оценки и разработки мероприятий по снижению риска. По величине популяционного канцерогенного риска первое место занима-

ет г.Мончегорск (119 случаев на 1 млн.), на втором месте г.Мурманск (62 человека на 1 млн.).

Основными источниками загрязнений открытых водоемов в местах водопользования населения продолжают оставаться промышленные предприятия, жилищно-коммунальные объекты, животноводческие комплексы.

Главной причиной неудовлетворительного качества воды водоемов по санитарно-химическим показателям, является качество природной воды, обладающей высокой цветностью, содержанием железа, а также сброс в водоемы хозяйственно-бытовых и промышленных сточных вод без очистки или недостаточно очищенных (около 20% от общего объема всех сточных вод). Основными загрязняющими веществами, сбрасываемыми в водоемы, являются взвешенные вещества, фосфаты, азот аммонийный, нефтепродукты, железо, СПАВ, никель.

Основными факторами, вызывающими загрязнение почвы, являются промышленные и бытовые отходы, а также аэрогенное загрязнение за счет выбросов предприятий. На территории Мурманской области осуществляется контроль за химическим загрязнением почвы по следующим веществам и химическим соединениям: бенз(а)пирен, никель, кадмий, медь, нефтепродукты, цинк, ртуть, свинец. Результаты анализа свидетельствуют о наиболее высоком уровне загрязнения почвы в Печенгском районе, что связано с влиянием предприятий цветной металлургии.

Радиационная безопасность. В Мурманской области, являющейся одним из потенциальных ядерно- и радиационно-опасных регионов России, в соответствии с действующим законодательством, решается ряд экологических проблем: утилизация атомных судов и судов атомно-технологического обслуживания и обращение с ядерными материалами и радиоактивными отходами. На территории Мурманской области сосредоточено большое число ядерных установок военного и арктических флотов, хранилища ядерных отходов Кольской АЭС, представляющих значительную потенциальную опасность.

Радиационно-гигиенический мониторинг обеспечивает информацией о радиационной обстановке на территории области. Общая радиационная обстановка в регионе остается стабильной, о чем свидетельствует такой факт, как содержание радионуклидов в рыбах, водорослях, уровень которых не изменяется.

Ведущим фактором облучения населения Мурманской области являются природные источники, их вклад составляет 82% от коллективной дозы облучения (медицинские исследования – 17,4%). Средняя индивидуальная годовая эффективная доза облучения на одного жителя Мурманской области за счет всех природных источников излучения составляет 3,32 м³ в/год (в среднем по России 3,21 м³ в/год). Основной вклад в среднюю индивидуальную годовую дозу облучения вносит доза внутреннего облучения населения за счет ингаляции изотопов радона и их короткоживущих дочерних продуктов распада и составляет около 1,8 м³ в/год или около 54,2% суммарной дозы от всех природных источников излучения.

Радиационный фон на территории Мурманской области находится в пределах 0,08-0,14мк³ в/ч (в среднем 0,11мк³ в/ч), что соответствует среднегодовым значениям естественного радиационного фона.

Природно-климатические факторы. Неблагоприятное воздействие на здоровье северян оказывают геофизические факторы, обусловленные воздействием солнечной активности в магнитосфере и ионосфере, где возникают магнитные бури, наиболее активное проявление которых отмечено в области Приполярья и Крайнего Севера. У большой группы людей, проживающих в этих районах, развивается синдром полярного «напряжения» - синдром дезадаптации характеризующийся истощением резервных возможностей и адаптационно регуляторных систем организма. Климатические особенности районов Крайнего Севера, наличие длительных светового дня летом и ночи зимой, геокосмических агентов, характерных для области высоких широт, обуславливают повышенную нагрузку (повышенное давление природной среды Кольского полуострова), на общий уровень состояния здоровья северян.

3. Динамика основных показателей деятельности онкологической службы

Сохраняется тенденция к росту заболеваемости ЗНО как в абсолютных, так и в относительных показателях на фоне продолжающейся убыли населения области (рис. 4). При сохранении климатического и экологического влияния, а в ряде случаев и улучшения экологической ситуации, большую роль в росте онкологической заболеваемости играет изменение возрастной структуры населения. Свернуты социальные программы переселения лиц пенсионного возраста с Крайнего севера в районы средней полосы. Если раньше относительно низкая по сравнению с российскими показателями онкологическая заболеваемость (2000г. МО -233,41; РФ 308,98 на 100 тыс. нас.) объяснялась более молодым возрастом населения МО, то с 2011г. отмечается превышение уровня показателей МО по сравнению с российским показателем и далее эта разница увеличивается. В 2012г. выявлено 2949 новых случаев злокачественных новообразований, что составило 376,07 на 100 тыс. нас. (РФ 367,29). Прирост онкологической заболеваемости за наблюдаемый период 2000-2012 гг. составил 61,1%. По РФ рост показателя онкологической заболеваемости с 308,98 до 367,29 на 100 тыс. населения, прирост составил 18,9%.

Рост онкологической заболеваемости отмечается практически по всем локализациям, существенное влияние на показатель суммарной онкологической заболеваемости оказали ведущие локализации, прирост при которых составил: желудок -18,31%; ободочная кишка 68,3%; прямая кишка 35,7%; трахея, бронхи, легкое 24,7%; другие новообразования кожи - 97,0%; яичники 58,4%; предстательная железа - 435,5%; лимфатическая и кроветворная ткань 63,1% (таблица 5).

Рис. 4. Заболеваемость ЗНО по Мурманской области РФ 2000-2012гг.

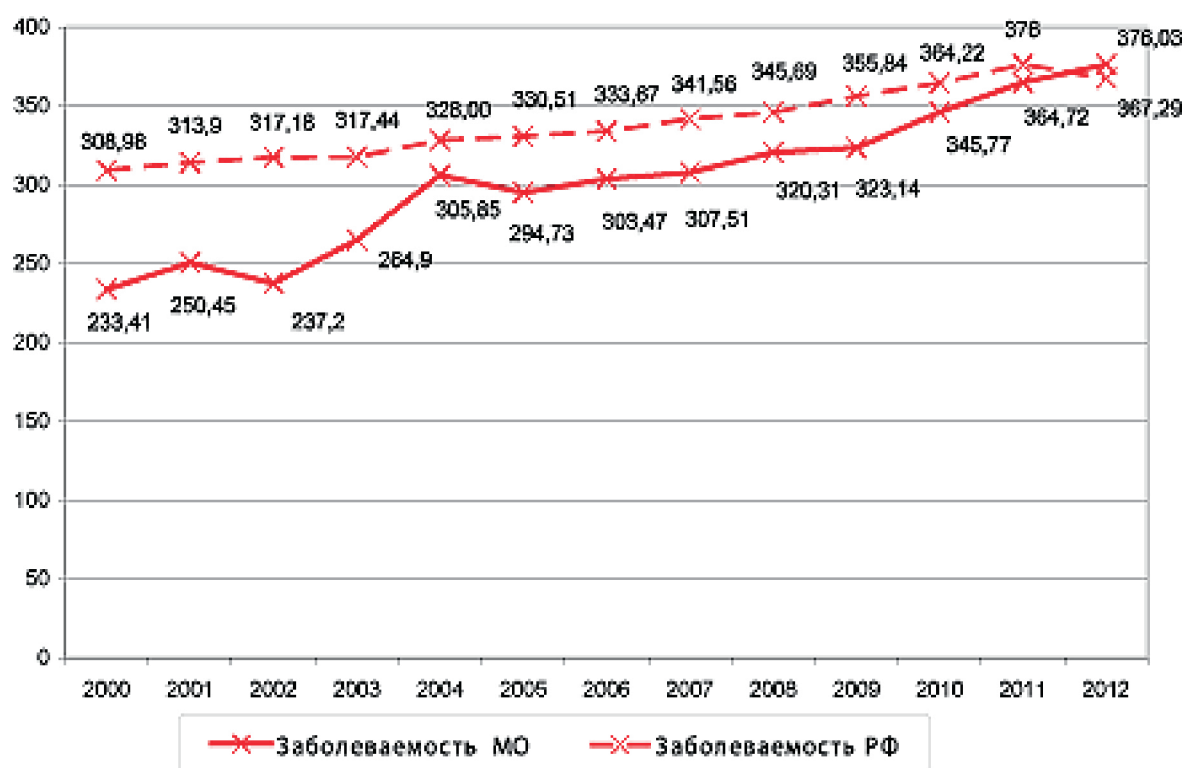


Таблица 5.

Динамика «грубых» показателей заболеваемости ЗНО населения Мурманской области на 100 тыс. нас. (все население)

Локализации	Годы наблюдения												
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Все локализации	233,41	250,45	237,26	264,77	303,17	294,69	303,44	307,51	320,31	323,14	345,77	366,75	376,07
Полость рта 01,02,07,08, 03-06,46,2	3,92	4,58	4,31	5,88	6,05	5,18	5,34	6,56	5,2	7,99	7,05	8,82	8,16
Пищевод	4,82	4,88	4,22	4,75	6,96	5,76	6,62	5,97	5,67	5,60	4,78	6,70	7,01
Желудок	23,92	25,64	22,43	28,36	25,90	27,97	25,44	29,39	25,63	26,20	25,58	27,69	28,31
Ободочная кишка	15,98	18,01	19,45	18,19	20,77	20,38	24,28	24,71	22,68	22,63	28,92	26,80	26,91
Прямая кишка, рек- тосигм. соед. Анус	13,07	13,94	14,30	16,16	13,81	14,27	16,85	13,00	16,53	14,89	16,37	16,20	17,73
Поджелудочная же- леза	7,94	7,63	5,86	7,01	9,47	7,71	6,97	8,78	9,45	9,89	8,61	8,98	10,20
Гортань	3,32	2,75	3,91	4,18	2,85	4,03	4,76	2,11	3,66	3,93	5,86	3,67	3,57
Трахея, бронхи, легкое	29,95	29,20	29,94	34,92	40,39	33,84	33,92	35,60	35,31	35,97	39,08	42,22	37,36
Меланома кожи	4,52	4,48	3,91	5,42	6,16	5,64	5,92	7,49	6,85	7,15	6,81	5,94	7,52
Другие новообра- зования кожи	15,28	19,63	15,12	18,31	18,60	20,26	21,03	23,65	21,61	20,73	25,70	29,08	30,10
Молочная железа	53,36	57,92	57,88	57,90	74,31	69,48	75,44	68,73	72,04	83,70	80,27	90,24	47,57*
Шейка матки	9,85	8,76	11,25	12,99	14,86	21,00	18,02	18,37	20,81	20,29	21,05	16,69	16,12
Тело матки	15,75	16,72	17,89	16,51	19,52	17,43	20,94	16,83	23,10	22,83	25,68	26,85	34,94
Яичники	12,80	20,10	14,47	15,63	16,19	16,53	16,66	16,11	17,84	14,99	15,50	19,11	20,28

Локализации	Годы наблюдения												
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Все локализации	233,41	250,45	237,26	264,77	303,17	294,69	303,44	307,51	320,31	323,14	345,77	366,75	376,07
Предстательная железа	8,42	9,78	11,17	14,63	14,80	21,14	17,52	23,48	32,48	31,78	37,59	42,90	45,09
Почки	9,25	11,50	8,03	10,40	15,63	11,97	13,48	10,89	15,94	12,27	13,51	16,43	16,71
Мочевой пузырь	4,52	3,97	3,09	5,20	4,79	5,53	4,88	4,22	4,61	6,31	6,10	6,19	8,67
Головной мозг и другие отделы нервной системы	3,52	4,48	3,81	3,28	5,13	3,91	5,46	4,57	6,02	4,53	4,78	5,18	5,23
Щитовидная железа	4,82	4,27	5,04	4,18	6,85	7,37	7,55	7,61	6,61	9,29	9,32	9,73	7,01
Лимфатическая и кровеносная ткань	13,37	17,60	13,17	16,05	24,07	22,91	18,24	19,20	22,09	20,37	22,95	20,86	21,81
-лимфомы	5,53	8,55	6,18	7,46	10,27	11,51	8,83	7,61	11,69	10,36	12,92	11,38	10,58
-лейкемии	7,84	9,06	7,00	8,58	13,8	11,4	9,41	11,59	104	10,01	10,03	9,49	11,28

Стандартизованный показатель онкологической заболеваемости с 2003г. превышает российский (таблица 6).

Таблица 6.

Динамика стандартизованных показателей заболеваемости ЗНО на 100 тыс.нас. Мурманская область (все население)

Локализации	Мурманская область													РФ
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
Все локализации	197,67	206,71	189,18	229,98	255,98	247,50	250,97	246,36	256,16	254,6	264,22	261,62	264,10	227,55
Желудок	20,74	21,41	17,99	24,78	21,85	23,28	20,91	23,10	20,04	20,60	18,93	19,59	19,36	15,20
Ободочная кишка	14,08	15,01	15,58	16,40	17,82	17,01	20,12	20,29	18,39	18,17	22,23	19,06	18,81	13,67
Прямая кишка, ректосигм. соединение, анус	11,53	11,95	11,71	14,63	12,48	12,36	13,80	11,34	13,13	12,06	12,72	12,37	12,08	10,80
Поджелудочная железа	6,84	6,51	4,85	5,94	8,07	6,54	5,45	6,64	7,36	7,84	6,58	6,39	7,03	6,18
Трахея, бронхи, легкое	25,52	23,99	23,69	30,44	34,10	28,17	27,90	29,28	27,92	28,82	29,43	30,15	25,95	23,55
Меланома кожи	3,49	3,61	2,91	4,24	5,00	4,32	4,84	5,62	5,15	5,66	4,89	4,18	5,60	3,97
Др. новообразования кожи	12,91	16,12	12,20	16,63	15,93	17,24	18,17	18,97	18,06	15,98	20,50	20,71	19,82	25,18
Молочная железа	36,97	39,64	38,63	41,17	51,15	48,10	51,03	45,17	46,77	54,69	50,61	33,67	33,51	26,84
Шейка матки	6,92	6,45	7,56	9,42	10,61	15,53	12,39	12,56	14,44	13,96	14,21	11,01	10,33	13,90
Тело матки	11,09	12,08	11,83	11,63	13,14	11,30	13,94	12,01	14,31	14,37	15,51	16,42	20,88	16,26
Яичники	9,13	14,76	10,08	11,37	11,27	11,16	12,03	10,79	11,59	10,15	15,50	12,40	12,55	10,70
Предстательная железа	12,41	12,31	13,00	24,56	23,59	29,35	27,29	34,09	45,48	41,56	49,85	48,49	46,84	32,46

Локализации	Мурманская область													РФ
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2012г
Почки	7,68	9,28	6,38	8,64	12,75	9,90	11,51	8,26	13,04	10,14	10,17	11,65	11,98	8,99
Мочевой пузырь	3,96	3,54	2,51	4,67	4,27	4,74	3,99	3,22	3,98	4,81	4,55	4,22	5,68	5,80
Лимфатическая и кровеносная ткань	12,07	15,41	11,40	14,61	21,05	20,28	16,65	16,26	19,88	16,33	18,36	15,54	17,58	12,66

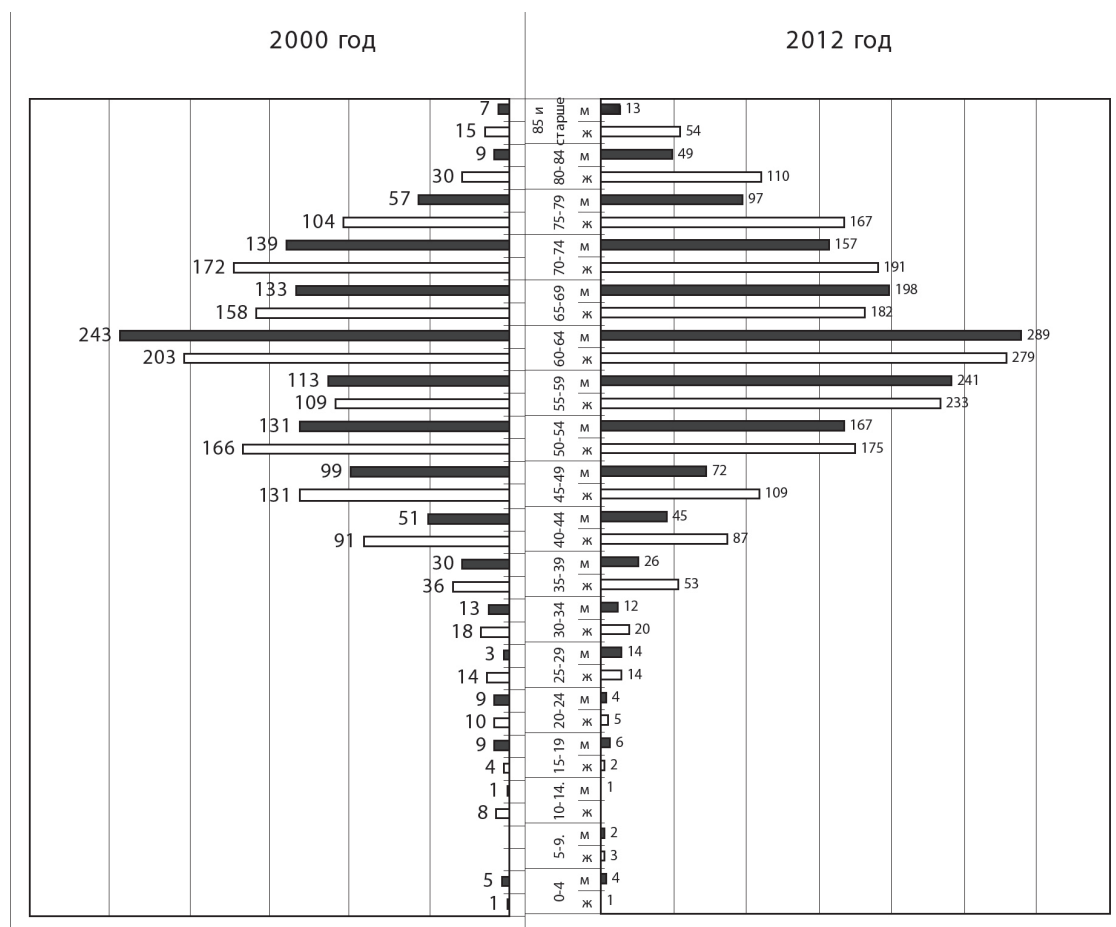
В 2012 г. по МО стандартизованный показатель смертности от ЗНО составил 264,10 на 100 тыс.нас., прирост показателя за наблюдаемый период составил 33,6% при республиканском показателе 7,97%.

Среди заболевших ЗНО 55,7% составили мужчины. Лица старше трудоспособного возраста составили 64,7%, в том числе мужчины 55,7%, женщины 71,90% в своей популяции.

Половозрастной состав больных с впервые в жизни зарегистрированными случаями ЗНО представлен на рисунке 5.

Отмечается увеличение числа заболевших ЗНО за наблюдаемый период начиная с возрастной категории 50-54 года и старше на 45,4%, в том числе среди женской популяции на 67,3%, среди мужской популяции на 26,5%. Следует отметить, что пенсионный возраст наступает у женщин в 50 лет, у мужчин 55 лет.

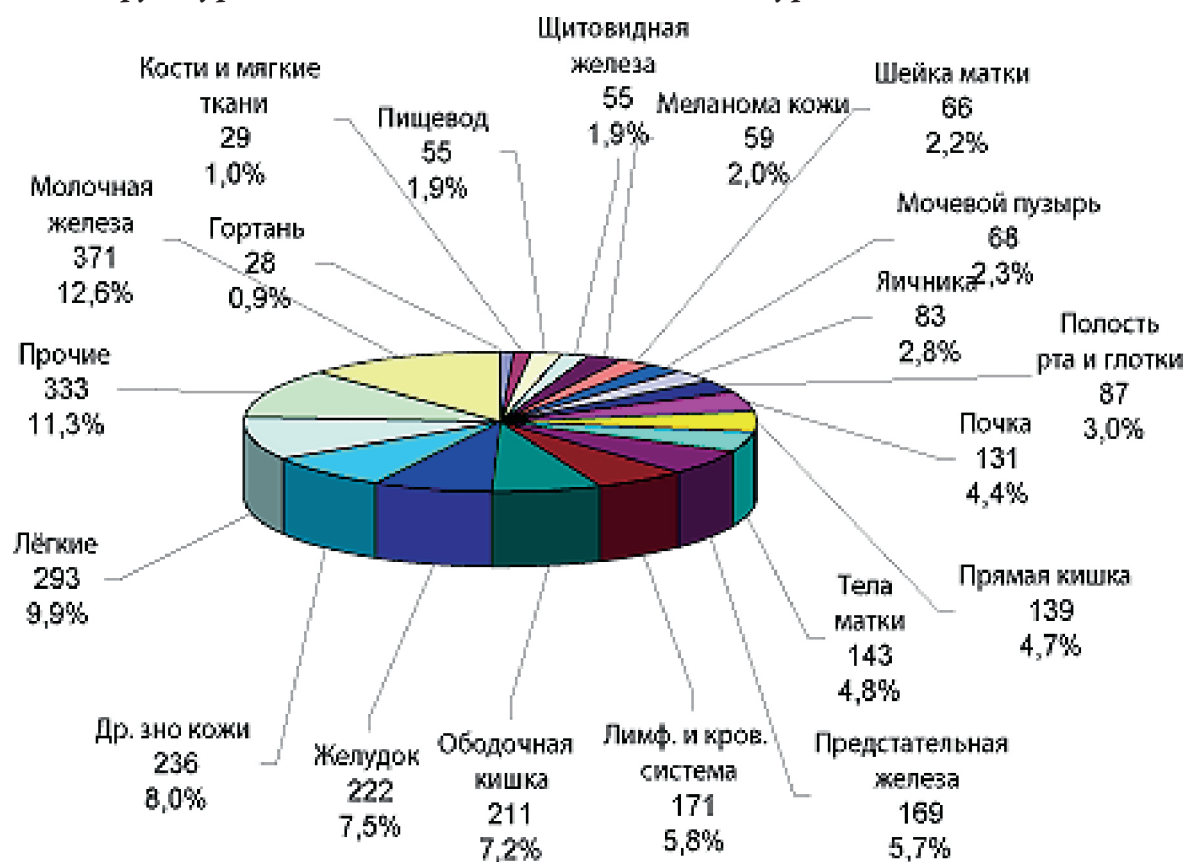
Рис. 5. Распределение больных ЗНО с впервые зарегистрированным диагнозом ЗНО по полу и возрасту.



Высокие показатели онкологической заболеваемости на 100 тыс. нас. зарегистрированы в г. Кировск (448,42), г. Мурманск (429,46), Кандалакшский район (419,54), г. Апатиты (416,96), Кольский район (394,74).

Первое место в структуре заболеваемости ЗНО в 2012 г., как и ранее, занимают ЗНО молочной железы и составляют 12,6% в общей структуре заболеваемости ЗНО; ЗНО трахеи, бронхов, легкого на 2-м месте – 9,9%; на 3-м месте – ЗНО кожи (без меланомы) 8,0%, с меланомой – 10,0%; далее следуют ЗНО желудка – 7,5%, ободочной кишки – 7,2%, причем колоректальный рак составляет 11,9%, ЗНО лимфатической и кроветворной ткани – 5,8%. (рисунок 6). Структура онкологической заболеваемости МО отличается от среднероссийской, а именно первое место занимают ЗНО кожи (12,6%), вместе с меланомой – 14,0%). Это в определенной степени оказывает влияние на основные показатели онкологической службы (активная и своевременная выявляемость, и как следствие показатели запущенности и одногодичной летальности).

Рис. 6. Структура заболеваемости ЗНО населения Мурманской области 2012 год.



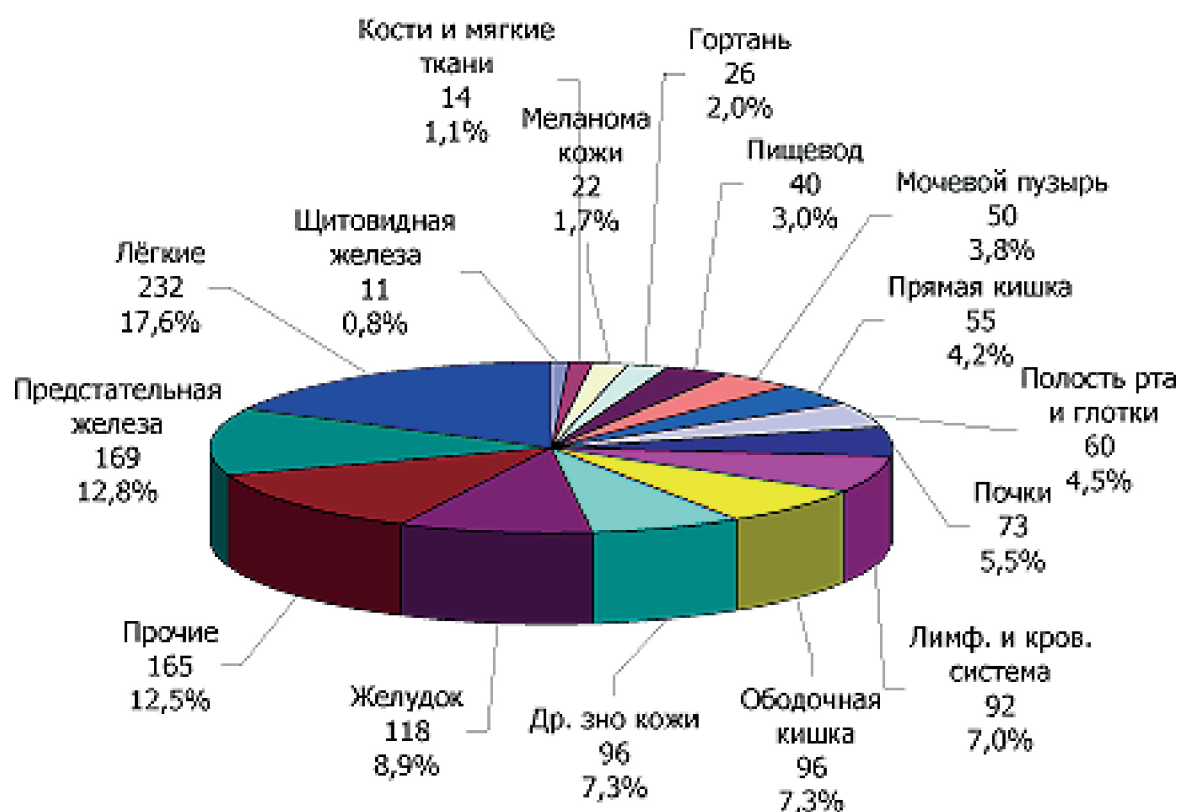
По сравнению с 2002 г. отмечается рост удельного веса ЗНО предстательной железы с 2,0% до 5,7% и снижение удельного веса ЗНО желудка с 11 до 7,5% и трахеи, бронхов, легкого с 12,8 до 9,9% в общей структуре онкологической заболеваемости.

Наиболее высокие показатели заболеваемости ЗНО желудка регистрируются в гг. Апатиты, Кировск, Ковдор, Кандалакша, Мурманск. ЗНО ободочной кишки – в гг. Кировск, Апатиты, Ковдорском и Кольском районах, г. Мурманск. ЗНО прямой кишки в г. Кировск. ЗНО трахеи, бронхов, легкого – в Кольский районе,

гг.Кандалакша, Мончегорск, Кировск. ЗНО предстательной железы – в г. Мурманск, в Ковдорском районе. ЗНО молочной железы в гг. Кандалакша, Мурманск, Кировск, Оленегорск, Мончегорск.

Ведущими локализациями ЗНО среди женского населения являются молочная железа, кожа (без меланомы), ободочная кишка, тело матки, желудок, лимфатическая и кроветворная система, яичники, прямая кишка, шейка матки, щитовидная железа, легкие, меланома кожи, полость рта и глотки (рисунок 8).

Рис. 8. Структура заболеваемости ЗНО Мурманской области женского населения 2012год.



Параллельно с ростом онкологической заболеваемости отмечается рост смертности от ЗНО, однако темпы роста показателя смертности значительно ниже. Показатели смертности от ЗНО занимают 2-е место в общей структуре смертности от всех причин.

Значительный прирост показателей смертности отличаются при следующих локализациях: предстательная железа - 69,9%; ободочная кишка - 37,8%; прямая кишка - 31,7%; лимфатическая и кроветворная ткань - 20,9%; трахея, бронхи, легкое - 10,5. (таблица 7).

Таблица 7

Смертность от ЗНО населения Мурманской области на 100 тыс. нас. 2000-2012 г.

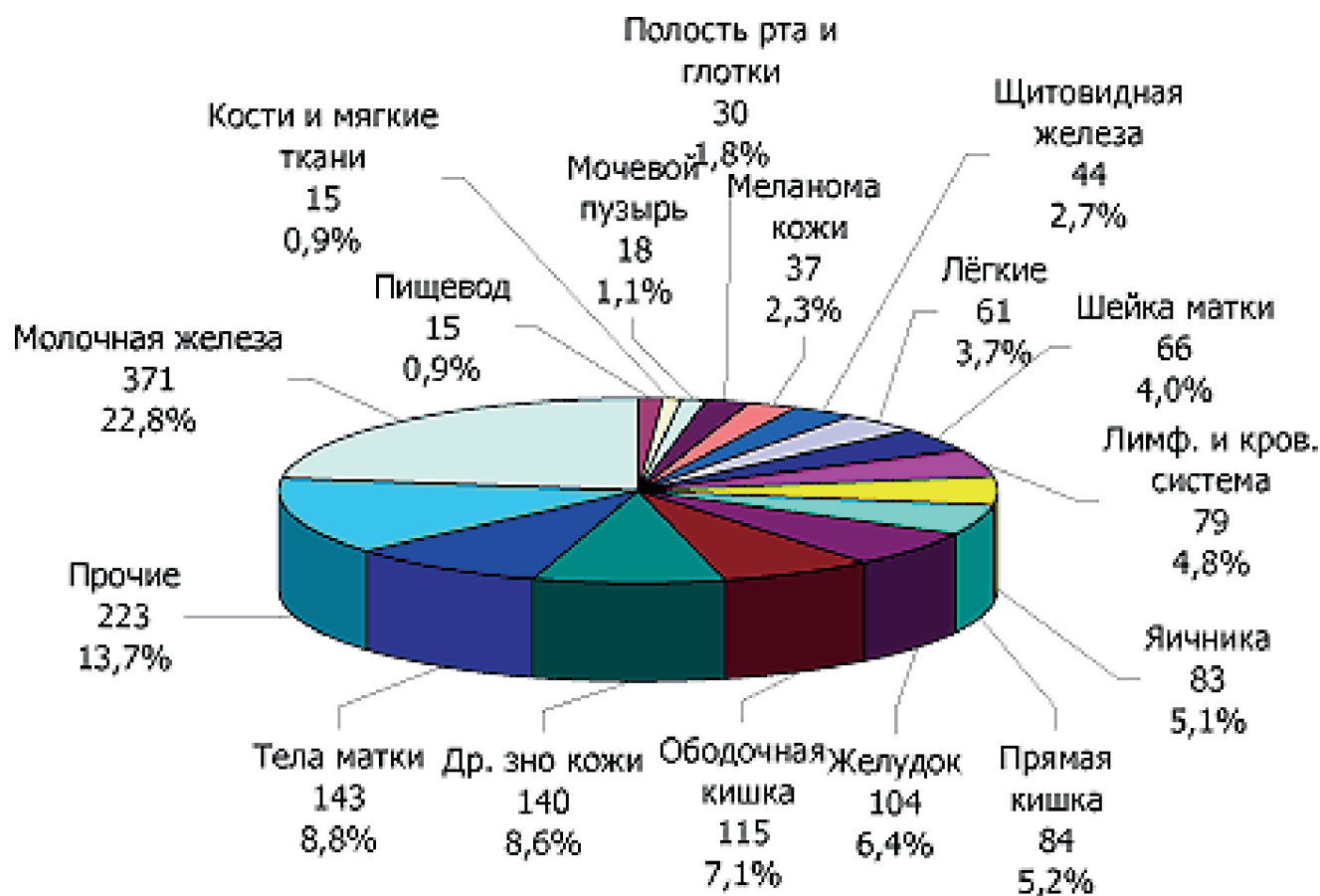
Локализации	Показатели смертности (грубые) от ЗНО на 100 тыс. нас.														Станд. показ.		
	Мурманская область														РФ	МО	РФ
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012				
Все локализации	147,56	148,83	140,75	157,53	158,6	154,25	155,55	158,91	159,44	161,39	161,35	171,68	168,59	200,98	114,70	117,66	
Желудок	18,29	22,18	18,01	22,15	19,17	18,76	18,59	22,25	20,08	18,34	17,21	19,09	18,11	22,30	12,27	12,55	
Ободочная кишка	11,66	9,87	12,55	11,98	11,87	11,97	12,78	14,05	13,23	12,74	14,94	15,30	16,07	15,27	11,0	8,07	
Прямая кишка, ректосигм.соединение, анус	7,94	7,63	9,16	9,27	10,38	9,67	10,22	7,85	9,80	11,79	9,68	8,09	10,46	11,80	7,03	6,44	
Поджелудочная железа	7,24	7,53	6,17	7,80	9,13	6,45	6,97	7,49	6,61	9,41	8,61	6,95	8,80	11,30	5,90	6,48	
Трахея, бронхи, легкие	26,54	25,23	23,46	26,67	28,3	21,17	26,95	27,40	25,04	25,61	27,61	27,56	29,33	34,85	29,33	20,81	
Меланома кожи	2,21	2,44	2,26	2,15	2,51	1,96	1,74	2,46	2,48	2,50	2,39	2,78	2,3	2,39	1,62	1,47	
Молочная железа	23,83	24,28	23,92	25,98	25,95	26,81	22,07	27,90	25,16	24,21	23,13	30,48	24,19	29,8	13,86	15,94	
Шейка матки	6,10	6,37	4,42	6,60	5,77	7,60	6,98	10,21	8,92	10,15	6,79	7,98	7,33	8,24	4,68	5,23	
Тело матки	4,53	5,77	3,22	6,60	4,44	5,36	5,40	3,63	6,40	4,38	6,25	6,53	5,86	8,56	3,39	4,40	
Яичники	10,44	11,54	12,26	11,45	8,43	10,50	12,16	10,21	8,00	10,84	10,41	9,92	10,99	10,12	5,89	5,62	
Предстательная железа	5,34	6,24	5,9	8,36	6,81	5,94	7,20	6,54	7,08	10,84	10,63	10,06	9,07	16,39	10,28	11,71	
Почки	4,42	4,17	4,22	5,09	5,02	4,03	5,00	3,86	4,37	3,81	5,50	6,32	4,08	5,80	2,82	3,43	
Головной мозг и др. отделы нервн.системы	4,22	3,05	2,98	3,28	4,34	3,34	4,65	2,58	4,72	3,69	3,23	4,42	4,46	4,89	3,50	3,54	

Показатели смертности по МО за 2012 год по всем локализациям ниже, чем РФ, за исключением ободочной кишки, яичников, лимфатической и кроветворной ткани.

Стандартизованные показатели смертности по МО превышают среднероссийские показатели при следующих локализациях: ЗНО трахеи, бронхов, легкого; ободочная кишка; ректосигмоидное соединение, .прямая кишка, анус; лейкемии.

По данным популяционного ракового регистра умерло от ЗНО (с учтенными посмертно без инобластных) 1288 чел., что составило 164,27 на 100 тыс.нас. В расчет смертности не включены умершие от ЗНО из других областей. По данным Мурманскстата – умерло от новообразований (включая доброкачественные) 1374 человека, показатель на 100 тыс.нас. составил 173,0. (в.ч. ЗНО -168,59). Наиболее высокие показатели смертности регистрируются в Кольском районе, в гг. Кировск, Апатиты, Кандалакша, Мончегорск. Ведущими локализациями в структуре смертности от ЗНО являются трахея, бронхи, легкое –17,1%; желудок –10,2%, ободочная кишка -8,9%, молочная железа – 7,8 (рисунок 9).

Рис. 9. Структура смертности от ЗНО по Мурманской области в 2012 гг.



В таблице 8 приведены основные показатели состояния онкологической службы.

Таблица 8.

Показатели диагностики ЗНО и сведения о контингентах больных ЗНО 2000-2012 гг
(Все локализации С00-С97)

Год	Взято на учет больных с впервые установленным диагнозом	Из числа больных с впервые в жизни установленным диагнозом ЗНО (в %)						Летаемость на 1-м году с момента установления диагноза	Состоит на учете на конец отчетного года				Индекс накопления контингентом	Летальность наблюдаемого контингента (в %)
		Выявлено при профосм	Морфолог, подтвержд.	Имели стадию заболевания (в %)					Абсолютное число боль-ных\	На 100 тыс. населения	Из них состоит 5 лет и более			
				I-II стадия	III стадия	IV стадия	Стадия не определена				Абсолютное число	В % к состоящим на учете на		
2000	2264	3,0	83,5	28,2	28,8	28,4	14,0	27,2	10114	1016,8	5021	49,6	4,5	14,8
2001	2408	3,7	84,8	38,1	24,4	25,4	12,1	37,5	10625	1080,9	5122	48,2	4,4	14,1
2002	2179	5,3	85,8	43,1	20,7	25,1	11,1	33,6	10935	1112,4	5278	48,3	5,0	10,2
2003	2208	4,9	86,7	45,9	19,1	26,9	8,1	35,3	11409	1173,8	5621	49,3	5,2	10,1
2004	2488	5,7	88,4	46,9	17,5	26,2	9,4	32,8	12149	1372,9	5993	49,3	4,9	9,7
2005	2388	5,8	89,1	49,8	16,6	24,5	9,0	33,4	12053	1375,3	5774	47,9	5,0	9,4
2006	2398	7,6	90,4	48,1	17,5	26,3	8,0	30,8	12719	1464,2	6224	48,9	5,3	8,9
2007	2453	9,3	89,7	50,4	15,4	26,9	7,4	31,7	13452	15692,8	6845	50,9	5,5	9,0
2008	2513	11,1	91,2	51,9	16,0	24,2	8,0	32,7	14031	1643,1	7546	51,6	5,6	8,4
2009	2494	10,6	91,4	53,9	15,2	24,6	6,3	31,2	14656	1731,0	7708	52,6	6,9	8,0
2010	2675	12,7	91,7	55,9	13,0	24,4	6,7	28,9	15498	1846,0	8314	53,6	5,8	7,4
2011	2701	14,3	91,9	28,1 28,1	14,47	23,3	6,2	28,3	15750	1882,5	8443	53,6	5,8	7,3
2012	2689	14,8	92,8	29,6 27,8	14,0	21,9	6,8	28,0	16175	2044,8	8604	53,2	6,0	7,1

В 2012 г. отмечается рост показателя активной выявляемости ЗНО при профилактических осмотрах с 3,0 до 14,8% (РФ 2012 г. – 15,6%).

Наиболее высокие показатели отмечены в гг. Мончегорск – 39,6%; Оленегорск 39,0%; Печенгском районе -23,3%; г. Полярные зори 23,0%; Североморск – 21,6%. Значительно ниже среднеобластных значений показатели в Ковдорском районе -7,4% Кольском районе 9,3% г. Мурманск -8,5%.

Достоверность диагнозов ЗНО подтверждается данными морфологического исследования. Этот показатель по области стабильно превышает российский показатель, и увеличился с 83,2 в 2000 году до 92,8% в 2012 г. (РФ 2012г. – 86,7%). Ниже удельный вес морфологической верификации при ЗНО почки -76,4% и ЗНО трахеи, бронхов, легкого – 81,4%. Ниже областных показатели в г. Оленегорск -88,6%; в Печенгском районе -88,3%.

Среди зарегистрированных новых случаев ЗНО имели I-II стадии. составил 57,4% и вдвое превышает показатель 2000 г; в т.ч. I стадии 29,6%, II стадии – 27,8%.. что превышает среднероссийский показатель – 50,4%., в т.ч. в I стадии 25,1%, во II стадии 25,3%. Наиболее высокий показатель отмечается при ЗНО кожи без меланомы) -99,2, щитовидной железы 8/7,1%; молочной железы – 78,9; предстательной железы – 71,7%. Низкие показатели при ЗНО полости рта, трахеи, бронхов, легкого, гортани, желудка. Ниже показатели в гг, Кировск -52,2%; Мончегорск (54,1%), в Кольском 51,9% , Печенгском 48,6% районах, г. Полярные зори 48,4%. Выше областного показатель в Оленегорске -60,2%.

Одним из основных критериев своевременности диагностики ЗНО в ЛПУ общей лечебной сети является показатель запущенности (удельный вес IV стадии в общем числе взятых на учет с впервые в жизни установленным диагнозом) который в МО составил в 2012 г. 21,9% (РФ – 21,2%). Высокий показатель запущенности регистрируется в гг. Кандалакша 29,4%, Кировске (26,9%), Ковдорском (27,0%) Кольском (25,3%) районах, г. Полярный (25,7%). Наиболее высокие показатели запущенности отмечаются при следующих локализациях ЗНО: желудок -42,2% (РФ 39,3%); трахея, бронхи, легкое - 40,0% (РФ -38,3%); пищевод -32,7% (РФ -29,2%).

Отмечается снижение показателя одногодичной летальности с 37,5% в 2001г. до 28,0 в 2012 г. (РФ – 26,1%). Остается высоким показатель в гг. г. Полярный 46,7%., Кандалакша -39,0%, Кировск – 33,7%; в Кольском районе -36,9%, Наиболее высокие показатели одногодичной летальности наблюдаются при следующих локализациях: пищевод (65,4%), желудок (50,5%), трахея, бронхи, легкое (50,3%).

Подлежало лечению 2255 больных ЗНО, пролечено 1442 пациентов или 64,0% от числа подлежащих, 621 продолжают лечение.

Отмечается рост контингентов больных ЗНО, состоящих на учете на конец до 16175 чел. что составляет 2044,8 на 100 тыс. нас. (РФ 2095). Основной контингент составляют больные ЗНО молочной железы -21,2%. Удельный вес больных, состоящих на учете 5 лет и более с момента установления диагноза 53,2%. (РФ 51,1%).

В таблице 9 приведены сведения о состоянии онкологической помощи детям 0 – 17 лет.

Таблица 9.

**Состояние онкологической помощи детям 0-17 лет
в Мурманской области в 2000-2012 гг.**

Показатели	Абсолютное число детей												
	2000	2007	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Взято на учет	15	12	16	18	17	25	24	21	22	15	19	12	23
из них в возрасте													
0-14 лет	15	12	16	10	10	19	19	17	20	12	12	5	22
15-17 лет				8	7	6	5	4	2	3	7	7	1
В т.ч. по локализациям													
Ободочная кишка							1						
Печень, в/п желчные протоки	1					2							
Кости и суставные хрящи	1				1	3		2	1		2	1	
Соед и мягкие ткани			3		1	4	1	2	1				
Меланома					1								
Шейка матки				1									
Яичник	1		1		1		2			1	2	1	
Почки			1			1	2		3	2	1	1	1
Мочевой пузырь						1							
Головной мозг и др. отделы ЦНС	3	4	6	3	2	5	6	6	5	2	6	5	3
Щитовидная железа						1		2	1				1
Лимфатическая и кроветворная ткань	5	6	4	9	11	7	12	8	11	4	5	3	12
Лимфомы				3	1	1		2	2	1	1		
Лимфограуломатоз		2		1	2	2	3	1		1	1	1	
Острый лимфолейкоз	4	3	2	3	7	3	8	3	7	1	3	2	11
Острый миелолейкоз			2	2	1	1		1	1	1			1
Другие миелолейкозы	1						1	1					
Другие лейкозы									1				
Прочие ЗНО	4	2	1	1		1		1		6	2	1	
Умерло от ЗНО		6	7	9	8	8	9	5	7	5	1	3	3
0-14 лет	3	6	7	6	3	5	8	4	4	4	1	1	3
15-17 лет				3	5	3	1	1	3	1		2	
Состоит на учете		60	59	90	94	96	102	103	109	106	114	112	119
0-14 лет	78	60	59	62	63	66	79	77	86	84	88	84	85
15-17 лет	Нет св	Нет св.	Нет св	28	31	30	23	26	23	22	26	26	34

Число заболевших ЗНО детей небольшое, до 25 случаев в 2005 г. – наивысший абсолютный показатель за наблюдаемый период. Поэтому ввиду малого числа случаев относительные показатели не рассчитывались. Основное число заболевших регистрируется в возрасте 0-14 лет. Наибольшее суммарное число заболевших регистрируется при ЗНО лимфатической кроветворной ткани (94 случая за указанный период). В этой группе преобладают острые лейкозы, регистрируются в основном среди детей в возрасте 0-14 лет. Среди подростков чаще регистрируются лимфомы и лимфогрануломатоз. На 2-м месте ЗНО головного мозга и ЦНС -56 заболевших. Далее следуют ЗНО почек, соединительной и мягкой тканей. Остальные локализации ЗНО регистрируются в единичных случаях.

Определенной динамики показателей смертности от ЗНО детского населения не прослеживается. Наибольшее число случаев смерти регистрировалось в 2003 и 2006 г. – по 9 случаев. Сведения не достоверные, так как для исключения дублирования не включены случаи, зарегистрированные вне территории Мурманской области.

На конец 2012 г. на учете состоит 119 детей, из них в возрасте 0-14 лет – 85 человек, 15-17 лет -34 человека.

В детских поликлиниках имеются ответственные за организацию онкологической помощи детям. На базе детской городской больницы организован консультативный детский онкологический кабинет, который оказывает консультативную специализированную амбулаторно-поликлиническую помощь детям всей области. Лечение проводится в детской городской больнице, в профильных отделениях областной клинической больницы и на центральных НИИ и клиниках, в которые согласно выделенным квотам направляются практически все дети с впервые в жизни установленными диагнозами. Налажена преемственность в работе онкологов районов области, ответственными за организацию помощи детям с консультативным онкологическим кабинетом и онкологическим диспансером. Ежегодно проводится сверка по движению детей с онкологическими заболеваниями.

4. Характеристика клинической деятельности (включая проблемы ранней диагностики)

Ведущим медицинским учреждением, оказывающим специализированную медицинскую помощь пациентам с ЗНО, методическую помощь лечебно-профилактическим учреждениям в профилактике онкологических заболеваний, первичной диагностике, организации онкологического скрининга на территории Мурманской области, является Мурманский областной онкологический диспансер (МООД). МООД представлен круглосуточным стационаром мощностью 280 коек, дневным стационаром на 75 мест и поликлиникой на 130 посещений в смену.

По состоянию на конец 2012 г. в МООД работают 452 человека, в том числе 73 врача, 166 средних медицинских работников (укомплектованность врачебного персонала физическими лицами - 58%, среднего медицинского персонала – 57%).

В МООД работают 5 кандидатов медицинских наук. Звание Заслуженный врач РФ имеют 4 врача, Заслуженный работник здравоохранения – 1 чел., Отличник здравоохранения - 8 чел.

На высшую квалификационную категорию аттестованы 21 врач и 52 средних медицинских работника, на первую – 13 врачей и 39 средних медицинских работников, на вторую - 8 врачей и 43 средних медицинских работника.



Руководители подразделений Мурманского областного онкологического диспансера справа налево:

1 ряд:

- Заведующая дневным стационаром Коновалова Е. А.
- Заведующая отделением ультразвуковой диагностики и эндоскопии Федоренко И. В.
- Главный врач Коваленко Д. А.
- Заместитель главного врача по организационно-методической работе Богдановская Г. Н.
- Заместитель главного врача по лечебной работе Давыденков А. В.
- Заместитель главного врача по хирургии Пономарев Р. С.

2 ряд:

- Заведующая организационно-методическим отделом Потапова Н.Е.
- Заведующий III онкологическим отделением Березин В.В.
- Заведующий поликлиническим отделением Тюленев И. В.
- Заведующий радиологическим отделением Шурятиков А. А.

- Заведующий II онкологическим отделением Скрипчак В.Г.
- Заведующий отделением анестезиологии и реанимации Тимонькин А. А.
- Заведующий I онкологическим отделением Маринич Ю. В.
- Заведующий отделением лучевой диагностики Литинский С. С.
- Заведующий V онкологическим (химиотерапевтическим) отделением Скрипчак Ю. В.

ГБУЗ «Мурманский областной онкологический диспансер» (МООД) располагает следующими возможностями для диагностики и лечения злокачественных новообразований. Наличие современной рентгенодиагностической аппаратуры (2 рентгенкомплекса, 2 маммографа, один из которых является цифровым со стереотаксической приставкой фирмы «Планмед», 16-срезовый специализированный компьютерный томограф для нужд онкологии, аппараты УЗИ) не полностью удовлетворяет потребность в лучевой диагностике. В радиологическом отделении, наряду с имеющимися отечественными установками гамма-терапии, используется современный аппарат для дистанционной лучевой терапии «Террабалт». С 2012 года активно внедряется в практику видеоэндоскопическая диагностика ЗНО полых органов. Потребность в отдельных видах диагностики, таких как изотопная, клиническая лабораторная, обеспечивается в ГОАУЗ «Мурманский областной клиничко-диагностический центр» и ГБУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П. А. Баяндина», расположенных рядом с диспансером.

Однако техническое оснащение медицинским оборудованием МООД следует считать недостаточным. Для повышения качества диагностики и лечения злокачественных новообразований в учреждении необходима полная замена 3-х гамма-терапевтических установок, выработавших свой ресурс («Агат-С», «Агат-ВУ», «Рокус»), плановая замена изношенного оборудования операционного блока и отделения ОАР. Для выполнения стандартов в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «онкология», утвержденным приказом Минздрава России от 15.11.2012 № 915н, необходимо дооснащение диспансера современным, в том числе «тяжелым», оборудованием, приобретение которого возможно лишь при наличии дополнительных площадей: радиологическое отделение – 2 ускорительных комплекса, система компьютерного дозиметрического планирования сеансов облучения 3 D, рентгеновский симулятор; отделение лучевой диагностики – мультиспиральный компьютерный томограф, магнитно-резонансный томограф, ангиографический аппарат; пополнение парка аппаратов УЗИ.

На протяжении последних 3 лет общее количество коек в круглосуточном стационаре сохраняется в количестве 280 (в том числе 220 онкологических и 60 радиологических. При этом увеличилось количество пролеченных пациентов с 6882 до 7357, а средняя длительность лечения уменьшилась с 13, 8 до 13,2 дня, функция койки выросла с 340 до 348 дней в году.

Объем клинической деятельности, осуществляемый в Мурманском областном онкологическом центре, соответствует общепринятым методикам комплексного,

комбинированного, хирургического, лучевого, лекарственного лечения. Хирургическое лечение охватывает весь спектр методик при лечении ЗНО органов головы, желудочно-кишечного тракта, трахеи, бронхов, легкого, женских половых органов и др. Широкое применение нашли органосохраняющие оперативные вмешательства на молочной железе, гортани, легких, прямой кишке. Кандидатом медицинских наук Мариничем Ю.В. разработаны и применяются методы реваскуляризации низводимой кишки при органосохраняющих операциях на прямой кишке, асептические анастомозы при операциях на ободочной и прямой кишке, позволившие значительно снизить число осложнений и увеличить объем органосохраняющих операций. Кандидатом медицинских наук Скрипчаком В.Г. разработан и внедрен в практику метод регионарного внутриартериального применения интерферона-альфа при лечении опухолей головы, шеи. Кандидат медицинских наук Пономарев Р.С. разработал и внедрил в практику расширенную модифицированную радикальную мастэктомию при отечно-инфильтративных формах рака молочной железы, а так же внедрил в работу такой метод лечения ЗНО как фотодинамическая терапия. Основным компонентом лечения ЗНО остается хирургический метод от органосохраняющих до комбинированных и расширенных, от диагностических до паллиативных операций.

Используется лазерная хирургия, в том числе амбулаторная. На конечностях объем операций ограничен иссечением опухолей, ампутациями, вычленением конечностей. Выполняется весь перечень хирургического лечения опухолей головы и шеи, различные виды пластики, на молочной железе преимущество отдается операциям Пейти, Мадена, ограничено - Холстэда-Майера, простой мастэктомии, радикальной и секторальной резекции молочной железы. При раке легких выполняются резекции, лобэктомии, пневмонэктомии; общепринятые операции на пищеводе, но преимущественно операция Льюиса, резекции нижнегрудного отдела пищевода, гастростомии. Диапазон операций на желудке от дистальной резекций до гастрэктомий, экстирпаций резецированного желудка; все виды операций на ободочной и прямой кишке с преимущественным органосохраняющим объемом. В онкогинекологии используются все виды внутрибрюшных операций по поводу ЗНО женской половой сферы, а также другие методы хирургического лечения других органов и забрюшинного пространства. Активно внедряются в практику видеоэндоскопические операции, как диагностические, так и лечебные. Не нашли свое применение, в силу единичных случаев заболеваний и показаний к ним, хирургическое лечение ЗНО печени, межпозвоночно-брюшное вычленение, межлопаточно-грудные ампутации и резекции. Данная группа больных, как правило, направляется в клиники и институты Российской Федерации.

Самым распространенным методом лечения ЗНО является хирургический - 60,0%; 36,8% пациентов получили комбинированное или комплексное лечение. Остальные методы (лучевой, лекарственный, химиолучевой), как самостоятельные, применяются значительно реже.

В 2012 г. в стационаре онкологического диспансера проведено 2315 оперативных вмешательств, умерло после операций 23 пациента, послеоперационная летальность составила 0,99%.

Активно используется гипертермический метод лечения: число пролеченных пациентов увеличилось с 64 в 2010 году до 120 в 2012 году, число сеансов – с 595 до 1416 соответственно. Освоена методика радиочастотной абляции при метастатических поражениях печени.

Лекарственная терапия злокачественных новообразований в Мурманской области широко применяется как самостоятельный метод и как компонент комплексного или комбинированного лечения в сочетании с хирургическим и лучевым методами. Помимо классических цитостатиков (химиотерапии) активно применяются таргетные препараты, гормональные препараты, препараты влияющие на метаболизм стероидных гормонов, костной резорбции, иммуномодуляторы и ряд лекарственных средств модифицирующих основные биологические реакции, что необходимо при коррекции метаболических расстройств вызванных как самим заболеванием, так и побочными реакциями специальной терапии.

На базе МООД лекарственная терапия активно применяется в неоадьювантном, индукционном, адьювантном, радиосенсибилизирующем и лечебном режимах при раке молочной железы, колоректальном раке, раке желудка, поджелудочной железы, легкого, органов головы и шеи, меланоме кожи, отдельных саркомах мягких тканей, остеогенных саркомах, лимфосаркомах, лимфоме Ходжкина (лимфогранулематоз), раке почки, ЗНО забрюшинного пространства.

Основной доступ внутривенный, пероральный, внутриполостной. Накоплен опыт по проведению селективной внутриартериальной лекарственной терапии плоскоклеточного рака дна полости рта, метастатическом и первичном поражении ЗНО печени.

С 1999 года МООД участвует в проведении клинических исследований лекарственных препаратов.

В последние 3 года значительно улучшилось лекарственное обеспечение пациентов круглосуточного и дневного стационаров за счет внедрения федеральных стандартов.

В дневном стационаре получают лечение пациенты онкологического (проведение химиотерапии) и радиологического профилей. За 2010-2012 годы отмечается рост числа мест (с 55 до 75) и количества пролеченных пациентов в дневном стационаре в 1,5 раза (с 1895 до 2783).

Поликлиника МООД оказывает консультативную помощь пациентам, направляемым врачами-онкологами первичных онкологических кабинетов, а при их отсутствии другими врачами-специалистами, оказывающими первичную медико-санитарную помощь. В составе поликлиники отделение амбулаторного лекарственного (химио-, гормоно-, и иммунотерапии) и восстановительного лечения онкологических больных. Ежегодно пациентами выполняется около 60 тыс. посещений в поликлинику.

Организованы консилиумы для выработки тактики лечения онкологических больных различных локализаций с участием не менее 3-х специалистов (онколог, радиолог и химиотерапевт), в том числе для больных, получающих лечение на специализированных койках Мурманской областной клинической больницы.

В поликлинике выполняются малые операции, в основном на коже и мягких тканях (число операций выросло в последние 3 года с 686 до 849, в том числе с использованием лазерной аппаратуры с 256 до 502).

Растет объем диагностических исследований (рентгенологических, цитологических, в том числе иммуноцитохимических, патологоанатомических, эндоскопических), интервенционных вмешательств под лучевым контролем. Эндоскопические исследования проводятся, в том числе на базе ГОБУЗ «МДЦ», патологоанатомические исследования до 2011 года проводились в ГОБУЗ «МОКБ им. П. А. Баяндина».

В Мурманской области применяются скрининговые исследования: профилактические исследования органов грудной клетки (флюорография, рентгенография), маммографический, цитологический скрининг, исследование крови на онкомаркеры (Psa, Ca 125). Всего осмотрено с целью выявления онкологической патологии (Ф. № 30 тб.2514) в 2012 г. – 293464 чел (с ФМБА), что оставило 46,4 % к взрослому населению области. В числе осмотренных 62577 мужчин и 230887 женщин. Прошли дополнительную диспансеризацию из числа работающих 18470 чел, из них 5643 работники бюджетной сферы. Всего на профосмотрах в 2012 году выявлено 399 ЗНО.

По состоянию на 01.01.2013 в ЛПУ области установлено 46 флюорографов, в т.ч. 37 в поликлиниках; из них 39 цифровых, в том числе в поликлиниках 31 цифровой флюорограф. Проведено 396027 профилактических исследований органов грудной клетки, из них 373429 (94,3%) на цифровых аппаратах.

В области функционируют 27 маммографов, в т.ч. в поликлиниках - 24, из них 3 цифровых аппарата. Проведено 47490 профилактических исследований молочных желез, из них 9409 на цифровых аппаратах. Отсутствуют маммографы в поликлиниках семи ЛПУ (г. Кировск, Терский район, ЗАТО Видяево, НУЗ отделенческая больница на ст. Кандалакша, МКК ФГБУ НМХЦ им. Н.И. Пирогова, в 3-х филиалах ФГУЗ ЦМСЧ № 120 ФМБА России). Маммографические исследования населения в этих районах проводятся в ГОБУЗ «Мурманский областной клинико – диагностический центр» и других ЛПУ. Используются передвижные флюорографическая и маммографическая установки.

В области функционируют 29 смотровых кабинетов для обследования населения с целью выявления предопухолевой и опухолевой патологии, из них 3 (гг. Апатиты, Мончегорск, Оленегорск) - для обследования мужского населения, 18 - для обследования женщин, в 8 ведется смешанный прием. Обследовано в 2012г. 62878 женщин, из числа обследованных проведено цитологическое исследование у 49719 женщин, что составило 79,1% (2011г. 73,0%; 2010г. -68,9%). Всего охвачено цитологическим скринингом (смотровые кабинеты + женские консультации) 102777 женщин.

Ежегодно специалисты МООД проводят с врачами, акушерками и фельдшерами смотровых кабинетов общей лечебной сети семинары и конференции, курсы кратковременной стажировки на рабочем месте по вопросам организации ранней диагностики злокачественных новообразований, обучают методикам проведения профилактических осмотров населения с целью раннего выявления злокачественных новообразований и предопухолевых заболеваний. Осуществляются выезды в города и районы области с целью оказания консультативной и организационно-методической помощи. Организуется проведение круглых столов по актуальным проблемам онкологии с привлечением ведущих специалистов центральных институтов и клиник.

5. Краткая характеристика популяционного ракового регистра

В 1995 г. на базе оргметодотдела сформирован популяционный раковый регистр (ПРР). Программно-методическое обеспечение осуществлялось сотрудниками НИИО им. Н.Н.Петрова под руководством профессора В.М.Мерабишвили и специалиста Центра кибернетики (в последствии ООО «Новел СПб») Цветковой Т.Л. Из-за недостаточности финансирования, не укомплектованности кадрами первичного звена здравоохранения, не удалось внедрить систему ПРР на уровне первичных онкологических кабинетов. База данных ПРР используется для формирования годовых отчетов (Ф.№ 7, 35) в разрезе районов и городов области, для аналитической деятельности, оперативной информации, при оперативном планировании и оценке противораковых мероприятий, для научно-практической деятельности. Перед внесением в базу данных проводится тщательная проверка, при необходимости составляются запросы в ЛПУ для уточнения сведений.

С 2011г. начата работа по внедрению федерального онкологического регистра (ФОР). В основу заложена база данных ПРР. Выгрузка БД в ФОР производится посредством выгрузки деперсонализированных данных из ПРР. Возможность выгрузки организована специалистами ООО «Новел СПб», которые предоставляют обновления версии программы с учетом изменения требований к отчетным формам и изменений законодательства.

Выгрузка базы данных ФОР проводится по запросам НИИО им. Н.Н.Петрова и МНИОИ им. П.А.Герцена. По состоянию на 01.01.2013 г. в БД ФОР 51730 записей.

Разработаны подпрограммы исчисления основных показателей онкологической службы.

С 1994г. функционирует госпитальный регистр, разработанный НИИО им. Н.Н.Петрова при участии профессора Мерабишвили В.М. и специалиста ГНТК «Модуль» к.т.н. Цветковой Т.Л. версия 9. В БД госпитального регистра по состоянию на 01.01.2013 г. 71741 запись. С 2013г. планируется внедрение МИС «Медиалог» включающей в себя информацию о деятельности учреждения по всем подразделениям.

Проблемы:

1. Кадровая проблема в первичном звене здравоохранения области (неукомплектованность ПОК врачами-онкологами; диагностических служб - врачами: рентгенологами, эндоскопистами, УЗИ-диагностики, что приводит к несвоевременному и неполному обследованию пациентов на догоспитальном этапе).

2 При существующем порядке учета и диспансерного наблюдения за контингентом онкологических больных, неукомплектованности первичных онкологических кабинетов штатами (на долю 1 онколога до 1000 диспансерных пациентов) невозможно отследить число онкологических больных, выбывших за пределы области или умерших от сопутствующей патологии.. Ранее пользовались услугами паспортно-визовой службы и выверяли базу данных ПРР, но в последние годы в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» доступ к базе данных паспортно-визовой службы и Мурманскстата запрещен. В связи с выше изложенным на настоящий момент расчет показателей выживаемости не возможен.

Разработка данных о выживаемости возможна только при строгом контроле за контингентом онкологических больных, формировании базы данных умерших с учетом причин смерти, базы данных выбывших за пределы области. Необходимо наладить преемственность между онкологическими учреждениями России по обмену информацией, в том числе по своевременному направлению первичной медицинской документации, информации об умерших.

3. Отсутствует приказ Минздрава РФ о переходе на ФОР, утверждающий новые учетные формы.

4.Кодификатор оперативных вмешательств (приказ МЗ РФ от 19.04.1999 г № 135.) не соответствует номенклатуре медицинских услуг, утвержденных приказом МЗ и СР РФ от 27.12.2011 №1664н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг», что создает сложности в работе.

5. Основная проблема для МООД – крайне недостаточная материально-техническая база. Расчётная мощность объекта при строительстве (1971-94 г.г.) должна была соответствовать 305 койкам. Но уже сегодня, при действующих 280 койках, площадь на одну койку составила 3,4 м2 вместо положенных 7м2 по действующему нормативу.

Для выполнения стандартов в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «онкология», утвержденным приказом Минздрава России от 15.11.2012 № 915н, необходимо дооснащение диспансера современным, в том числе «тяжелым», оборудованием, приобретение которого возможно лишь при наличии дополнительных площадей: радиологическое отделение – 2 ускорительных комплекса, система компьютерного дозиметрического планирования сеансов облучения 3 D, рентгеновский симулятор; отделение лучевой диагностики – мультиспиральный компьютерный томограф, магнитно-резонансный томограф, ангиографический аппарат. Дальнейшее развитие службы ультразвуковой и эндоскопической диагностики потребует дополнительного открытия как минимум 7 кабинетов. Из-за недостатка площадей отсутствуют воз-

возможности для открытия отделений реабилитации и паллиативной медицинской помощи, кабинета фотодинамической терапии.

В 13 действующих структурных подразделениях МООД не хватает 342 единиц оборудования.

Потребность в площадях для структурных подразделений МООД, просчитанная в соответствии с выше указанным приказом (32700 кв. м), в 3 раза превышает площадь действующих зданий.

Нехватка площадей не позволяет выполнить большинство многочисленных предписаний Роспотребнадзора, Госпожнадзора и Росздравнадзора по Мурманской области.

Существуют проблемы в лицензировании отдельных структурных подразделений диспансера уже сегодня, под угрозой переоформление лицензий по окончании срока их действия в 2017 году.

Оптимальным вариантом решения этой проблемы было бы строительство нового комплекса зданий для онкологического диспансера. Рассматривается вопрос о реконструкции действующего диспансера.

НОВГОРОДСКАЯ ОБЛАСТЬ



РАЗДЕЛ XII

ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА НОВГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

А.Б. Петров, Т.В. Чистякова

ГОБУЗ «Областной клинический онкологический диспансер»

173016

г. Великий Новгород, ул. Ломоносова, д. 27

Тел./факс: 8(8162) 62-70-42, 62-31-58

Эл. почта: nokod@mail.ru

SECTION XII

Organization of cancer care to the population of Novgorod region

A.B. Petrov, T.V. Chistyakova

В Новгородской области заболеваемость злокачественными новообразованиями остается самой высокой среди территорий Северо-Западного федерального округа, что связано с определенной демографической ситуацией с преобладанием старших возрастных групп населения.

В структуре основных классов причин смертности населения региона новообразования занимают второе место.

В динамике с 2000 года при увеличивающейся заболеваемости отмечается снижение смертности от злокачественных новообразований. Отмечена положительная динамика индикаторов состояния онкологической помощи населению Новгородской области.

ГОБУЗ «Областной клинический онкологический диспансер» находится на этапе оснащения медицинской техникой и оборудованием радиологического корпуса и уже сейчас представляет современное специализированное учреждение.

70-летняя история существования онкологической службы Новгородской области и 15-летие со дня ввода в строй нового корпуса областного клинического онкологическо-

In Novgorod region the cancer incidence rate is the highest among the Northwestern Federal District, which is associated with certain demographic situation with predominance of old age groups.

In the region in the structure of the main causes of death malignant neoplasms are on the second place.

Since 2000 in the dynamics cancer incidence is increasing and it is marked a decrease in cancer mortality. It is noticed a positive dynamics in cancer care to the population of Novgorod region.

GOBUZ Regional Clinical Oncology Dispensary is in the process of supply of medical and radiologic equipment and it is currently a modern specialized institution.

70-years history of the oncology service of Novgorod region and 15th anniversary of a building of Regional Clinical Oncology Dispensary have shown its viability and effectiveness in medical care and diagnostics for

го диспансера показала ее жизнеспособность и эффективность в оказании лечебно-диагностической помощи больным со злокачественными новообразованиями, свидетельством этому являются более 3-х десятков тысяч излеченных больных и переживших 10-летний рубеж.

Большой вклад в развитие и научное обоснование организационных форм онкологической службы области внесли П.М.Митрофанов, Н.Н.Горбачева, Г.Г.Боброва, проф. В.Г.Черенков, В.В.Иванченко, Т.В.Чистякова и многие другие.

patients with malignant tumors, the real evidence is more than three tens of thousands of cured patients and patients survived 10-years.

Great contribution to the development and scientific justification of organizational forms of oncology service of the region was made by P.M.Mitrofanov, N.N.Gorbacheva, G.G.Bobrova, prof. V.G. Cherenkov, V.V. Ivanchenko, T.V. Chistyakova and many others.



Петров Александр Борисович, врач высшей категории, кандидат медицинских наук, отличник здравоохранения, главный врач ГОБУЗ «Областной клинический онкологический диспансер», главный внештатный онколог Департамента здравоохранения Новгородской области.

В 1982 году окончил Горьковский медицинский институт. В 1983-1996 годах работал врачом онкологом – хирургом в Нижегородском областном онкологическом диспансере. С 1996 года – главным врачом ГУЗ «Онкологический диспансер города Нижнего Новгорода». Лауреат премии г. Нижнего Новгорода. С 2007 года - главный врач ГОБУЗ «Областной клинический онкологический диспансер» в Великом Новгороде.

Историческая справка. Начало развития онкологической службы Новгородской области

датируется 30 апреля 1945 года, когда в соответствии с Постановлением Совета Народных комиссаров № 935 от 26 июня 1946 года был открыт областной онкологический диспансер в городе Боровичи Новгородской области.

В 1948 году начато формирование радиологической службы. Был смонтирован 1-й рентгенотерапевтический аппарат «Буревестник» для лечения предраковых заболеваний и рака кожи и нижней губы. В 1956 году внедрена гамма – терапия, позволяющая лечить больных со злокачественными новообразованиями внутренних органов.

В начале 70-х годов прошлого столетия при онкологическом диспансере открывается патоморфологическая лаборатория, позже – первая цитологическая лаборатория в области.

В связи с необходимостью иметь в областном центре специализированную онкологическую помощь в 1965 году на базе областной клинической больницы, а в 1982 году на базе Первой городской клинической больницы города Великого Новгорода открыты онкологические отделения и рентгенотерапевтический кабинет.

В 1980-1981 годах проведено переоснащение радиологической аппаратуры в Боровичском областном онкологическом диспансере. Приобретены аппараты АГАТ – С и АГАТ – В.

С 1993 года онкологическое отделение областной клинической больницы в городе Великом Новгороде имело статус областного онкологического диспансера. Кураторская и организационно-методическая работа в районах Новгородской области была разделена с Боровичским онкологическим диспансером по территориально-географическому признаку.

26 февраля 1998 года Администрацией Новгородской области подписано Постановление № 127 “О создании Государственного медицинского Учреждения «Областной онкологический диспансер» в городе Великом Новгороде.

Начиная с 2000 года, в рамках Национальных программ проделана большая работа по разработке и реализации региональных программ (2001-2003, 2004-2006 и 2007-2009 гг.) и поэтапного становления онкологической службы Новгородской области. В первую очередь, требовалось создать материальную базу и информационно-техническое обеспечение специализированной службы.

Благодаря поддержке В.В.Путина (Председателя Правительства Российской Федерации) и энергичной деятельности формирующегося коллектива онкологов 14 февраля 2000 года был открыт первый блок областного онкологического диспансера. 15 января 2001 года были госпитализированы первые пациенты в стационар онкологического диспансера в Великом Новгороде.



Фото 1. Областной клинический онкологический диспансер (блок А)

С 2000 года областной онкологический диспансер стал базой курса «Онкология» (доктор медицинских наук, профессор В.Г.Черенков) Института медицинского образования им. Ярослава Мудрого для подготовки студентов, клинических ординаторов и врачей интернов, местом проведения нескольких Российских и Международных научно-практических конференций по актуальным вопросам онкологии и Всероссийского съезда цитологов.

Структура онкологического диспансера. В настоящее время Новгородский областной клинический онкологический диспансер представляет собой современное специализированное учреждение, за исключением радиологического блока, в котором имеются:

- поликлиническое отделение на 300 посещений в смену (три кабинета онкохирурга, по два кабинета маммолога и онкогинеколога, кабинеты лор-онколога, онкоуролога, эндокринолога, химиотерапевта, психотерапевта и др.);
- отделение УЗД (с применением методик цветного картирования, панорамного сканирования, прицельной биопсии и др.);
- отделение эндоскопической диагностики и хирургии (видеогастро- и колоноскопия с ультразвуковой диагностикой, бронхоскопия с электроэксцизией, аргоноплазменной реканализацией стенозов и стентированием, автоматизированная мойка);
- отделение лучевой диагностики (аппараты КТ, МРТ, ангиограф, два рентгенологических кабинета и два цифровых маммографических кабинета, в т.ч. один мобильный, полученный нами, как победителем конкурса «Вместе против рака» от ООО «AVON»);
- современный операционный блок (5 операционных) с техническим этажом, позволяющим осуществлять вентиляцию с ламинарным потоком стерильного воздуха, операционными залами, оснащенными портативными электрохирургическими аппаратами с радиочастотной абляцией, ультразвуковой коагуляцией сосудов, лапароскопическими стойками, операционным микроскопом;
- реанимационное отделение с гемодиализом, мониторами наблюдения;
- централизованная стерилизационная с автоматизированной мойкой и упаковкой инструментария на разные сроки;
- клиничко-диагностическая лаборатория (гематологические анализаторы с 38 параметрами, общеклинические исследования на аппарате «Урискан», биохимические до 50 параметров и иммунологические исследования, определение опухолевых маркеров, гормонов и ферментов на аппарате «Immulite» и др.);
- лаборатория молекулярной онкологии (проточная ДНК-цитометрия, ПЦР-диагностика и гибридизация «in situ»);
- патогистологическое отделение (общая гистология, экспресс-гистология, иммуногистохимия – ЭР, ПР, HER-2 и др. тканевых маркеров);
- централизованная цитологическая лаборатория для диагностики и массового цитологического скрининга, в т.ч. жидкостная цитология и иммуноцитохимия (с целью максимального и эффективного использования соскобов в настоящее

время централизованная цитологическая лаборатория НОКОД оснащена аппаратурой для жидкостной цитологии).

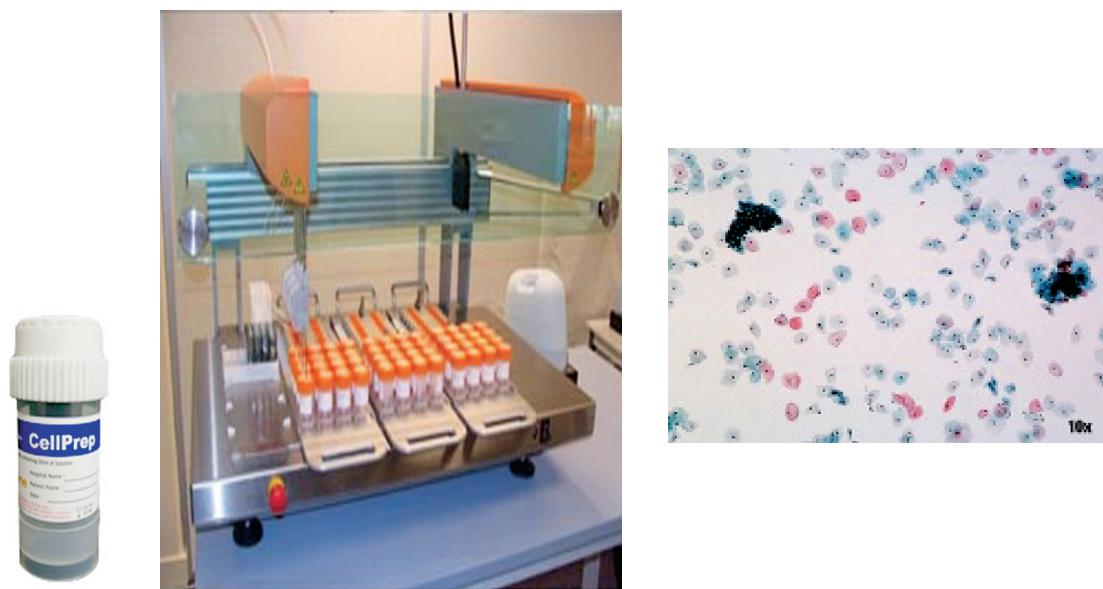


Фото 2. Аппаратура для жидкостной цитологии

организационно-методический отдел с популяционным раковым регистром, обеспечивающий работу в режиме реального времени и связь с ЛПУ;

стационар на 225 коек, в т.ч. 45 коек дневного пребывания, отделения онкоматологии и общей онкологии, онкогинекологии, абдоминальной и торакоабдоминальной онкологии, онкоурологии, химиотерапии и отделение паллиативной помощи (оперативная активность - 94%, количество операций более 2000 в год).

Радиологический корпус находится в стадии оснащения медицинской техникой и оборудованием.



Фото 3. Радиологический корпус

Демографическая ситуация. На конец 2012 года численность населения Новгородской области составила 625855 человек (из них мужчин – 281044, женщин – 344811).

В целом по области сохраняется неблагоприятная демографическая ситуация. Процессы естественного движения населения сопровождаются депрессивными тенденциями. Тип воспроизводства населения характеризуется как депопуляционный.

По сравнению с 1990 годом снижение численности населения составило в целом по области 16,58%, среди детского населения – 41,49%.

В тоже время в течение 2006-2012 годов в демографической обстановке наметились положительные тенденции. За последние годы отмечен рост рождаемости и замедление темпов снижения естественного прироста населения. Замедлился темп снижения численности, как всего населения, так и детей.

На начало 2012 года удельный вес детей и подростков в возрасте 0-15 лет в общей численности населения области 15,3%, населения в трудоспособном возрасте – 58,2%, в возрасте старше трудоспособного – 26,6% (на конец 2012г. – 27,1%) (на начало 2001 года – 24,4%) (рис.1).

Численность женщин превышает численность мужчин на 64,1 тысячи человек (на 22,7%).

В целом по области, на 1000 мужчин приходится 1227 женщин (на 1 января 2012 года).

Динамика половозрастной структуры населения области характеризуется увеличением численности населения моложе и старше трудоспособного возраста. Среди населения области моложе трудоспособного (0-15 лет) и трудоспособного возраста (мужчины 16-59 лет, женщины 16-54 года) преобладают мужчины. Их доля в этих возрастах составляет 51,8% и 51,6% соответственно.

Наиболее неблагоприятно в связи с более высокой продолжительностью жизни у женщин складывается соотношение полов в возрасте старше трудоспособного (мужчины- 60 лет и старше, женщины – 55 лет и старше), где доля мужчин составляет 26,4%, женщин – 73,6% (на 1000 мужчин 2794 женщины).

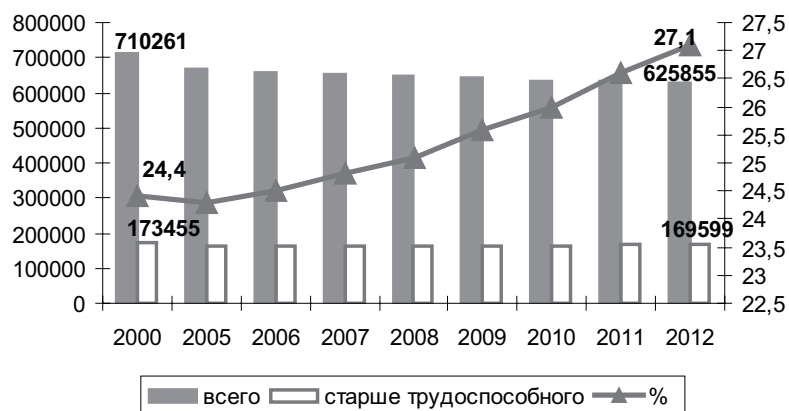


Рис 1. Динамика численности населения области (на конец года всего, старше трудоспособного, доля старше трудоспособного в общей численности в %, 2000, 2005-2012)

Смертность всего населения области превышает смертность по России, и составила в 2012 году -17,9 на 1000 населения.

За последние годы наметились определенные тенденции распределения смертности населения по основным классам причин смерти.

Общий уровень смертности всего населения, как и в других субъектах РФ, формируется за счет смертности взрослых. Главной причиной которой являются болезни системы кровообращения.

В последние годы наметилась устойчивая тенденция увеличения смертности по причине новообразований, они занимают второе место в структуре основных классов причин смертности (2011 год – 12,4%, 2011год – 11,0%) (рис.2). Третье место занимает смертность от внешних причин, с тенденцией к сокращению их удельного веса в структуре основных классов причин смертности.

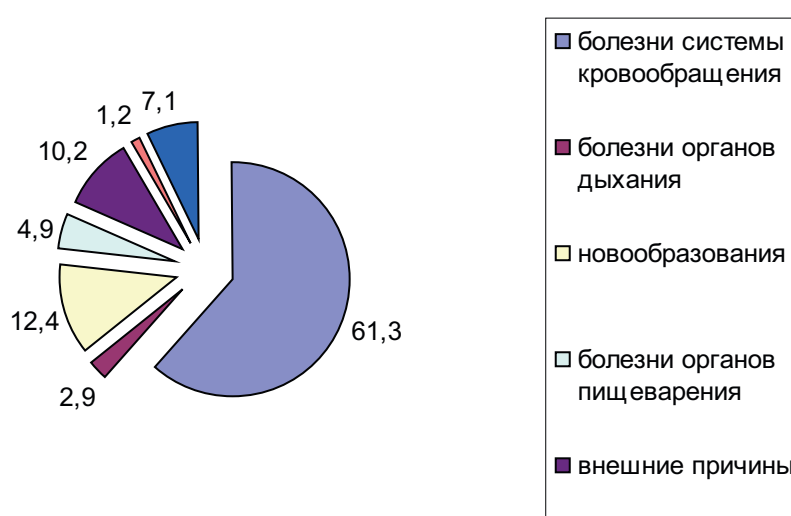


Рис 2. Доля основных классов причин смертности населения области (% , 2011)

Уровень смертность в трудоспособном возрасте у мужчин в 4,3 раза выше, чем у женщин. Причинами смертности в трудоспособном возрасте (2011) явились: болезни системы кровообращения (35,8%), внешние причины (28,8%), новообразования (11,5%).

Доля смертности по причине новообразований среди основных классов причин смертности в трудоспособном возрасте у женщин в 1,9 раза больше, чем у мужчин.

В целом демографические показатели в области остаются хуже, чем в среднем по России.

Заболеваемость злокачественными новообразованиями. Заболеваемость злокачественными новообразованиями населения региона остается самой высокой среди территорий Северо-Западного федерального округа, что связано с определенной демографической ситуацией.

В 2012 году стандартизованный показатель заболеваемости всего населения составил 242,73 на 100 тыс. населения, мужчин – 292,84 на 100 тыс. мужского населения, женщин – 223,74 на 100 тыс. женского населения (рис.3, рис. 4, рис. 5).

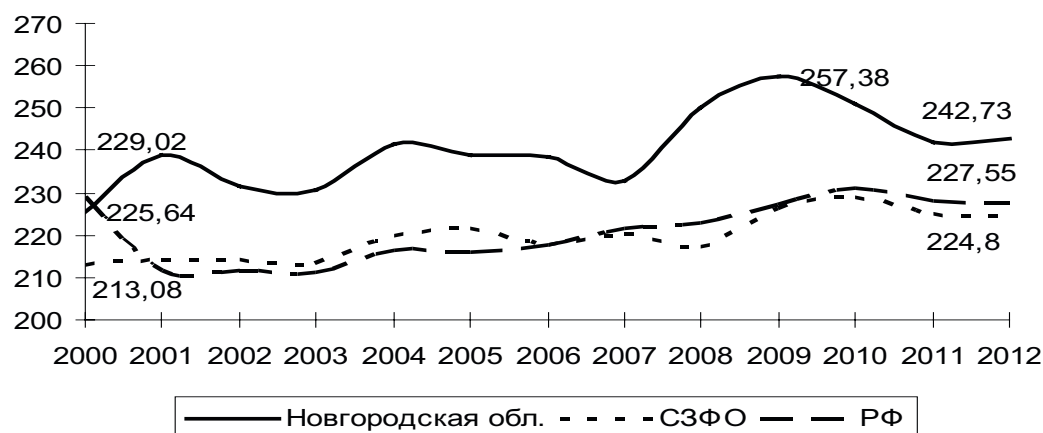


Рис 3. Заболеваемость злокачественными новообразованиями населения оба пола (стандартизованные показатели на 100 тыс. нас., 2000-2012)

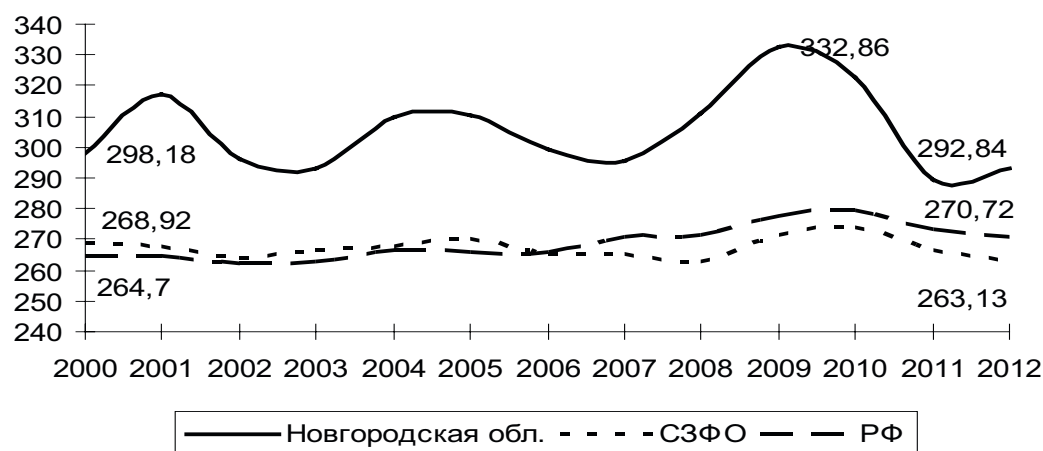


Рис 4. Заболеваемость злокачественными новообразованиями мужского населения (стандартизованные показатели на 100 тыс. нас., 2000-2012)

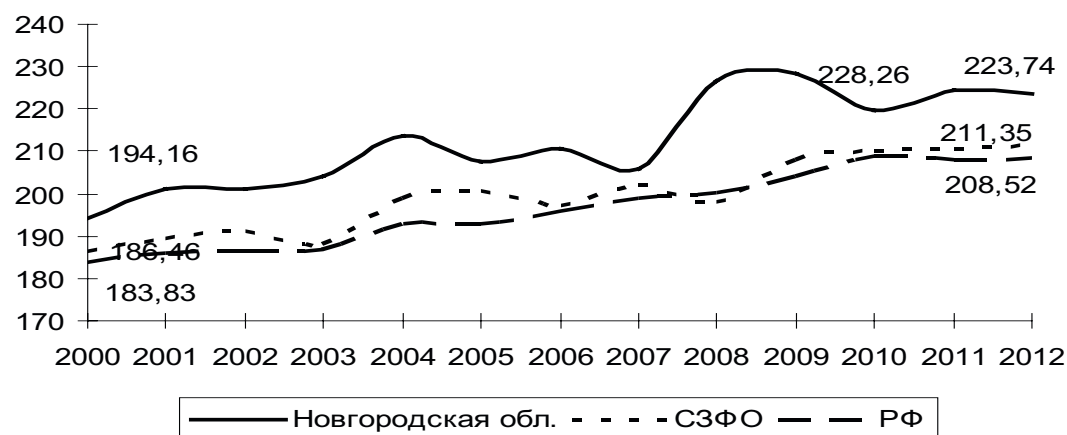


Рис 5. Заболеваемость злокачественными новообразованиями женского населения (стандартизованные показатели на 100 тыс. нас., 2000-2012)

Ведущими локализациями в общей (оба пола) структуре заболеваемости ЗН населения области являются: трахея, бронхи, легкие (11,9%), кожа (без меланомы) (11,7%), молочная железа (9,8%), желудок (8,3%), ободочная кишка (5,7%), прямая кишка (5,3%).

В динамике за последние пять лет отмечается рост заболеваемости ЗН следующих локализаций: шейка и тело матки, поджелудочная железа и др., снижение – желудок, прямая кишка и др. (табл.1).

Таблица 1

Заболеваемость злокачественными новообразованиями основных локализаций населения Новгородской области в 2008-2012 гг. («грубые» показатели, на 100 тыс. населения)

Локализация	2008г.	2009г.	2010г.	2011г.	2012г.
желудок	42,36	49,59	40,12	38,65	38,07
ободочная кишка	28,65	30,93	31,69	26,14	24,85
прямая кишка	24,03	23,01	22,01	21,23	21,35
поджелудочная железа	10,47	10,57	13,11	12,83	11,63
трахея, бронхи, легкое	49,75	48,34	51,20	51,80	42,05
молочная железа*	79,40	83,76	83,01	84,81	81,25
шейка матки*	22,76	23,25	24,48	25,01	25,73
тело матки*	29,71	28,86	27,58	28,17	31,81
яичники*	17,49	21,29	23,64	18,97	22,26
предстательная железа**	45,67	57,97	34,71	38,11	41,86
почка	15,25	16,48	12,96	17,74	16,25
мочевой пузырь	10,47	13,83	13,11	12,67	11,31
щитовидная железа	13,71	13,99	9,37	10,61	10,99

*- на женское население, ** - на мужское население

Смертность от злокачественных новообразований. В 2012г. злокачественные новообразования явились причиной смерти 1344 человек. Показатель на 100 тыс. нас. составил 214,41 (2011г. – 224,3). Соотношение показателя заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований составило 2,02 (2011г. – 1,9).

Соотношение умерших к числу больных взятых на учет с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования (индекс «тяжести болезни») составил 0,57 (2011г. - 0,59).

Стандартизованные показатели смертности (с поправкой на постарение населения области) свидетельствуют об устойчивой тенденции снижения смертности от злокачественных новообразований как среди населения в целом (оба пола) (142,85 в 2000г.; 114,56 в 2012г.), так – мужчин и женщин (рис.6, рис. 7; рис.8).

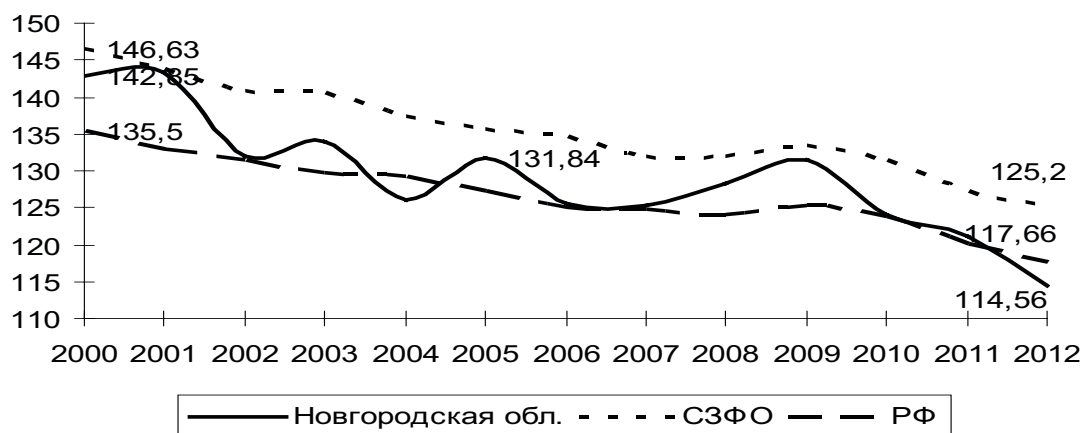


Рис 6. Смертность от злокачественных новообразований (стандартизованные показатели на 100 тыс. нас., 2000-2012)

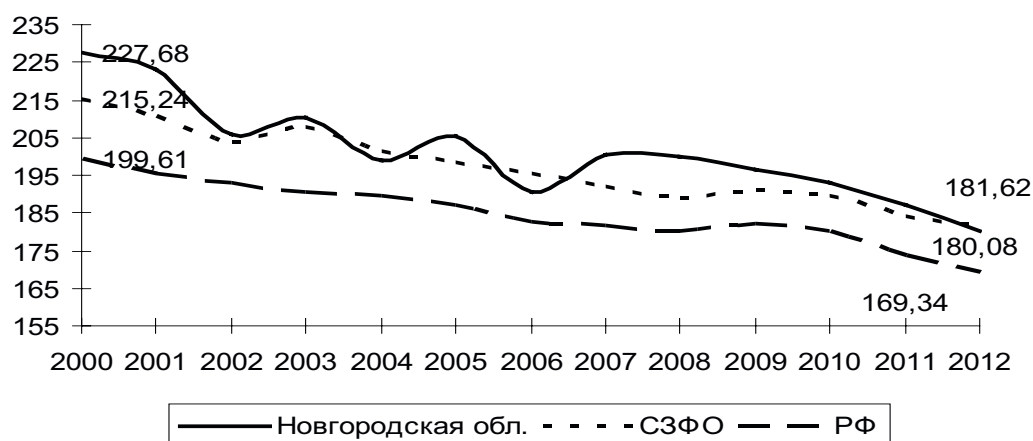


Рис 7. Смертность от злокачественных новообразований мужского населения (стандартизованные показатели, на 100 тыс. нас., 2000-2012)

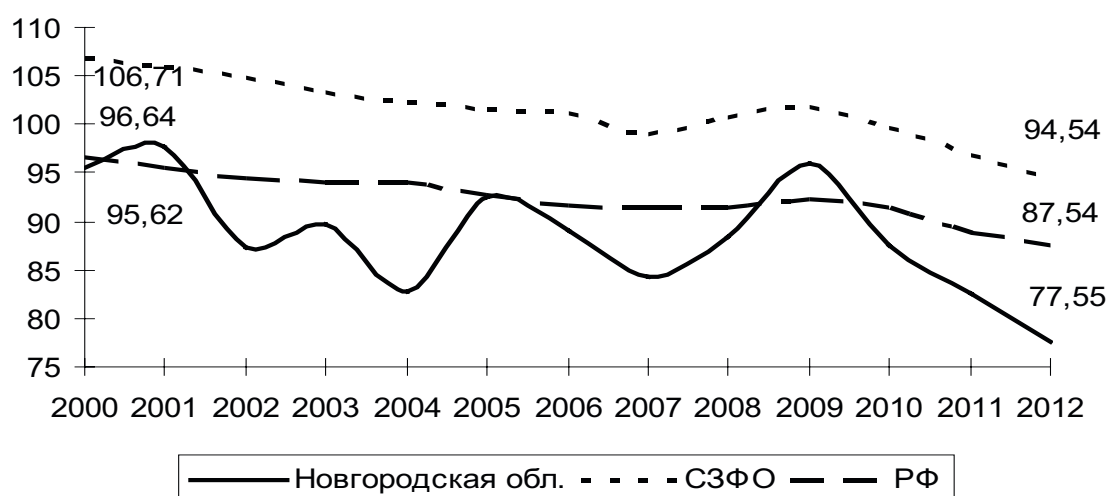


Рис 8. Смертность от злокачественных новообразований женского населения (стандартизованные показатели на 100 тыс. нас., 2000-2012)

Значительных изменений в структуре смертности населения от злокачественных новообразований за период 2000-2012гг. не произошло. Лидирующие позиции остаются за злокачественными новообразованиями легких, желудка, молочной железы и колоректальным раком. Вместе с тем если доля рака желудка уменьшилась с 18,4% до 14,0%, то доля рака молочной железы и колоректального рака несколько увеличилась (с 6,8% до 7,2% и с 11,8% до 12,8% соответственно).

Лидирующие позиции в структуре смертности от злокачественных новообразований мужского населения занимают: рак легких, желудка, толстой кишки, предстательной железы и поджелудочной железы.

Изменения в структуре смертности от злокачественных новообразований мужчин с 2000г. связаны со снижением доли рака желудка (с 18,3% до 14,8%) и увеличением доли рак толстого кишечника (с 8,5% до 10,2%).

У женщин рак молочной железы долгие годы является основной причиной смерти от злокачественных новообразований (16,1%), затем следуют злокачественные новообразования желудка (12,2%), ободочной (10,1%) и прямой (7,3%) кишки и яичников (5,6%). Однако если рак ободочной и прямой кишки рассматривать как колоректальный рак, то последний как причина смерти выходит на первое место среди причин смерти от злокачественных новообразований у женщин (17,4%).

За период с 2000г. значительно уменьшился показатель смертности женского населения от рака желудка (с 47,56 до 28,99 на 100 тыс. нас.), несколько меньше – от рака легких (с 46,32 до 39,03), от рака молочной железы (с 31,98 до 26,89). Смертность от рака яичников, шейки матки и колоректального рака не имеет достоверно значимой тенденции к снижению.

Контингенты больных злокачественными новообразованиями. На конец отчетного 2012г. контингенты больных со ЗН, состоящих на учете, составили 14835 человек, т.е. 2,4% населения области (рис9).

На 100 тысяч населения области приходится 2350 онкологических больных (показатель распространенности), т.е. практически один больной на каждые 40 жителей области.

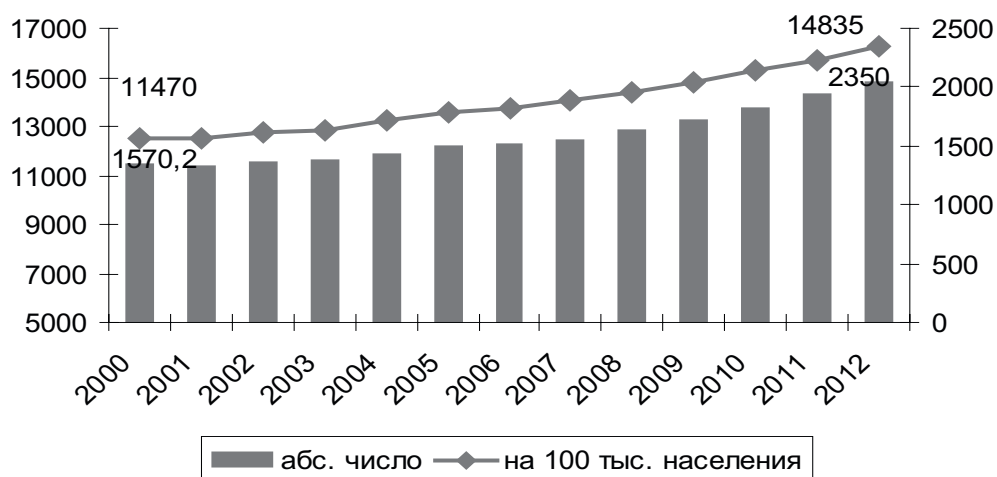


Рис. 9 Контингенты больных злокачественными новообразованиями

За период 2000-2012годы доля больных злокачественными новообразованиями, состоящих на учете 5 лет и более из числа состоящих на конец отчетного года увеличилась на 2,8% и составила в 2012 году 49,1% (рис. 10).

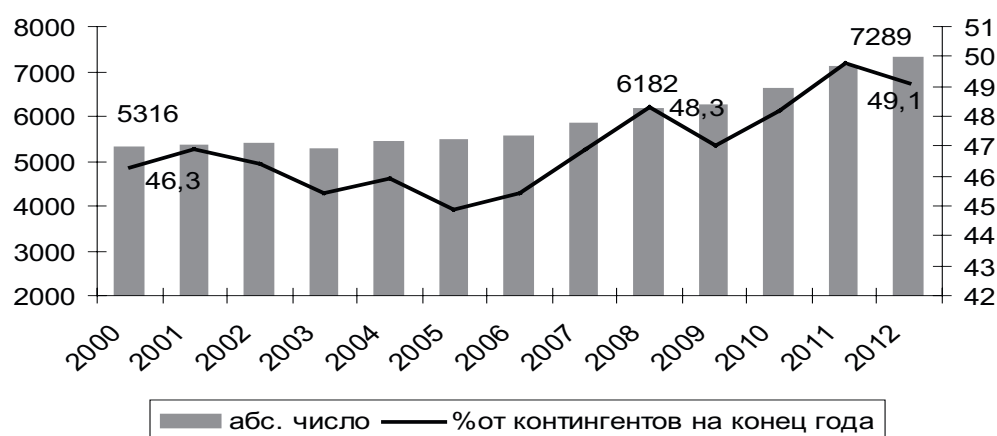


Рис.10 Контингенты больных злокачественными новообразованиями состоящих на учете 5 лет и более

Клиническая деятельность. В ГОБУЗ «Областной клинический онкологический диспансер» онкологическим больным оказывается амбулаторная лечебно-диагностическая помощь, стационарно - хирургическая (за исключением ЛОР, нейрохирургической и пульмонологической) и химиотерапевтическая, с декабря 2012г. – паллиативная.

Специализированное лечение в стационаре ежегодно получают около 6000 больных (функция койки 325-340, оперативная активность более 80%), в ДС – более 1300. Число посещений врачей консультативной поликлиники в год превышает 70 тысяч.

Лучевая терапия больным со злокачественными новообразованиями в настоящее время проводится в Боровичской ЦРБ Новгородской области, расположенной на расстоянии 180 км от областного центра, на оборудовании с превышением сроков амортизации в четыре раза от нормативного.

Как результат – удельный вес лучевого и химио-лучевого методов лечения опухолей в области значительно ниже, чем в РФ (около 10% и 2% соответственно). Среди основных видов лечения преобладает хирургический, который в 2012 году составил 64,3% (рис.11)

В 2012г. из больных, взятых на учет с диагнозом злокачественного новообразования, получили специальное противоопухолевое лечение по радикальной программе 1144 человека или 47,8%.

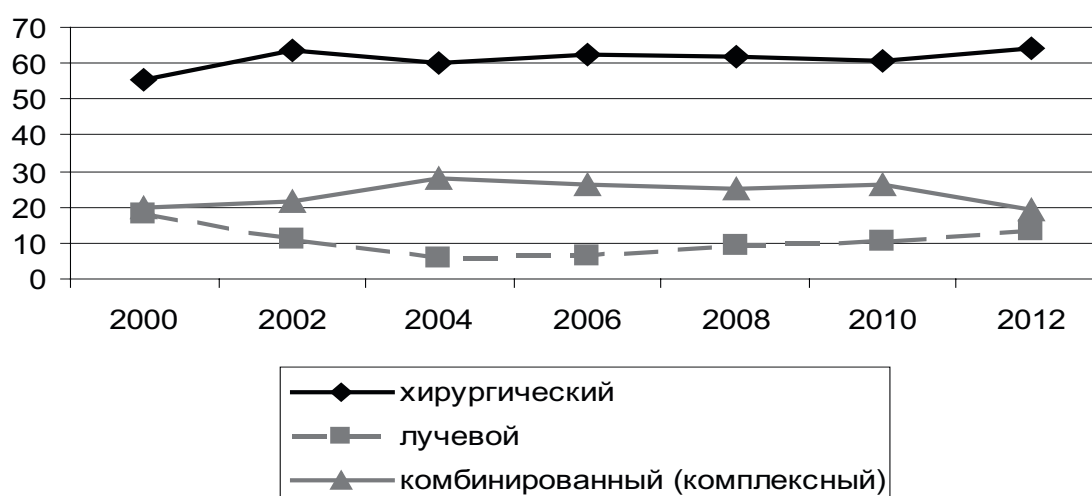


Рис. 11 Удельный вес видов лечения злокачественных новообразований (%)

Помимо строительства и материально-технического оснащения онкологического диспансера, выстраивалась схема взаимодействия с лечебными учреждениями. Первичным звеном в организации противораковых программ являются онкологические и смотровые кабинеты, ФАПы. Городские поликлиники и женские консультации на территории обслуживания должны быть первыми организаторами профилактических осмотров. Процесс диспансеризации и выявления онкологических заболеваний должны носить системный характер с участием онколога.

В настоящее время структура онкологической службы Новгородской области представлена тремя уровнями.

На 1-ом уровне оказывается доврачебная и первая врачебная медицинская помощь, а также осуществляется организация противораковых мероприятий (ФАПы, ЦОВП, женские консультации, смотровые кабинеты, диагностические центры).

На 2-ом – квалифицированная онкологическая помощь, мониторинг, организация противораковых мероприятий (стационарные отделения и первичные онкологические кабинеты центральных районных больниц).

На 3-ем – специализированная онкологическая помощь, мониторинг, углубленная диагностика групп онкологического риска (Новгородская областная клиническая больница, Новгородская областная детская больница, радиологическое отделение Боровичской ЦРБ, Областной клинический онкологический диспансер).

К сожалению, лишь несколько первичных онкологических кабинетов укомплектованы врачами-онкологами, в остальных работают врачи-совместители, прошедшие краткосрочную подготовку по основам онкологии. Специальную подготовку прошли и сотрудники более 80 ФАПов и смотровых кабинетов. Однако важной проблемой остается отсутствие финансирования профилактических программ среднего звена со стороны ОМС. Функционирование смотровых кабинетов за счет внутренних резервов ЛПУ ведет к сокращению их работы, закрытию и как следствие увеличение заболеваемости раком визуальных локализаций.

Имеющейся аппаратурой, с 2008 года нам удалось провести более 40 тысяч маммографических исследований, преимущественно мобильным и стационарным

цифровыми маммографами онкодиспансера. За этот период удельный вес больных раком молочной железы, выявленных при скрининге, возрос с 7,9% до 10,6%, в т.ч. в 67% в 0-II стадии заболевания. Непальпируемые формы рака молочной железы диагностированы более, чем у 30% больных. Естественно, в условиях реформ здравоохранения это недостаточно

Даже самые высокие технологии без творческого их использования будут мало перспективны. В каждом случае выявления очаговых образований молочной железы требуется морфологическое установление природы образования и его удаление. Разработанный нами метод криолампэктомии, обеспечивает цельное удаление патологического очага в виде «ледяного шарика», прочно фиксирующегося к криозонду (патент № 2394521 от 20 июля 2010 г.), тогда как вакуумным аппаратом компании SenoRx биопсия выполняется фракционно, что ведет к нарушению абластики. Криомаммотом изготавливает медицинская фирма «ППП», Казань. Криолампэктомия позволяет удалять мультицентричные опухоли из одного небольшого доступа.

Благодаря раннему выявлению рака молочной железы при маммографии стало возможным выполнение органосохраняющих резекций молочной железы и все виды реконструктивно-пластических операций.

Разработан новый оригинальный метод формирования молочной железы по типу «сендвича» с хорошим косметическим эффектом и сокращением сроков лимфореи (положительное решение на выдачу патента от 17.06.13 г.).



Фото 4. Этапы криолампэктомии

В настоящее время областной клинический онкологический диспансер располагает опытом органосохраняющих и реконструктивных операций на молочной железе с безрецидивной 5-летней выживаемостью более, чем у 800 больных раком молочной железы.

Медицинские кадры. Важнейшим достижением вновь строящегося диспансера являются кадры. С самого начала была сделана ставка на молодых, их подготовку, ввод в практику новых технологий и их освоение.

За последние 10 лет подготовлено более 30 клинических ординаторов, более половины из которых уже имеют высшие и первые категории, занимаются научной работой.

Всего в областном клиническом онкологическом диспансере трудится 60 врачей, из них 25 врачей имеют высшую квалификационную категорию. В коллективе диспансера работают 7 врачей, защитивших кандидатские диссертации и 1 доктор медицинских наук, 3 врача имеют звание «Заслуженный врач России», 6 – «Отличник здравоохранения».

За последние три года защищено 4 кандидатских диссертации, готовится к защите – 1.

Сотрудники онкологического диспансера являются авторами 14 патентов на изобретения, более 10 методических рекомендаций по профилактике и скринингу, «календарей женского и семейного здоровья», организации работы смотрового кабинета и др.



Фото 5. Руководители отделений и подразделений областного онкологического диспансера:

В первом ряду (слева направо) Александров А.С.- зав лабораторией молекулярной онкологии, врач высшей категории; Варнавская Т.Н.- зав. биохимической лабораторией, Заслуженный врач РФ; Мариева Т.В.-зав отделением функциональной диагностики; Тверезовская И.А.- зав химиотерапевтическим отделением,

врач высшей категории; **Ячная А.Ю.**- зав абдоминальным отделением; **Поплевка В.В** – зав отделением ультразвуковой диагностики.; **Иванченко О.Г.**- зав.цитологической лабораторией, врач высшей категории; **Шпенкова А.А.**- зав онкогинекологическим отделением, врач высшей категории, к.м.н..

Во втором ряду (слева направо): **Пертин С.С.**- зав. поликлиническим отделением, врач высшей категории; **Тверезовский С.А.**- зав.онкомамологическим отделением, врач высшей категории; **Плаксин Н.Б.**- зав реанимационно-операционным блоком; **Антипова С.Ю.**- и.о. отделения рентгено-лучевой диагностики; **Иванченко В.В.**- зам глав врача по лечебной работе, врач высшей категории, «Отличник здравоохранения»; **Черенков В.Г.**- руководитель отдела инноваций, по научной и консультативной работе, зав курсом онкологии ИМО НовГУ им. Ярослава Мудрого, д.м.н., профессор; **Петров А.Б.**- главный врач НОКОД, врач высшей категории, «Отличник здравоохранения»; **Чистякова Т.В.**- зам глав. врача по организационно-методической работе, врач высшей категории, Заслуженный врач РФ, к.м.н.; **Загайко В.П.**- зав. урологическим отделением; **Екимов Ю.Н.**- зав. эндоскопическим отделением, врач высшей категории; **Рощин С.Н.**- и.о.зав. патогистологическим отделением, к.м.н.; **Мергенов М.М.**- зав абдоминальным отделением, врач высшей категории, к.м.н.

Территориальный раковый регистр.

С 2002 года в регионе функционирует популяционный раковый регистр, в котором имеется более 40 тысяч наблюдений. База данных ракового регистра охватывает период с 2000 по 2012 год.

Согласно приказа МЗ РФ от 19.04.1999 г. № 135 «О совершенствовании системы государственного ракового регистра», с целью уточнения числа умерших от злокачественных новообразований в массиве населения области, для регистрации больных со злокачественными новообразованиями, диагноз которым был установлен посмертно, для уточнения причин смерти больных, состоящих на диспансерном учете в областном онкологическом диспансере, в целях полноты учета больных со злокачественными новообразованиями, диспансер был обязан сверять имеющиеся данные случаев заболевания злокачественными новообразованиями и смерти от них с дубликатами актов свидетельств о смерти в территориальных отделениях Госкомстата («Новгородстат»).

До августа месяца 2011года был разрешен допуск работников организационно-методического отдела областного онкологического диспансера к имеющейся в «Новгородстате» информации об умерших онкологических больных.

В настоящее время необходимая персонифицированная информация в «Новгородстате» отсутствует. Эти данные можно получить лишь в отделах ЗАГС городов и районов области.

Однако, отделы записи актов гражданского состояния на основании ст.7 Федерального закона от 27.07.2006г. «О персональных данных», не могут предоставлять информацию, необходимую для формирования государственных годовых статистических отчетов по ф.№7 «Отчет о заболеваниях злокачественными ново-

образованиями» и ф.№35 «Отчет о больных злокачественными новообразованиями» (Приказ Федеральной службы государственной статистики от 29.12.2011г. №520 «Об утверждении статистического инструментария для организации Минздрава России федерального статистического наблюдения за деятельностью учреждений системы здравоохранения»).

В результате за последние три года не произведена сверка умерших онкологических больных Новгородской области в соответствии с Инструкцией МЗ РФ.

В связи с отсутствием возможности проводить персонифицированную сверку умерших появляются увеличивающиеся сведения, отражающие число больных, умерших в предыдущие годы и не снятых вовремя с учета.

Отсутствие сведений об онкологических больных отрицательно сказывается и на качестве основных показателей онкологической службы области, которые, кроме того, являются и целевыми индикаторами Программы Модернизации здравоохранения, контролируемые МЗ РФ, а также Долгосрочной областной целевой программы «Совершенствование медицинской помощи населению Новгородской области при онкологических заболеваниях».

Вот перечень этих показателей: заболеваемость злокачественными новообразованиями и смертность от них, одногодичная летальность, онкологическая запущенность, выживаемость 5 лет и более, численность контингентов онкологических больных и распространенность злокачественных новообразований на территории области.

Не ведется расчет показателей наблюдаемой и относительной выживаемости онкологических больных.

Кроме того, формируемые сведения в ежегодные государственные отчетные формы №7 «Сведения о заболеваниях злокачественными новообразованиями» и №35 «Сведения о больных злокачественными новообразованиями» по Новгородской области без уточнения данных являются не достоверными.

Таким образом, соблюдение органами «Новгородстата» и ЗАГС требований Федерального закона о персональных данных значительно усложняет работу по повышению качества статистической информации в онкологии.

В целом онкологическая ситуация в Новгородской области характеризуется следующими данными:

- при увеличивающейся заболеваемости злокачественными новообразованиями отмечается тенденция к снижению смертности от злокачественных новообразований;
- абсолютное число умерших от злокачественных новообразований ежегодно уменьшается; уменьшается индекс соотношения смертности от злокачественных новообразований к заболеваемости злокачественными новообразованиями;
- в практически не меняющейся за последние 10 -12 лет структуре смертности от злокачественных новообразований преобладают опухоли легких, желудка, молочной железы, толстого кишечника, женских половых органов;
- смертность от злокачественных новообразований мужчин более чем в 2 раза превышает смертность женщин;

- каждый четвертый больной, умерший от злокачественного новообразования, находился в трудоспособном возрасте;
- в 10% случаев диагноз злокачественного новообразования установлен посмертно;
- основной причиной смерти от злокачественного новообразования является запущенность и/или прогрессирование опухолевого процесса.

Перспективы онкологической службы Новгородской области связаны с реализацией долгосрочной областной целевой программы «Совершенствование медицинской помощи населению при онкологических заболеваниях на 2013-2015 годы», предусматривающей снижение смертности и увеличение продолжительности жизни онкологических больных на основе совершенствования мероприятий по медицинской профилактике, ранней диагностике, высоких технологий в диагностике и лечении злокачественных новообразований.

Программой предусмотрены следующие мероприятия:

- введение в строй радиологического корпуса;
- подготовка медицинских кадров;
- эксплуатация всех компонентов оборудования для диагностики, планирования и лучевой терапии злокачественных новообразований;
- реализация порядка оказания медицинской помощи онкологическим больным в Новгородской области в соответствии с современными стандартами;
- расширение объема видеолапароскопических и реконструктивно-пластических операций, внедрение микрохирургической техники;
- модернизация и переоснащение аналоговых маммографов в районах области на цифровые;
- обеспечение единого информационного поля с организациями здравоохранения области, обратной связью и компьютерной записью пациентов;
- совершенствование деятельности первичного звена здравоохранения по раннему выявлению злокачественных новообразований;
- поэтапное снижение смертности и поэтапное улучшение индикаторов качества онкологической помощи.

ПСКОВСКАЯ ОБЛАСТЬ



РАЗДЕЛ XIII

ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА ПСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Т.М. Боровцова, В.Н. Шипаев

ГБУЗ Псковской области «Псковский онкологический диспансер»

Г. Псков, ул. Профсоюзная, д.10

Тел. (8112) 72-81-86; 75-75-66

Эл. почта: psonko@mail.ru

SECTION XIII

Organization of cancer care to the population of Pskov region

T.M. Borovtsova, V.N. Shipaev

Общегосударственная система противораковой борьбы стала формироваться в начале прошлого века.

Онкологическая служба Псковской области, как и многих территорий страны, начала формироваться уже после окончания ВОВ, после выхода Постановления Совета Народных Комиссаров СССР №935 от 30 апреля 1945 года «О мероприятиях по улучшению онкологической помощи населению».

Онкологическая служба Псковской области свое летоисчисление ведет с 1 апреля 1946 года, когда по решению Псковского городского Совета депутатов трудящихся для своевременного распознавания злокачественных заболеваний и оказания квалифицированной медицинской помощи населению был открыт в г. Пскове городской онкологический пункт.

Формирование материально технической базы осуществлялось не просто. В послевоенные годы (город был значительно разрушен), помещений не хватало, поэтому только в 1955 году онкологический диспансер получил небольшое помещение, в 1959 году онкодиспансеру передают

The national anti-cancer defense system began to form at the beginning of the last century.

The oncology service of Pskov region, as well as many other regions of the country, began to emerge after the end of the Second World War, after the issue of the Decree of the Council of People's Commissars of the USSR № 935 dated 30 April 1945 «Recommendations on how to improve the quality of cancer care to population».

The oncology service of Pskov region was organized on April 1, 1946, when municipal oncology unit in Pskov was opened according to the resolution of the Pskov City Council of Working People's Deputies for the early detection of malignant diseases and qualified medical care.

It wasn't easy to form material and technical base. In the postwar years (the city was significantly destroyed), there were not enough buildings, that's why only in 1955 oncology dispensary received a small building, a two-storey building was made a property over

двухэтажное здание, а в 1970 году передают второе здание по улице Профсоюзная 10, где до сих пор размещается областной онкологический диспансер. В 2004-2005г.г. построен каньон под линейный ускоритель.

Материально-техническая база все годы является самым слабым звеном и основным сдерживающим фактором развития онкологической службы области.

С начала 50-х годов началось интенсивное оснащение онкологических учреждений рентгенотерапевтической аппаратурой и радиоактивными препаратами, средствами для лекарственного лечения, а также подготовку врачей-онкологов.

С ликвидацией Великолукской области Великолукский областной онкологический диспансер с 1957г. отходит к Псковской области, носит статус межрайонного. В нем получают специализированную помощь жители г. Великие Луки и 9 районов южной зоны области.

В 2012году произошло слияние Псковского и Великолукского диспансеров в один с филиалом в г. В.Луки общей мощностью стационар 129 коек онкологических и 70 коек радиологических; 57 койко-мест дневного стационара и две поликлиники общей мощностью 170 посещений в смену.

В 1993году в г. Пскове открыт хоспис на 35 коек для тяжелых инкурабельных больных. Является самостоятельным учреждением.

Областной онкологический диспансер сегодня является специализированным лечебным учреждением, где осуществляется помощь больным злокачественными и доброкачественными новообразованиями основных локализаций. В круглосуточном стационаре получают лечение 6800 больных в год, в дневном стационаре

to oncology dispensary in 1959, and the second building situated in 10, Profsoyuznaya str. was made a property over to the dispensary in 1970, where regional oncology dispensary is located till now. In 2004-2005 a canyon was constructed under a linear accelerator.

Material and technical base is the weakest component during all the years and the main constraining factor to the development of the regional oncology service.

Since the early 1950s new equipment was supplied to cancer care facilities such as X-ray units and radioactive preparations, medication, as well as training of oncologists.

After the liquidation of Velikoluksky region, Velikoluksky Regional Oncology dispensary was joined to Pskov region in 1957; it has the status of inter-district. Residents of Velikiye Luki get specialized help in it as well as 9 districts of the southern zone of the region.

In 2012 there was a merger of Pskov and Velikoluksky dispensaries in one with a branch in the city of Velikiye Luki. Total capacity is 129 oncology beds and 70 radiological beds; 57 beds in a day patient department and two outpatient hospitals with a total capacity of 170 visits per shift.

In 1993 in the city of Pskov a hospice for incurable patients was opened with 35 beds. It's an independent institution.

Regional oncology dispensary is currently a specialized medical institution where the patients with malignant and benign tumours of major localizations are cured. In in-patient department the treatment is received by 6800 patients per year, in a day patient department -

– 1800. В консультативную поликлинику выполнено более 51 тыс. посещений.

Ежегодно выполняется около двух тысяч хирургических операций различной степени сложности, внедряются органосохраняющие операции, с одномоментной пластикой эндопротезами молочной железы. Широко применяются комбинированные, комплексные, сочетанные методы лечения.

В штате диспансера сегодня 479,75 должностей медицинского и прочего персонала, трудится 244 человек. 77,5% врачей и 81,5% медсестер имеют квалификационные категории (причем 60% имеют высшую квалификационную категорию).

В Псковской области на протяжении многих лет сохраняется высокая заболеваемость ЗНО и смертность от них. По уровню заболеваемости и смертности область лидирует в СФО и находится в первой десятке по РФ. Особую тревогу вызывает запущенность ЗНО, более чем у 26% больных диагноз устанавливается в поздней стадии.

Население области старше трудоспособного возраста составляет 25,2%. Средний возраст жителей области – 41 год.

На I месте в Псковской области стоит смертность от болезней системы кровообращения – 61,9%, на II месте – ЗНО – 13,0% всех смертей, на III месте – внешние причины – 9,7%.

На протяжении многих лет диспансер имеет тесные дружественные связи с Санкт-Петербургским институтом онкологии им. Н.Н. Петрова, Московским институтом онкологии им. Герцена, рентгенорадиологическими институтами Москвы, Санкт-Петербурга, Обнинска и РОНЦ им. Н.Н. Блохина.

1800. The outpatient hospital has more than 51 thousand visits.

Annually about two thousand surgeries are performed of different degrees of complexity, conservative surgery is performed with one-stage reconstruction using breast endoprotheses. Combined modality treatment, multimodality therapy and combinative methods of treatment are widely used.

The staff of the dispensary currently consists of 479.75 positions of medical and other staff, 244 people work there. 77.5% of physicians and 81.5% of nurses have the qualification grades (60% of them have the highest qualification grade).

In Pskov region for many years there is a high incidence of malignant tumours and a high mortality rate. The region leads in morbidity and mortality rates in the Northwestern Federal District and it is in the top ten in the Russian Federation. Special concern is the patients with malignant tumours; more than 26% of them are diagnosed with advanced stage cancer.

Population of the region over working age is 25.2%. The average age of the population in the region is 41 years old.

In Pskov region mortality from circulatory system diseases is on the 1st place – 61.9%, on the 2nd place – deaths from malignant neoplasms – 13.0%, on the 3rd place – external causes of death – 9.7%.

For many years the dispensary has ties of friendship with N.N. Petrov Research Institute of Oncology in St. Petersburg, P.A. Herzen Moscow Cancer Research Institute, radiological institutions in Moscow, St. Petersburg, Obninsk and

Это не только практическая помощь в обследовании и лечении онкологических больных жителей нашей области. Наши врачи принимают участие в кооперированных исследованиях, проводимых институтами, в онкологических конференциях и съездах, неоднократно и в г. Пскове на базе онкологического диспансера проводились симпозиумы и конференции онкологов

Приближается юбилейная дата – 70 лет. За это время пройден огромный путь становления и развития, подобран дружный работоспособный коллектив, который успешно справляется с поставленными задачами.

Позади большой путь, отмеченный не только убедительными победами, но и горькими разочарованиями. Мы надеемся, что 70 летний юбилей мы встретим в новых стенах, получено новое диагностическое и радиологическое оборудование, которое позволит более успешно бороться с этим тяжелым недугом.

N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center.

It is not only practical assistance in the examination and treatment of cancer patients that are residents of this region. Doctors participate in cooperative researches conducted by institutions, in cancer conferences and congresses, workshops for oncologists that have been conducted in oncology dispensary in Pskov.

The 70th anniversary date is approaching. During this period of time it was a long process formation and development; hard-working, friendly staff successfully copes with the tasks.

A long way was passed, marked not only with convincing victories, but with bitter disappointments. We hope that the 70th anniversary we will meet in the new building, new diagnostic and radiological equipment has been received that would enable us to help to cancer patients more successfully.



Шипаев Вячеслав Николаевич

18.02.1954 года рождения окончил Калининский государственный медицинский институт в 1977 г. по специальности лечебное дело. С 1978 года после окончания интернатуры по терапии работал в Локнянской центральной районной больнице начиная с должности врача терапевта, затем заведующего терапевтическим отделением, заместителем главного врача, а с 1985 по 2005 годы

работал главным врачом ЦРБ.

За это время зарекомендовал себя хорошим руководителем. Имеет высшую категорию по организации здравоохранения. В 2005 году назначен председателем Государственного комитета Псковской области по здравоохранению и фармации. С мая 2007 года работает в должности главного врача государственного учреж-

дения здравоохранения Псковской области «Псковский областной онкологический диспансер». Много внимания уделяет развитию онкологической службы области, улучшению условий пребывания онкологических больных, приобретению современного оборудования, обеспечению медикаментами и другими средствами медицинского ухода, строительству нового онкологического центра. В 2012г. Псковская область включена в Федеральную национальную программу «Онкология».

Онкологическая служба в Псковской области начала формироваться с 1946г. после открытия в г. Пскове онкологического пункта. Дальнейшее становление шло с большими трудностями из-за отсутствия материально-технической базы. Во время войны город был значительно разрушен, не хватало помещений. Онкологический пункт располагался на базе вендиспансера, в небольшой комнате вели регистрацию больных. Прием проводили в различных местах: хирург – в приемном покое областной больницы, гинеколог – в женской консультации. Рентгеноскопию выполняли в рентгеновском кабинете областной больницы, лабораторные исследования – в городской поликлинике, а гистологические исследования – в Ленинграде. Госпитализировали онкологических больных в соответствующие отделения областной и городской больниц. На лучевое лечение больных направляли в онкологический институт в Ленинград.



Слева направо: Тарасова А.Ю. – зав. рентгенологическим отделением, Кришевич Т.С. – зав. клинко-диагностической лабораторией, Шипаев В.Н. – главный врач ГБУЗ «Псковский областной онкологический диспансер», Сокольникова А.В. – зав. поликлиникой, Боровцова Т.М. – зам. главного врача по ОМР, Колесников С.С. – начмед, Мельниченко Б.В. – зав. хирургическим отделением, Гондович Т.Я. – зав. отделением анестезиологии-реанимации, Крылов С.В. – зав. радиологическим отделением.

В январе 1949г. при областной больнице открывают диспансерное онкологическое отделение. В 1950г. там же выделяют стационар на 20 коек. В 1952 г. диспансерное онкологическое отделение реорганизовано в областной онкологический диспансер 3-й категории. В августе 1955 г. онкодиспансер получил набор радиоактивного кобальта. К этому времени он располагает рентгенотерапевтическим аппаратом РУМ-3 и аппаратом для глубокой рентгенотерапии – РУМ-7. Стационар увеличивают до 30 коек. Хранилища для радиоактивных источников не было. Контейнер с аппликаторами стоял в кабинете хирурга под столом, а больные с источниками излучения лежали в общей палате.

В 1959г. онкологическому диспансеру передают здание бывшего Псково-Печерского подворья (в котором ранее располагался тубдиспансер), где открывают два отделения: хирургическое на 45 коек и радиологическое на 30 коек, пансионат на 12 коек, открывается рентгеновский кабинет.

В 1967 г. получен и установлен гамма-терапевтический аппарат ЛУЧ-1. В том же году онкодиспансеру передают второе здание Псково-Печерского подворья, в котором после капитального ремонта в 1972 г. коечная мощность увеличивается до 100коек (40 хирургических и 60 радиологических).

В 1989г. Псковскому онкодиспансеру передают еще одно небольшое здание, в котором размещается поликлиника на 100 посещений в смену, стационар увеличивается на 20 коек химиотерапевтического профиля.

В 2003году получен линейный ускоритель на 6 МЭВ.

В 1993году в г. Пскове открыт хоспис на 35 коек для тяжелых incurable больных.

С ликвидацией Великолукской области Великолукский областной онкологический диспансер с 1957г. отходит к Псковской области, носит статус межрайонного. В нем получают специализированную помощь жители г. Великие Луки и 9 районов южной зоны области.

Наличие в области двух маломощных учреждений не позволяло рационально использовать всю коечную сеть и диагностическую базу диспансеров. Происходит дублирование служб и технической оснащенности специальным радиологическим оборудованием: рентген ТА – 2аппарата, АГАТ-С – 2, АГАТ-ВУ – 2, АГАТ-Р – 1, линейный ускоритель – 1. Оба диспансера располагаются в мало приспособленных для лечебных учреждений зданиях. Рабочие места не соответствуют санитарным нормам и правилам, отсутствуют лифты для подъема больных, так как оба диспансера размещаются в двухэтажных приспособленных зданиях 19 века постройки.

Замена морально и технически устаревшей радиотерапевтической аппаратуры, топометрической для планирования лучевой терапии требуют отдельных помещений, в то время как архитектурное расположение диспансеров исключает какие-либо пристройки.

Материально-техническая база является самым слабым звеном и основным сдерживающим фактором развития онкологической службы области.

В 2011 году была принята областная долгосрочная целевая программа «Совершенствование оказания медицинской помощи населению Псковской области при

онкологических заболеваниях на 2011 - 2015 годы». По которой администрацией области приобретено здание бывшей железнодорожной больницы, где в настоящее время проводится капитальный ремонт и вновь строится радиологический каньон. В 2012 году Псковская область была включена в Федеральную программу «Онкология», на средства которой приобретено новое радиологическое оборудование, которое монтируется в новом каньоне. Сдача объекта запланирована на 4-й квартал 2014 г.

В 2012 году произошло слияние Псковского и Великолукского диспансеров в один с филиалом в г. В.Луки общей мощностью стационар 129 коек онкологических и 70 коек радиологических; 57 койко-мест дневного стационара и две поликлиники общей мощностью 170 посещений в смену.

В 2013 году учреждение полностью перешло на одноканальную систему финансирования. Фактически все расходы по текущему содержанию в настоящее время финансируются за счет средств территориального фонда ОМС, т.е. включены в структуру тарифа по каждому виду медицинской помощи. Это существенно упорядочило всю финансовую работу в учреждении.

Псковская область сегодня занимает территорию 55,4 тыс.кв.м. Граничит с четырьмя областями (Ленинградская, Смоленская, Тверская, Новгородская) и тремя иностранными государствами (Эстония, Латвия, Белоруссия). Областной центр г. Псков расположен в 280,0 км от Санкт-Петербурга и 690,0 км от Москвы. Протяженность территории области с Северо-Запада на Юго – Восток более 500,0 км.

Численность населения на 01.01.2013 – 661,5тыс. человек, из них городского населения – 464,7 тыс. человек, сельского – 196,7 тыс. человек. Для сельского населения типичен хуторной тип расселения. Псков – 206,1тыс. чел., В.Луки – 97,8 тыс. чел. Районы с численностью населения от 5,4 тыс. чел. до 35 тыс.

Демографическая ситуация в Псковской области характеризуется процессом постоянной убыли населения, ежегодно сокращение численности населения составляет ~ 10тыс. человек.

Смертность в 2 раза превышает рождаемость. Область становится миграционным донором для соседних более благополучных районов. При этом в составе выезжающих преобладает молодежь, и женщины репродуктивного возраста. Население старше трудоспособного возраста составляет 25,2%. Средний возраст жителей области – 41 год.

На I месте в Псковской области стоит смертность от болезней системы кровообращения - 61,9%, на II месте – ЗНО – 13,0% всех смертей, на III месте – внешние причины – 9,7%.

Динамика основных показателей деятельности онкологической службы.

Динамика абсолютных чисел случаев злокачественных новообразований,

Злокачественное новообразование	Код МКБ-10	2001	2002	2003	2004
Всего	С 00-97	2667	2710	2576	2701
Губы	С 00	26	20	18	15
Языка	С 01,02	18	13	12	14
Большие слюнные железы	С 07,08	10	6	7	6
Другие и неуточненные части полости рта	С 03-06, 09, 46,2	22	30	27	35
Ротоглотки	С 10	3	5	6	7
Носоглотки	С11	5	3	3	3
Гортаноглотки	С 12,13	4	3	1	5
Пищевода	С 15	39	52	39	48
Желудка	С 16	305	359	307	299
Тонкого кишечника*	С17	-	-	-	-
Ободочной кишки	С 18	111	132	92	144
Прямой кишки, ректосигмоидного отдела, ануса	С 19-21	172	165	164	173
Печени	С 22	48	38	23	50
Желчного пузыря	С 23,24	15	17	16	15
Поджелудочной железы	С 25	101	91	74	91
Полости носа, прид. пазухи	С 30,31	5	5	9	4
Гортани	С 32	59	53	63	63
Трахеи, бронхов, легких	С 33,34	363	379	330	335
Костей и суставных хрящей	С 40,41	12	11	6	10
Меланомы кожи	С 43	47	40	53	46
Др. новообразований кожи	С 44, 46.0	356	290	323	328
Соединительной и др. мягких тканей	С 46.1,3,7-9;47;49	11	26	28	24
Молочной железы	С 50	264	257	262	238
Вульвы*	С 51	-	-	-	-
Влагалища*	С 52	-	-	-	-
Шейки матки	С 53	134	122	131	139
Тела матки	С 54	89	85	103	89
Яичника	С 56	51	59	61	64
Плаценты	С 58	0	0	0	0
Полового члена	С 60	1	5	2	3
Предстательной железы	С 61	53	57	50	60
Яичка	С 62	4	7	9	3
Почки	С 64	72	80	61	87
Мочевого пузыря	С 67	44	69	59	56
Глаза*	С 69	-	-	-	-
Головного мозга	С 70-72	25	21	21	26
Щитовидной железы	С 73	32	48	27	31
Лимфат. и кроветворной ткани	С 81-96	88	84	100	98
СЗФО	С 00-97	46347	46316	45972	47414
Россия	С 00-97	451299	453256	455375	468029

*Локализации злокачественных новообразований, включенные в государственную отчетность

учтенных в Псковской области.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
	2593	2623	2737	2557	2635	2703	2861	2945
	26	28	11	18	9	13	18	18
	8	14	15	9	22	20	22	11
	8	8	4	6	3	5	4	8
	20	16	28	27	36	24	26	30
	8	4	11	5	5	10	7	9
	2	7	0	5	3	2	2	1
	3	2	1	1	2	1	5	3
	37	31	24	40	41	40	54	49
	274	283	285	279	264	254	240	227
	-	-	-	-	-	-	10	6
	109	148	110	146	127	131	133	150
	130	174	148	113	150	143	165	194
	47	42	51	32	41	37	44	50
	15	14	19	15	12	17	14	10
	84	70	100	84	78	75	94	89
	5	8	1	2	4	6	5	6
	51	54	58	56	60	40	47	55
	324	306	311	317	291	310	292	281
	22	9	17	14	11	6	15	13
	47	37	53	51	39	45	48	50
	329	334	339	319	341	406	445	465
	23	18	15	23	17	19	23	20
	260	265	298	237	270	299	272	296
	-	-	-	-	-	-	7	7
	-	-	-	-	-	-	2	3
	125	122	127	89	121	125	153	131
	95	110	113	111	107	120	126	122
	76	79	63	68	68	72	64	85
	1	0	0	1	0	1	1	0
	2	3	6	3	2	3	5	0
	71	84	94	90	107	84	124	124
	4	2	8	3	2	11	6	10
	81	83	106	94	102	81	78	104
	67	60	80	72	63	59	67	58
	-	-	-	-	-	-	1	1
	22	13	26	40	37	30	36	47
	22	20	40	22	29	22	36	40
	97	108	98	100	91	101	101	118
	47689	47308	47806	47580	49616	50746	51579	52153
	469195	475432	485387	490734	504975	516874	522410	525931

(ф. №7) с 2011 года.

**Динамика «грубых» показателей онкологической заболеваемости населения
Псковской области (на 100 000). Оба пола.**

Злокачественное новообразование	Код МКБ-10	2001	2002	2003	2004
Всего	С 00-97	340,30	350,82	342,17	363,95
Губы	С 00	3,32	2,59	2,39	2,02
Языка	С 01,02	2,30	1,68	1,59	1,89
Большие слюнные железы	С 07,08	1,28	0,78	0,93	0,81
Другие и неуточненные части полости рта	С 03-06, 09, 46,2	2,81	3,88	3,59	4,72
Ротоглотки	С 10	0,38	0,65	0,80	0,94
Носоглотки	С11	0,64	0,39	0,40	0,40
Гортаноглотки	С 12,13	0,51	0,39	0,13	0,67
Пищевода	С 15	4,98	6,73	5,18	6,47
Желудка	С 16	38,92	46,47	40,78	40,29
Тонкого кишечника*	С17	-	-	-	-
Ободочной кишки	С 18	14,16	17,09	12,22	19,40
Прямой кишки, ректосигмоидного отдела, ануса	С 19-21	21,95	21,36	21,78	23,31
Печени	С 22	6,12	4,92	3,06	6,74
Желчного пузыря	С 23,24	1,91	2,20	2,13	2,02
Поджелудочной железы	С 25	12,89	11,78	9,83	12,26
Полости носа, прид. пазухи	С 30,31	0,64	0,65	1,20	0,54
Гортани	С 32	7,53	6,86	8,37	8,49
Трахеи, бронхов, легких	С 33,34	46,32	49,06	43,83	45,14
Костей и суставных хрящей	С 40,41	1,53	1,42	0,80	1,35
Меланомы кожи	С 43	6,00	5,18	7,04	6,20
Др. новообразований кожи	С 44, 46.0	45,42	37,54	42,90	44,20
Соединительной и др. мягких тканей	С 46.1,3,7-9;47;49	1,40	3,37	3,72	3,23
Молочной железы	С 50	62,44	61,57	64,08	58,94
Вульвы*	С 51	-	-	-	-
Влагалища*	С 52	-	-	-	-
Шейки матки	С 53	31,69	29,23	32,04	34,43
Тела матки	С 54	21,05	20,36	25,19	22,04
Яичника	С 56	12,06	14,14	14,92	15,85
Плаценты	С 58	0	0	0	0
Полового члена	С 60	0,28	1,41	0,58	0,89
Предстательной железы	С 61	14,68	16,05	14,54	17,73
Яичка	С 62	1,11	1,97	2,62	0,89
Почки	С 64	9,19	10,36	8,10	11,72
Мочевого пузыря	С 67	5,61	8,93	7,84	7,55
Глаза*	С 69	-	-	-	-
Головного мозга	С 70-72	3,19	2,72	2,79	3,50
Щитовидной железы	С 73	4,08	6,21	3,59	4,18
Лимфат. и кроветворной ткани	С 81-96	11,23	10,87	13,28	13,21
СЗФО	С 00-97	-	-	-	-
Россия	С 00-97	313,90	317,18	317,44	328,00

*Локализации злокачественных новообразований, включенные в государственную отчетность

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
	354,88	364,82	385,85	364,85	380,52	392,56	427,59	443,40
	3,56	3,89	1,55	2,57	1,30	1,89	2,69	2,71
	1,09	1,95	2,11	1,28	3,18	2,90	3,29	1,66
	1,09	1,11	0,56	0,86	0,43	0,73	0,60	1,20
	2,74	2,23	3,95	3,85	5,20	3,49	3,89	4,52
	1,09	0,56	1,55	0,71	0,72	1,45	1,05	1,36
	0,27	0,97	0	0,71	0,43	0,29	0,30	0,15
	0,41	0,28	0,14	0,14	0,29	0,15	0,75	0,45
	5,06	4,31	3,38	5,71	5,92	5,81	8,07	7,38
	37,50	3936	40,18	39,81	38,12	36,89	35,87	34,18
	-	-	-	-	-	-	1,49	0,90
	14,92	20,58	15,51	20,83	18,34	19,03	19,88	22,58
	17,79	24,20	20,86	16,12	21,66	20,77	24,66	29,21
	6,43	5,84	7,19	4,57	5,92	5,37	6,58	7,53
	2,05	1,95	2,68	2,14	1,73	2,47	2,09	1,51
	11,50	9,74	14,10	11,99	11,26	10,89	14,05	13,40
	0,68	1,11	0,14	0,29	0,58	0,87	0,75	0,90
	6,98	7,51	8,18	7,99	8,66	5,81	7,02	8,28
	44,34	42,56	43,84	45,23	42,02	45,02	43,64	42,31
	3,01	1,25	2,40	2,00	1,59	0,87	2,24	1,96
	6,43	5,15	7,47	7,28	5,63	6,54	7,17	7,53
	45,03	46,45	47,79	45,52	49,24	58,96	66,51	70,01
	3,15	2,50	2,11	3,28	2,45	2,76	3,44	3,01
	65,27	67,49	76,87	61,83	71,23	79,31	40,65	44,57
	-	-	-	-	-	-	1,93	1,95
	-	-	-	-	-	-	0,55	0,84
	31,38	31,07	32,76	23,22	31,92	33,16	42,24	36,47
	23,85	28,01	29,15	28,96	28,23	31,83	34,79	33,97
	19,08	20,12	16,25	17,74	17,94	19,10	17,67	23,67
	0,25	0	0	0,26	0	0,27	0,28	0,00
	0,60	0,92	1,87	0,94	0,64	0,96	1,63	0,00
	21,36	25,74	29,22	28,34	34,14	26,96	40,40	40,65
	1,20	0,61	2,49	0,94	0,64	3,53	1,96	3,28
	11,09	11,54	14,94	13,41	14,73	11,76	11,66	15,66
	9,17	8,35	11,28	10,27	9,10	8,57	10,01	8,73
	-	-	-	-	-	-	0,15	0,15
	3,01	1,81	3,67	5,71	5,34	4,36	5,38	7,08
	3,01	2,78	5,64	3,14	4,19	3,20	5,38	6,02
	13,28	15,53	13,82	14,27	13,14	14,67	15,09	17,77
	-	-	-	352,92	368,90	377,66	378,06	381,02
	330,51	333,67	341,55	345,69	355,84	364,22	365,42	367,29

(ф. №7) с 2011 года.

**Динамика стандартизованных показателей онкологической заболеваемости населения
Псковской области (на 100 000). Оба пола**

Злокачественное новообразование	Код МКБ-10	2001	2002	2003	2004
Всего	C 00-97	211,20	215,93	205,78	215,34
Губы	C 00	1,75	1,35	1,32	1,09
Языка	C 01,02	1,55	1,15	1,06	1,18
Большие слюнные железы	C 07,08	0,83	0,40	0,65	0,40
Другие и неуточненные части полости рта	C 03-06, 09, 46,2	2,08	2,59	2,37	3,09
Ротоглотки	C 10	0,17	0,38	0,56	0,55
Носоглотки	C11	0,47	0,27	0,13	0,29
Гортаноглотки	C 12,13	0,31	0,32	0,10	0,35
Пищевода	C 15	3,29	4,41	3,28	4,09
Желудка	C 16	21,65	27,53	22,67	22,14
Тонкого кишечника*	C17	-	-	-	-
Ободочной кишки	C 18	7,65	9,12	6,23	10,14
Прямой кишки, ректосигмоидного отдела, ануса	C 19-21	12,23	12,24	11,26	12,90
Печени	C 22	3,64	3,29	1,93	3,63
Желчного пузыря	C 23,24	1,09	1,03	1,42	0,90
Поджелудочной железы	C 25	7,35	6,66	5,35	6,86
Полости носа, прид. пазухи	C 30,31	0,41	0,48	0,72	0,32
Гортани	C 32	5,11	4,41	5,56	5,31
Трахеи, бронхов, легких	C 33,34	28,91	29,91	25,61	26,71
Костей и суставных хрящей	C 40,41	0,85	1,21	0,54	1,24
Меланомы кожи	C 43	3,85	3,25	4,29	3,49
Др. новообразований кожи	C 44, 46.0	24,63	20,24	21,59	21,46
Соединительной и др. мягких тканей	C 46.1,3,7-9;47;49	0,97	2,31	2,80	2,30
Молочной железы	C 50	38,65	35,21	39,48	35,94
Вульвы*	C 51	-	-	-	-
Влагалища*	C 52	-	-	-	-
Шейки матки	C 53	26,08	21,82	26,85	28,01
Тела матки	C 54	11,47	11,36	14,36	12,29
Яичника	C 56	7,25	9,53	9,23	10,64
Плаценты	C 58	0	0	0	0
Полового члена	C 60	0,19	1,08	0,44	0,56
Предстательной железы	C 61	10,31	11,19	8,93	12,01
Яичка	C 62	0,98	1,80	2,07	0,79
Почки	C 64	5,99	7,88	5,22	7,63
Мочевого пузыря	C 67	3,55	4,89	4,38	4,14
Глаза*	C 69	-	-	-	-
Головного мозга	C 70-72	3,08	2,99	2,37	3,13
Щитовидной железы	C 73	2,72	4,37	2,71	2,65
Лимфат. и кроветворной ткани	C 81-96	10,66	8,70	10,17	9,90
СЗФО	C 00-97	-	-	-	-
Россия	C 00-97	211,80	211,46	211,35	216,34

*Локализации злокачественных новообразований, включенные в государственную отчетность

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
	213,58	213,32	223,74	214,14	223,44	227,58	242,41	249,00
	1,75	2,12	0,84	1,26	0,51	0,94	1,20	1,39
	0,73	1,24	1,42	0,73	1,94	1,61	1,79	1,02
	0,65	0,48	0,24	0,60	0,19	0,42	0,32	0,63
	1,93	1,35	2,48	2,63	3,12	2,13	2,32	2,91
	0,82	0,35	1,00	0,59	0,37	0,86	0,56	0,71
	0,12	0,49	0	0,57	0,37	0,20	0,12	0,14
	0,22	0,14	0,08	0,14	0,20	0,06	0,44	0,25
	2,63	2,96	1,79	3,81	3,53	2,97	4,25	4,21
	20,70	21,42	21,88	20,24	20,43	19,75	18,34	18,54
	-	-	-	-	-	-	0,85	0,37
	7,70	9,96	7,76	10,91	9,31	9,60	10,57	11,66
	9,51	13,11	11,74	8,34	11,65	10,98	12,41	15,04
	3,68	3,16	4,30	2,49	3,41	2,89	3,19	3,46
	1,02	0,84	1,21	1,05	0,88	0,94	1,33	0,66
	5,71	5,19	7,30	6,80	5,58	5,78	7,04	6,61
	0,28	0,68	0,09	0,11	0,42	0,40	0,46	0,46
	4,43	4,66	4,78	5,16	5,74	3,66	3,94	4,91
	25,72	25,29	25,44	26,02	24,90	26,32	24,31	23,09
	3,00	0,86	2,09	1,72	0,92	0,49	1,78	1,10
	4,45	3,28	4,66	4,24	3,33	3,98	4,25	4,87
	23,36	22,76	23,02	22,08	25,63	30,48	34,33	34,83
	2,30	1,74	1,15	2,19	1,52	1,91	1,96	1,24
	37,32	38,13	43,28	36,30	40,86	46,11	23,09	25,99
	-	-	-	-	-	-	0,87	0,84
	-	-	-	-	-	-	0,22	0,25
	26,39	25,61	25,62	19,91	25,48	27,42	35,88	28,81
	13,25	16,67	15,58	15,54	14,86	16,40	17,98	17,32
	10,52	12,45	8,92	11,03	11,77	12,62	10,99	14,57
	0,18	0	0	0,26	0	0,26	0,23	0,00
	0,55	0,70	1,27	0,63	0,51	0,73	1,14	0,00
	13,55	16,13	19,55	19,75	21,57	16,88	26,61	25,62
	1,19	0,39	2,16	0,82	0,55	3,04	1,47	1,99
	8,23	7,32	9,94	8,52	8,91	7,12	6,75	9,17
	4,78	4,61	5,54	5,82	4,88	3,88	5,40	4,70
	-	-	-	-	-	-	0,06	0,14
	3,73	1,67	3,27	4,92	5,12	3,30	4,33	5,01
	2,23	2,11	3,78	2,14	2,46	2,17	3,46	4,41
	12,02	11,97	10,02	11,14	10,40	11,28	11,55	13,33
	-	-	-	217,42	226,30	228,91	225,08	224,80
	215,79	217,88	221,56	222,90	227,37	231,06	228,07	227,55

(ф. №7) с 2011 года.

*Динамика смертности населения Псковской области
от злокачественных новообразований (С00-97)*

Годы	Абсолютные числа	На 100 000 населения	Стандартизованный показатель
2001	1873	238,99	142,38
2002	1811	234,44	141,07
2003	1698	225,55	128,54
2004	1712	230,68	131,83
2005	1645	225,14	126,05
2006	1595	221,84	122,69
2007	1700	239,66	129,16
2008	1662	237,14	128,81
2009	1686	243,47	130,81
2010	1679	243,84	132,24
2011	1689	252,43	131,86
2012	1674	252,04	130,32

Динамика «грубых» показателей смертности населения Псковской области от злокачественных новообразований на 100 000 населения)

Злокачественное новообразование	Код МКБ-10	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Пищевод	C15	11,64	11,26	11,63	6,50	10,53	6,44	9,64	8,19	9,57	10,27	14,01	12,13
Желудок	C16	53,75	48,72	47,97	49,06	40,82	37,08	47,26	46,93	43,07	47,18	44,31	38,69
Ободочной кишки	C18	12,74	14,08	11,05	15,66	11,43	9,50	9,33	11,65	11,17	16,05	16,29	19,67
Прямой кишки	C19-21	13,85	13,52	13,66	14,48	15,95	14,10	17,41	17,01	14,36	14,77	17,27	15,74
Гортани	C32	11,08	10,42	9,88	13,59	12,94	13,18	14,30	9,76	14,04	14,44	10,43	12,79
Трахеи, бронхов, легкого	C33,34	82,84	87,30	86,05	86,59	77,93	81,21	87,67	89,13	74,98	78,96	90,26	78,68
Костей и суставов хрящей	C40,41	3,05	2,53	2,04	1,48	2,11	0,92	1,87	3,46	0,96	1,93	0,33	0,66
Меланома кожи	C43	1,94	1,41	1,16	2,66	2,11	2,76	2,18	1,57	2,23	2,57	3,26	2,62
Предстательной железы	C61	16,07	10,14	11,34	7,09	12,04	12,26	16,48	13,86	16,59	17,65	18,25	20,00
Мочевого пузыря	C67	13,85	9,86	11,63	12,71	11,43	11,34	11,50	10,39	11,49	12,20	14,34	9,18

*Динамика «грубых» показателей смертности населения Псковской области от злокачественных новообразований
(на 100 000 населения)*

Злокачественное новообразование	Код МКБ-10	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Пищевода	C15	1,42	0,48	1,96	1,49	2,01	2,04	1,81	1,57	1,58	1,06	2,21	2,51
Желудка	C16	28,62	34,02	31,06	28,98	26,86	30,56	29,41	33,39	31,13	29,18	27,33	25,06
Ободочной кишки	C18	15,85	14,85	15,65	15,11	16,32	23,17	17,02	18,00	18,99	18,57	21,26	15,59
Прямой кишки	C19-21	15,85	13,18	14,43	13,87	14,06	12,73	14,19	11,74	14,25	13,53	13,53	17,54
Гортани	C32	0,71	0	0,24	0	0,25	0	0,26	0,26	0,53	0,27	0,28	0,28
Трахеи, бронхов, легкого	C33,34	11,12	8,62	7,09	9,66	12,55	7,64	9,29	9,91	10,82	9,02	10,49	10,30
Костей и суставных хрящей	C40,41	0,47	1,68	1,47	0,99	1,26	0,51	1,03	1,57	0,53	1,59	1,93	0,84
Меланома кожи	C43	2,84	2,16	2,45	2,48	2,26	3,57	2,58	2,61	2,90	2,65	3,04	2,51
Молочной железы	C50	25,31	32,82	28,13	29,72	24,85	32,60	29,92	34,44	34,03	31,03	34,51	35,36
Шейки матки	C53	8,52	9,58	9,05	10,40	10,80	9,93	10,58	7,30	8,44	8,75	8,83	9,47
Тела матки	C54	8,04	9,82	9,29	7,93	10,04	9,42	10,06	9,13	8,71	12,73	12,98	11,42
Яичника	C56	8,75	10,06	9,78	10,90	8,54	9,17	12,12	12,00	9,23	12,20	12,98	10,86
Мочевого пузыря	C67	2,37	2,87	1,71	2,23	2,01	2,55	1,55	2,09	3,69	2,12	3,04	5,57
Лимфатической и кровеносной ткани	C81-96	7,57	6,95	11,74	9,41	7,28	6,62	9,54	9,13	12,14	11,41	11,32	9,47

*Динамика стандартизованных показателей смертности населения Псковской области от злокачественных новообразований
(на 100 000 населения) Мужчины*

Злокачественное новообразование	Код МКБ-10	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Пищевод	C15	8,83	8,21	8,35	4,57	7,12	4,28	6,35	6,26	6,72	6,73	9,31	7,85
Желудка	C16	39,33	35,69	32,65	33,07	28,43	24,23	32,83	32,20	28,75	32,29	28,87	25,40
Ободочной кишки	C18	9,20	10,16	7,37	10,69	8,19	6,01	5,70	7,44	8,00	10,52	9,92	12,40
Прямой кишки	C19-21	10,01	9,50	9,01	9,14	10,72	8,82	11,57	11,59	9,54	11,09	11,15	9,97
Гортани	C32	7,95	7,76	7,31	9,88	9,83	8,64	9,21	7,13	9,99	10,43	6,49	8,07
Трахеи, бронхов, легкого	C33,34	62,12	64,52	58,79	60,17	55,21	54,41	60,64	59,21	53,19	55,57	59,87	52,63
Костей и суставов хрящей	C40,41	2,37	1,74	1,46	1,06	1,69	0,55	1,40	2,75	0,50	1,62	0,18	0,52
Меланома кожи	C43	1,79	0,90	0,71	1,58	1,50	1,89	2,13	0,98	1,53	2,03	2,84	1,82
Предстательной железы	C61	11,57	7,13	7,82	5,37	7,44	8,73	9,80	8,90	10,31	10,28	11,56	13,14
Мочевого пузыря	C67	10,25	6,99	7,34	8,26	7,61	7,62	6,73	6,83	3,49	7,40	10,02	5,73
Лимфатической и кровяной ткани	C81-96	10,21	8,76	6,44	7,63	7,17	7,47	6,14	5,58	8,89	8,16	5,52	8,71
Всего	C00-96	224,67	211,86	191,92	195,85	193,17	179,06	199,82	199,96	200,37	202,11	200,49	201,17

*Динамика стандартизованных показателей смертности населения Псковской области от злокачественных новообразований
(на 100 000 населения)*

Злокачественное новообразование	Код МКБ-10	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Пищевода	C15	0,71	0,11	0,75	0,42	0,86	0,92	1,20	0,75	0,72	0,44	0,91	0,79
Желудка	C16	12,77	16,19	14,15	13,16	11,64	12,73	10,79	13,60	12,62	11,40	11,13	9,25
Ободочной кишки	C18	6,10	6,50	6,60	6,46	6,38	9,35	6,28	7,22	7,67	18,57	8,50	5,27
Прямой кишки	C19-21	7,17	5,52	5,49	6,85	6,18	5,94	5,44	4,57	5,57	4,56	5,82	6,79
Гортани	C32	0,31	0	0,04	0	0,21	0	0,19	0,14	0,34	0,14	0,04	0,13
Трахеи, бронхов, легкого	C33,34	4,26	3,98	3,42	4,39	5,14	3,05	4,08	4,25	5,47	4,38	4,56	4,36
Костей и суставных хрящей	C40,41	0,37	1,29	0,95	0,69	1,03	0,43	0,22	0,96	0,33	0,78	0,90	0,32
Меланома кожи	C43	1,72	1,42	1,30	1,55	1,17	1,77	1,37	1,43	1,45	1,41	1,62	1,29
Молочной железы	C50	13,80	18,58	15,31	17,01	13,58	16,65	14,07	15,95	16,18	15,94	16,63	16,52
Шейки матки	C53	5,48	6,49	6,00	6,84	6,68	6,43	7,12	4,68	4,41	5,19	5,34	5,59
Тела матки	C54	3,93	4,84	4,67	3,38	4,77	4,74	4,84	4,48	3,37	6,35	5,85	4,13
Яичника	C56	5,08	6,30	6,21	6,12	4,38	3,88	7,18	6,51	5,81	6,93	7,63	5,5
Мочевого пузыря	C67	0,85	1,08	0,38	1,10	0,71	0,74	0,57	0,68	1,65	0,77	0,65	2,04
Лимфатической и кроветворной ткани	C81-96	5,10	3,51	6,74	6,13	4,06	3,59	4,68	4,53	6,32	5,37	5,28	3,99

Контингенты онкологических больных (абс. число)

Злокачественное новообразование	Код МКБ-10	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Губы	C00	495	453	427	405	377	366	357	337	323	307	272	275
Полости рта	C01-14; 46.2	202	190	187	189	183	184	188	192	197	180	134	150
Глотки**	C10-13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	50	50
Пищевода	C15	33	35	34	52	43	42	30	38	40	49	57	61
Желудка	C16	705	699	667	651	592	632	654	620	651	617	589	604
Ободочной кишки	C18	446	467	468	493	493	532	542	583	595	596	570	613
Прямой кишки и ректосигмоидного отдела	C19-21	427	453	483	503	458	512	524	525	581	588	621	695
Печени и внутрипеченочных желчных протоков*	C22	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	25	34
Поджелудочной железы*	C25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	61	75
Гортани	C32	251	251	264	254	242	228	226	243	241	220	215	235
Трахеи, бронхов, легкого	C33,34	489	475	432	407	356	363	350	339	365	393	388	401
Костей и суставов хрящей*	C40,41	172	174	190	187	216	220	236	236	225	223	83	80
Меланомы кожи	C43	237	244	271	282	311	305	319	341	354	358	363	390
Др. новообразований кожи	C44,46.0	2014	2013	1999	2024	1959	1955	2016	1873	1967	2016	2187	2357
Соединительной и др. мягких тканей***	C46.1.3.7-9; 47,49	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	140	146
Молочной железы	C50	2003	2053	2139	2173	2186	2272	2383	2420	2502	2583	2582	2677
Шейки матки	C53	1217	1251	1295	1327	1291	1319	1344	1345	1458	1274	1344	1385
Тела матки	C54	996	1018	1046	1063	1043	1077	1128	1154	1181	1203	1198	1240
Яичника	C56	369	367	375	380	372	390	404	419	436	444	437	466
Предстательной железы	C61	85	104	111	136	149	180	213	247	286	300	356	415
Почки*	C64	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	391	439
Мочевого пузыря	C67	250	250	245	238	245	255	266	288	282	290	275	288
Щитовидной железы	C73	260	295	297	308	310	322	344	352	371	379	394	418
Злокачественные лимфомы	C81-85,88,90,96	297	302	313	316	301	307	322	319	336	354	365	399
Лейкемии	C91-95	179	202	203	189	215	216	213	182	197	179	187	197
Всего	C00-97	11674	11842	11997	12161	11952	12306	12729	12763	13372	13380	13645	14489

*Локализации злокачественных новообразований, включенные в государственную отчетность (ф. №35) с 2011года.

ЗНО глотки (C10-13) выделены с 2011года. *ЗНО соединительной и др. мягких тканей выделены с 2011года.

Динамика контингентов онкологических больных (на 100 000)

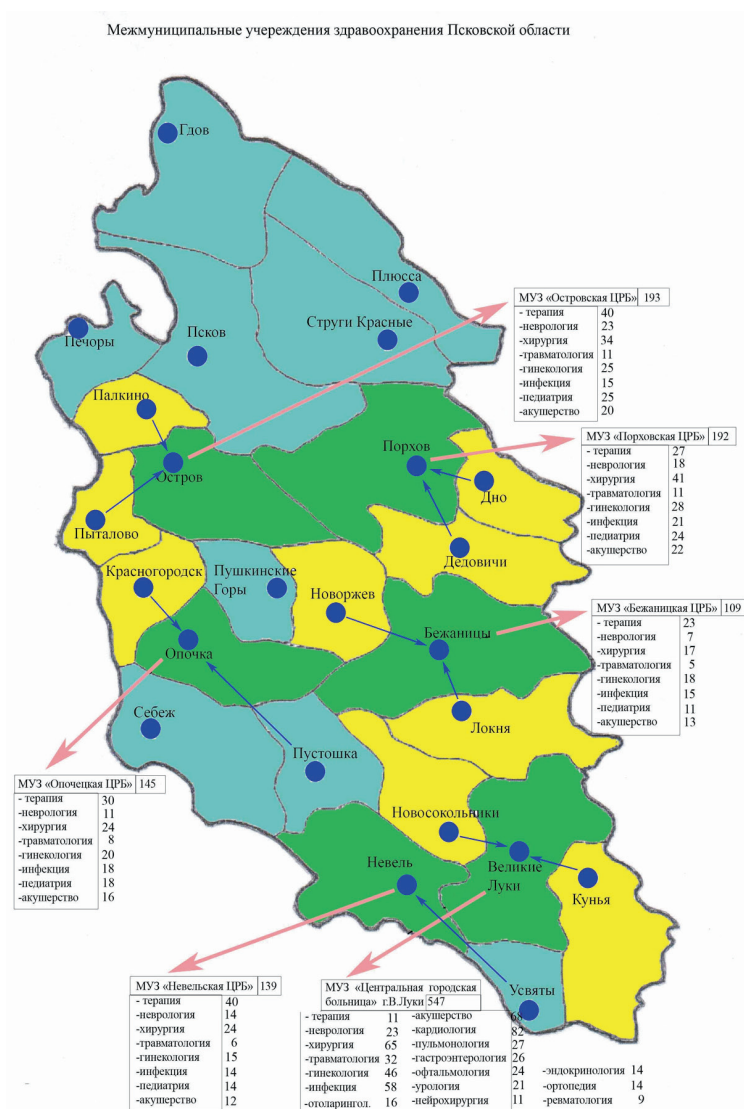
Злокачественное новообразование	Код МКБ-10	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Губы	C00	62,3	57,8	55,3	53,8	50,8	50,5	49,7	47,5	46,1	44,3	39,5	41,1
Полости рта	C01-14; 46.2	25,4	24,2	24,2	25,1	24,7	25,4	26,1	27,1	28,1	26,0	19,5	22,4
Глотки**	C10-13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7,3	7,5
Пищевода	C15	4,2	4,5	4,4	6,9	5,8	5,8	4,2	5,4	5,7	7,1	8,3	9,1
Желудка	C16	88,7	89,2	86,3	86,5	79,8	87,2	91,0	87,4	92,9	89,1	85,5	90,3
Ободочной кишки	C18	56,1	59,6	60,6	65,5	66,4	73,4	75,4	82,2	84,9	86,1	82,8	91,6
Прямой кишки и ректосигмоидного отдела	C19-21	53,7	57,8	62,5	66,8	61,7	70,7	72,9	74,0	82,9	84,9	90,2	103,9
Печени и внутрипеченочных желчных протоков*	C22	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3,6	5,1
Поджелудочной железы*	C25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8,9	11,2
Гортани	C32	31,6	32,0	34,2	33,7	32,6	31,5	31,4	34,3	34,4	31,8	31,2	35,1
Трахеи, бронхов, легкого	C33,34	61,5	60,6	55,9	54,1	48,0	50,1	48,7	47,8	52,1	56,8	56,3	59,9
Костей и суставов хрящей*	C40,41	21,6	22,2	24,6	24,8	29,1	30,4	32,8	33,3	32,1	32,2	12,1	12,0
Меланомы кожи	C43	29,8	31,1	35,1	37,5	41,9	42,1	44,4	48,1	50,5	51,7	52,7	58,3
Др. новообразований кожи	C44,46.0	253,4	256,8	258,8	268,8	264,0	269,8	280,4	264,0	280,7	291,1	317,6	352,3
Соединительной и др. мягких тканей***	C46.1,3.7-9; 47,49	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20,3	21,8
Молочной железы	C50	252,0	262,0	276,9	288,6	294,6	313,5	331,4	341,2	357,0	373,0	375,0	400,1
Шейки матки	C53	153,1	159,6	167,6	176,3	174,0	182,0	186,9	189,6	208,0	184,0	195,2	207,0
Тела матки	C54	125,3	129,9	135,4	141,2	140,5	148,6	156,9	162,7	168,5	173,7	174,0	185,3
Яичника	C56	46,4	46,8	48,5	50,5	50,1	53,8	56,2	59,1	62,2	64,1	63,5	69,6
Предстательной железы	C61	10,7	13,3	14,4	18,1	20,1	24,8	29,6	34,8	40,8	43,3	51,7	62,0
Почки*	C64	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	56,8	65,6
Мочевого пузыря	C67	31,5	31,9	31,7	31,6	33,0	35,2	37,0	40,6	40,2	41,9	39,9	43,0
Щитовидной железы	C73	32,7	37,6	38,4	40,9	41,8	44,4	47,8	49,6	52,9	54,7	57,2	62,5
Злокачественные лимфомы	C81-85,88,90,96	37,4	38,5	40,5	42,0	40,6	42,4	44,8	45,0	47,9	51,1	53,0	59,6
Лейкемии	C91-95	22,5	25,8	26,3	25,1	29,0	29,8	29,6	25,7	28,1	25,8	27,2	29,4
Всего	C00-97	1468,6	1511,0	1553,1	1615,4	1610,5	1698,3	1770,4	1799,3	1908,0	1932,2	1981,7	2165,5

*Локализации злокачественных новообразований, включенные в государственную отчетность (ф. №35) с 2011 года.

ЗНО глотки (C10-13) выделены с 2011года. *ЗНО соединительной и др. мягких тканей выделены с 2011года.

На территории Псковской области разработана трехуровневая система организации медицинской помощи населению при онкологических заболеваниях. Разработана карта по маршрутизации пациента онкологического профиля.

Схема. Маршрутизация пациентов в межрайонные отделения.



На первом уровне проводятся профилактические осмотры (в т.ч. в смотровых кабинетах), программы массового скрининга (цитологического, маммографического, флюорографического, лабораторные исследования на маркеры опухолевого роста и др.), работают центры здоровья.

В области установлено 13 стационарных маммографов, имеется 1 мобильный маммографический комплекс, 30 стационарных флюорографов, 2 выездных. Работают 18 смотровых кабинетов, но только половина из них работает в одну смену, в остальных работают совместители.

ФАПы в отдаленных сельских районах являются основным звеном, оказывающим первичную медико-санитарную помощь. Ими обслуживается ~ 72% сельского населения.

На втором уровне - в каждой районной больнице (24), в гор. поликлиниках г. Пскова (3) имеются ПОК. Укомплектованы врачами лишь на 60%, причем совместителями различных специальностей, ни один не имеет сертификата специалиста врача онколога. Штатные должности не соответствуют нормативным актам. В ПОК на учете состоит от 100 онкологических больных до 2,5 тыс. В среднем на учете состоит ~ 300 больных. Медицинские работники ПОК осуществляют главным образом, учет больных ЗНО, сбор информации о больных, симптоматическое лечение и вопросы взаимодействия с онкологическим диспансером.

В системе здравоохранения области обеспеченность врачами на 10 тыс. населения составляет 30,5. Укомплектовано врачами, как основными работниками лишь 51,1% врачебных должностей. Коэффициент совместительства – 1,8. Более 30% врачей, работающих в области, имеют возраст старше 55 лет.

На третьем уровне - специализированную медицинскую помощь больные со ЗНО получают в ГБУЗ «Псковский областной онкологический диспансер» и Великолукском филиале. Методы лечения подбираются индивидуально в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи больным со злокачественными новообразованиями. Используются все методы: хирургический, лучевой, химиотерапевтический, гормональный и их сочетания. За 2013 г. в круглосуточном стационаре пролечено 6806 больных онкологического профиля, в т.ч. ЗНО – 6070. Выполнено 1743 операции. В дневном стационаре пролечено 1717 больных. В консультативной поликлинике выполнено 51382 посещения к специалистам.

Высокотехнологическая медицинская помощь осуществляется в федеральных организациях (онкологических и рентгенорадиологических институтах, клиниках медицинских институтов и др.). Направляются пациенты, требующие высокотехнологичных методик обследования и лечения (протонно-эмиссионная томография, радионуклидная терапия, нейроонкология, онкогематология и т.д.).

В областном онкологическом диспансере проводится диспансерное наблюдение за больными ЗНО.

Создана компьютерная база данных – территориальный раковый регистр (по методике проф. В.М. Мерабишвили). Это способствовало улучшению учета онкологических больных. Контроль качества осуществляется с помощью автоматизированной проверкой данных, как при фактическом вводе, так и при автономном режиме. Программа позволяет осуществить проверку двух важных типов: проверку правильности и проверку согласованности.

База данных ракового регистра на данный момент содержит 49 665 записей. Раковый регистр позволяет:

- накапливать базу данных больных злокачественными новообразованиями с учетом данных диспансерного наблюдения;
- оперативно предоставлять необходимую информацию по поступающим запросам (показатели, списочные формы и пр.);
- формировать внутренние отчеты, направленные на улучшение деятельности территориальной онкологической службы;
- формировать формы государственной отчетности;

- оценить выживаемость больных ЗНО от различных факторов;

Трудностей с формированием реальной величины выживших контингентов онкологических больных не возникает, так как используется программа расчета показателей выживаемости.

Однако имеются нерешенные вопросы:

- необходимость совершенствования справочников, содержащихся в Приказе № 135 от 19.04.1999 года;

- трудность получения актуальных данных об умерших;

- отсутствие актуальных инструктивно-методических указаний.

В области слабая морфологическая служба (патологоанатомическая объединена с судмедэкспертизой, дефицит кадров). В онкологическом диспансере в штате нет специалистов морфологов. Нередки случаи, когда ЗАГСы выдают свидетельства о смерти по справкам, выданным за пределами области. Выборка умерших от ЗНО в ЗАГСах не проводится с октября 2008г., имеется разница в числе умерших по годовым отчетам с данными РОССТАТа.

С 2012 года осуществляется передача базы данных в Федеральный канцер-регистр в Москву.

РАЗДЕЛ XIV

ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

Глава 1. Итоги деятельности и перспективы развития ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России

*А.М. Беляев, А.М. Щербаков, Е.В. Демин, А.П. Карицкий, В.М. Мерабишвили,
М.В. Рогачев, Н.Н. Таранда, А.А. Барчук*

*ФГБУ НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России
197758, Санкт-Петербург, п. Песочный,
ул. Ленинградская, д.68
Тел.: (812) 596-8655
Факс: (812) 596-8947
Эл.почта: oncl@rion.spb.ru*

Results of Activities and Perspectives for Development of the Petrov Research Institute of Oncology

*A.M. Belyaev, A.M. Scherbakov, E.V. Demin, A.P. Karitsky, V.M. Merabishvili, M.V. Rogachev,
N.N. Taranda, A.A. Barchuk*

Научно-исследовательский институт онкологии был создан в 1927 году по инициативе профессора Н.Н. Петрова на основании приказа Ленинградского Губернского отдела здравоохранения № 30 от 16 марта 1927 года. Необходимость организации специализированного научно-практического онкологического учреждения диктовалась нарастающей частотой заболеваемости злокачественными новообразованиями.

За время своего существования институт неоднократно претерпевал изменения в месте расположения, ведомственной принадлежности и наименовании. В настоящее время институт носит имя его основателя, находится в поселке Песочный и именуется как Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт онко-

The Petrov Research Institute of Oncology was founded in 1927 by Nikolay Nikolayevich Petrov by Order No. 30 of the Leningrad Region Healthcare Department of March 16, 1927. The need for a specialized research institution was prompted by increasing oncology incidence in the region.

Over the years, the location of the Institute changed several times as well as its name and jurisdiction.

Nowadays, the Institute is named after its founder. It is located in Pesochny, Saint Petersburg, and the official name is Federal State Budgetary Institution "Petrov Research Institute of Oncology" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation.

During all these years, the Institute has been making a significant contribution to

логии имени Н.Н. Петрова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Институт на протяжении всего периода своего существования вносил значительный вклад в оказание помощи населению Санкт-Петербурга (Ленинграда), в борьбу с онкологическими заболеваниями. Удельный вес жителей города, получавших лечение в клинике института (из числа пролеченных больных), находился в среднем на уровне 65–75%. В связи с требованиями Министерства здравоохранения РФ об увеличении объёмов оказания онкологической помощи регионам России, доля иногородних пациентов в 2013 году возросла до 39,2%, однако основную часть пролеченных больных по-прежнему составляют жители города.

10 июля 2013 года была учреждена Ассоциация онкологов СЗФО, первая некоммерческая профессиональная организация, объединившая онкологические учреждения Северо-Западного региона.

cancer prevention in Saint Petersburg (former Leningrad).

The proportion of citizens admitted to the clinics of the Institute was around 65–75%. By instruction of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation to increase the proportion of patients from other cities and towns, the number of patients from other regions was increased up to 39,2% in 2013. However, Saint Petersburg citizens still constitute the larger number of patients treated in the Institute's clinics.

The Association of Oncologists of the Northwestern Federal District was founded on July 10, 2013. It became the first non-governmental professional organization to unite oncology institutions of the Northwestern District of the Russian Federation.



Алексей Михайлович Беляев – доктор медицинских наук, профессор. Научные исследования ориентированы на изучение распространенных форм рака брюшной полости с канцероматозом брюшины и асцитом. Докторская диссертация (2004 г.) «Циторедуктивные операции и гипертермическая внутрибрюшинная химиотерапия в комплексном лечении распространенных форм абдоминального рака» посвящена лечению карциноматоза брюшины с применением циторедуктивных операций и интраоперационной гипертермической внутрибрюшинной химиотерапии. Награжден Почетной грамотой Министерства здравоохранения и социального развития.

Директор Института с 2010 года. Главный онколог Северо-Западного Федерального округа.

Общая характеристика клинической базы

Клиническая база института на конец отчетного периода состояла из 7 хирургических отделений (хирургическое отделение опухолей молочной железы, хирургическое торакальное отделение, хирургическое отделение общей онкологии, хирургическое отделение абдоминальной онкологии, хирургическое отделение опухолей головы и шеи, хирургическое онкоурологическое и хирургическое онкогинекологическое отделение); отделения химиотерапии и инновационных технологий; химиотерапевтического отделения с паллиативной помощью; отделения химиотерапии и комбинированного лечения злокачественных опухолей у детей; дневного стационара на 12 коек, отделения радиологии и радионуклидной диагностики.

Общее количество коечного фонда — 405 коек.

<i>Структура коечного фонда клиники НИИ онкологии</i>	<i>Количество коек</i>
Хирургическое отделение опухолей молочной железы	53
Хирургическое торакальное отделение	50
Хирургическое отделение общей онкологии	26
Хирургическое онкоурологическое отделение	25
Хирургическое отделение абдоминальной онкологии	51
Отделение химиотерапии и инновационных технологий	20
Химиотерапевтическое отделение с паллиативной помощью	20
Хирургическое онкогинекологическое отделение	58
Отделение радиологии и радионуклидной диагностики	40
Отделение химиотерапии и комбинированного лечения опухолей у детей	25
Хирургическое отделение опухолей головы и шеи	25
Дневной стационар	12
ВСЕГО	405
Реанимация	18

Кроме того, клиника института располагает отделением реанимации и интенсивной терапии на 18 сверхсметных коек.

В ноябре 2012 года вступил в строй диагностический центр по адресу СПб, ул. Красного текстильщика, 10-12, лит. В, рассчитанный на 100 приемов пациентов в смену силами сотрудников клиники института. В 2013 году выполнено 12037 врачебных посещений.

Штат клиники института на конец года состоял из 911,5 штатных должностей: врачей – 158,75, среднего медицинского персонала — 300,5, младшего медицинского персонала — 218, прочего персонала 219,25.

Деятельность клиники института

План использования коечной мощности института по числу проведенных больными койко-дней в 2013 году выполнен на 102,6 % (в 2012 г. — на 98,9 %). Среднее число дней занятости койки составило 332,4 дня (в 2012 г. — 326,7 дня), оборот койки — 23,04 (в 2012 г. — 21,02), (табл. 1).

Таблица 1.

Динамика основных показателей использования коечного фонда

Годы	Процент выполнения плана коечного фонда	Среднее число дней занятости койки	Число пролеченных больных	Оборот койки
2009	101,1	333,7	6017	14,8
2010	99,9	329,9	6477	15,8
2011	99,1	326,3	7702	18,9
2012	98,9	326,7	8553	21,02
2013	102,6	332,4	9331	23,04

В 2013 году основные показатели использования коечного фонда по сравнению с предыдущими годами существенно не изменились, хотя за год было пролечено на 773 больных больше, чем в предыдущем году.

В 2013 году из стационара института выбыло 9331 больных, из них 8704 (93,3 %) случаев госпитализации составили пациенты со злокачественными новообразованиями, 22 (0,24 %) – карциномой *in situ*, 319 (3,4 %) — доброкачественными опухолями, 214 (2,3 %) — неопухолевыми заболеваниями и 72 (0,8 %) случая с новообразованиями неопределенного или неизвестного характера. Средняя длительность пребывания больного на койке уменьшилась (14,4 дня в 2013 году, 15,5 дня в 2012 году).

Из 9331 выбывших больных 4113 (44,1 %) были первичные и 5218 (55,9 %) — повторные. Из первичных, больные злокачественными новообразованиями составили 3520 (85,6 %), в 2012 году – 3251 (88,7 %).

Таблица 2.

Состав выбывших больных

Годы	Больные злокачественными новообразованиями	Больные доброкачественными опухолями	Больные прочими заболеваниями
2009	96,6	2,2	1,2
2010	96,1	2,1	1,8
2011	96,1	2,1	1,8
2012	95,1	2,6	2,3
2013	93,3	2,3	4,4

Причины повторных поступлений в группе больных злокачественными опухолями связаны, прежде всего, с продолжением лечения больных – 82,0 %. Возникновение рецидивов и метастазов, а также дальнейшее развитие основного заболевания обусловило 8,9 % случаев повторной госпитализации. В структуре повторных поступлений преобладали больные с опухолями молочной железы – 16,9 %, забо-

леваниями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей — лимфогранулематоз и лимфомы — 12,7 %, опухолями яичников — 5,0 %, опухолями ободочной кишки — 5,8 %, опухолями бронхов и легкого — 4,8 %.

Среди госпитализированных больных, как и в прошлые годы, преобладали жители Санкт-Петербурга 60,8 % (в 2012 г. — 65,2 %).

Распределение пролеченных больных Северо-Западного региона в 2013 году

<i>область</i>	<i>Пролечено больных</i>	<i>В %% к итогу</i>
Архангельская область	80	0,9
Вологодская область	178	2,1
Калининградская область	158	1,9
Псковская область	311	3,7
Новгородская область	224	2,6
Мурманская область	101	1,2
Республика Карелия	77	0,9
Ненецкий АО	6	0,1
Республика Коми	48	0,6
Ленинградская область	1376	16,3
Санкт-Петербург	5897	69,7
Всего	8456	100,0

Из других регионов Российской Федерации — 39,2 %, из их числа сельские жители — 4,8 %.

В 2013 году в зависимости от источников финансирования проведено следующее лечение:

- высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП) — 3811,
- специализированная медицинская помощь (СМП) — 3571,
- обязательное медицинское страхование (ОМС) — 1556,
- платные медицинские услуги (ПМУ) — 393.

Среди всех лечившихся мужчины составили 34,4 %, женщины — 65,6 %; в возрасте 60 лет и старше соответственно 37,9 % были мужчины, 62,1 % — женщины. Пациенты до 18 лет составили 1,5 %; со злокачественными новообразованиями мальчиков было 52,6 %, девочек — 47,4 %.

Состав больных по нозологическим формам предопределяет специфику работы учреждения. Больные с опухолями органов пищеварения составили 17,7 %, опухолями молочной железы — 15,4 %, женских половых органов 16,6 %, лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей 12,5 %, органов дыхания — 7,2 %. Перечисленные нозологические формы составили 69,4 % всех лечившихся.

Удельный вес первичных больных злокачественными новообразованиями по локализации процесса представлен следующим образом: молочной железы — 19,5 %, (в 2012 г. — 16,3 %), женских половых органов — 19,1 % (в 2012 г. — 15,9 %), органов пищеварения — 16,5 %, (в 2012 г. — 14,5 %), меланомы и другие новообра-

зования кожи – 5,9 % (в 2012 г. — 3,4 %), органов мочевыводящей системы – 6,3 % (в 2012 г. – 4,8 %).

Таблица 3.

Показатели динамики выбывших больных

Годы	Число выбывших больных		Число выбывших (физических лиц)		Из числа выбывших первичных больных	
	Абс. число	Показатель наглядности	Абс. число	Показатель наглядности	Абс. число	Показатель наглядности
2009	6017	100	2968	100	2254	100
2010	6477	107	3463	116	2730	121
2011	7702	128	4126	142	3431	152
2012	8553	142	4387	147	3851	170
2013	9331	155	4944	166	4109	182

Результаты лечения больных со злокачественными новообразованиями находятся в прямой зависимости от распространенности процесса. Поэтому четкое стадирование заболевания предопределяет адекватность выбранного метода лечения и его дальнейший успех. Стадия заболевания была установлена у 72,1 % (в 2012 г. – 83,1 %) первичных больных, не была установлена у 18,8 % больных. Из числа первичных больных, поступивших в клинику института, 20,1 % лечились в другом учреждении и поступили для продолжения лечения. Удельный вес больных III и IV стадии болезни от числа больных с определенной стадией заболевания в 2013 году составил 31,6 % (табл. 4).

Таблица 4.

Распределение больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования (по распространенности процесса)

Годы	Кол-во первичных больных	Распределение по стадиям в %				Стадия не установлена
		I	II	III	IV	
2009	2062	24,8	26,4	26,3	18,8	3,7
2010	2032	25,3	27,6	22,5	16,54	8,0
2011	3050	25,6	25,1	20,0	15,4	13,8
2012	2290	25,3	23,5	21,9	13,2	15,9
2013	2041	25,7	23,9	18,4	13,2	18,8

Характеристика лечения больных

В 2013 году средняя длительность пребывания больного в стационаре на число выбывших больных составила 14,4 дня; в 2012 году — 15,5 дней (табл. 5).

Таблица 5.

Средняя длительность пребывания больных в стационаре

Годы	Средняя длительность пребывания больного в стационаре (дни)	
	на число выбывших из стационара	на число выбывших из стационара (полицевой учет)
2009	22,5	45,4
2010	20,9	39,9
2011	17,2	32,2
2012	15,5	30,3
2013	14,4	27,4

Из числа первичных больных злокачественными новообразованиями в 2013 г. 93,8 % получили специальное лечение (в 2012 г. – 94,5 %). Основным методом лечения в группе первичных больных злокачественными новообразованиями, как и в прошлые годы, был хирургический — 57,1 %, химиотерапевтическое лечение составило 14,9 % и лучевое — 11,8 %. На долю комбинированных и комплексных методов лечения приходилось 16,2 % от всех первично пролеченных больных.

В лечении повторно поступивших больных злокачественными новообразованиями преобладал химиотерапевтический метод — 72,1 %.

Анализ методов лечения первичных больных, применяемых при отдельных формах злокачественных новообразований с учетом распространенности процесса, позволяет определить адекватность выбора метода. Для опухолей желудочно-кишечного тракта, опухолей легких, меланомы и других злокачественных новообразований кожи основным методом лечения остается оперативное вмешательство: 71,7 % случаев при поражениях желудка, 93,3 % — кожи, 74,3 % — толстой кишки, 38,8 % — прямой кишки, 55,3 % — бронхов и легких, 63,6 % — тела матки. Комбинированные и комплексные методы лечения являются доминирующими при опухолях таких локализаций, как яичники – 55,6 %, шейка матки – 25,1 %, молочная железа – 27,1 %, (табл. 6).

Таблица 6.

Методы лечения первичных больных злокачественными новообразованиями

Годы	Получили специальное лечение (абс. число)	Методы лечения (%) к числу первичных больных злокачественными новообразованиями, получивших специальное лечение			
		Хирург.	Химиотер. + гормонотер.	Лучевое	Комбинир. и комплексное
2008	2144	38,4	21,2	6,3	32,1
2009	1982	39,7	18,4	6,5	35,4
2010	2357	48,5	16,8	6,5	28,2
2011	2794	54,4	16,1	6,2	23,3
2012	3665	57,1	15,9	6,8	20,2
2013	3207	62,7	12,9	10,3	14,1

Всего в 2013 году выполнено 3643 операции 3335 больным злокачественными новообразованиями, из них 3329 (91,4 %) операций было сделано с лечебной целью, 314 (8,6 %) — с диагностической.

Из общего числа операций у больных злокачественными новообразованиями 20,21 % было выполнено по поводу опухолей молочной железы, в т.ч. 10,3 % маст-эктоми; 16,0 % на органах пищеварения, в т.ч. 2,2 % на толстом кишечнике; 3,6 % по поводу опухолей кожи; 12,0 % по поводу опухолей женских половых органов.

Основопологающим методом верификации диагноза был и остается морфологический метод (гистологическое и цитологическое исследование). 99,1 % первичных больных имели морфологическое подтверждение диагноза.

В течение 2013 года зарегистрировано 3424 осложнения у больных, получавших различные виды лечения в стационаре. Из них осложнения, связанные с применением препаратов химиотерапии и гормонотерапии составили 81,7 %. Послеоперационные осложнения наблюдались у 14,5 % больных, лучевые у 3,8 % больных.

В 2012 году абсолютное число умерших составило 49 человек и показатель летальности равен 0,58 % (в 2011 г. – 0,68 %) — табл. 7. Аутопсии в 2012 году составили 89,8 %.

Причины смерти больных в стационаре распределились следующим образом:

У 40 больных (81,6 %) причиной смерти явились послеоперационные осложнения, у 9 — прочие причины (18,4 %).

Таблица 7.

Динамика общей летальности в клинике института

Годы	Число выписанных больных (физ. лиц)	Число умерших	Летальность (%) к числу физических лиц
2008	3478	56	1,6
2009	2968	50	1,7
2010	3463	66	1,9
2011	4126	52	1,3
2012	4387	49	1.1

Основными причинами смерти больных злокачественными новообразованиями (среди подвергшихся паталого-анатомическому вскрытию) в 2013 году явились: послеоперационные осложнения – 73,5 %, ведущими среди них были пневмонии — 12,2 %, тромбоэмболия легочной артерии — 10,2 %, интоксикация — 4,1 %, анемия, кровотечение 14,3 %.

Основными причинами смерти по данным вскрытия были: пневмония -10, сепсис -3, кровотечение – 2, тромбоэмболия легочной артерии – 9.

Тела 5 из 48 умерших были выданы без вскрытия (10,2 %) В послеоперационном периоде 1870 больных находились на лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии, 42 из них умерли.

Средняя длительность пребывания больного на койке в отделении реанимации составила в среднем 1,7 дня.

Лечение больных с новообразованиями неопределенного характера

В 2013 году в институте лечилось 37 больных с новообразованиями неопределенного или неизвестного характера, что составило 0,43 % от общего числа больных, лечившихся в институте. Больные с доброкачественными опухолями составили 222 человека (2,6 %), с неопухолевыми заболеваниями — 160 человек (1,9 %).

Инновационные технологии

В 2012–2013 году внедрены в клиническую практику следующие инновационные технологии:

- операции с использованием микроскопа и наложение микро-сосудистого шва при реконструкции молочной железы;
- разработана методика выполнения биопсии сигнальных лимфоузлов в амбулаторных условиях;
- видеоторакоскопическая лобэктомия;
- совершенствование видеоассистированной торакальной хирургии (ВАТХ): атипичские резекции, лобэктомии, удаление опухолей средостения;
- эндоскопическая мобилизация пищевода и желудка при субтотальной резекции и пластике пищевода с трехзональной лимфодиссекцией (видеоторакоскопия + видеолапароскопия);
- эндоскопические вмешательства при патологических процессах пищевода (подслизистая резекция начального рака, удаление дивертикулов и др.);
- флюорисцентная диагностика и контроль эффективности ФДТ опухолей кожи;
- внедрение ОФЭКТ (однофотонная эмиссионная компьютерная томография) в уточняющей диагностике степени распространения опухолей грудной полости, в частности рака легкого;
- использование КТ-контроля для трансторакальной трепан-биопсии образований легкого;
- радиочастотная облитерация легочных метастазов, в том числе под КТ-контролем;
- изолированная регионарная перфузия конечности при местно распространенной меланоме и саркоме мягких тканей конечности;
- внутритканевая лучевая терапия при местно-распространенных саркомах мягких тканей;
- экстралеваторная брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки при раке нижнеампулярного отдела прямой кишки, в том числе видеоассистированная;
- лапароскопические и видеоассистированные радикальные операции при раке желудка и колоректальном раке;
- эндоскопическая резекция слизистой оболочки желудка и диссекция в подслизистом слое;
- расширенные комбинированные эвисцерации таза при местно-распространенных опухолях таза;

- совершенствование методик открытой хирургии (лапоротомии);
- лапароскопические операции (тубовариоэктомия, оментэктомия, пангистерэктомия, расширенная пангистерэктомия, операция Вертгейма) у больных раком шейки матки Ia и Ib стадии; подвздошная лимфаденэктомия рака шейки матки II и III стадии с целью стадирования и выбора дальнейшей тактики лечения;
- совершенствование методики органосохраняющего лечения больных со злокачественными новообразованиями (конизация шейки матки, гистероскопия матки).
- лапароскопическая простатэктомия;
- лапароскопическая цистэктомия;
- лапароскопическая ретроперитонеальная лимфаденэктомия;
- лапароскопическая резекция почки;
- лапароскопическая нефрэктомия;
- лапароскопическая абляция опухоли почки;
- абляция под КТ- контролем.

В отделении радиотерапии и радионуклидной диагностики института проводятся различные виды конформной дистанционной лучевой терапии: лучевая терапия модулированная по интенсивности (IMRT), визуально контролируемая лучевая терапия (IGRT), модулированная по объему дуговая терапия (ViMAT), стереотаксическое облучение интракраниальных новообразований и метастазов злокачественных опухолей в головной мозг, стереотаксическое облучение экстракраниальных опухолей.

Перед проведением конформной дистанционной лучевой терапии производятся предлучевая подготовка на специализированном КТ томографе и МРТ топометрия. После топометрической подготовки планирование лечения осуществляется на специализированных компьютерных системах: Iplan, Eclipse, Oncentra (дистанционная).

При облучении в обязательном порядке используются индивидуально изготовленные фиксирующие устройства и обеспечивается синхронизация облучения с дыханием.

В отделении выполняются все современные варианты аппаратурной высокодозной брахитерапии: внутрисполостная и внутритканевая с источником Ir192. Особенностью отделения является наличие специальной установки для внутритканевой брахитерапии при лечении рака предстательной железы в режиме реального времени с использованием Ir192. Для предлучевой подготовки используется как специализированный КТ томограф, так и специализированная трехмерная дигитальная УЗИ установка. Планирование лучевой терапии осуществляется на специализированной системе для планирования брахитерапии в режиме реального времени Oncentra (брахитерапия). Используется 3D и 4D планирование.

Кроме того, в институте используется оборудование для высокоинтенсивной фокусированной ультразвуковой терапии (HiFU) для проведения паллиативной (противоболевой) терапии при метастазах в кости.

Деятельность клинико-диагностического отделения

Количество амбулаторных посещений в клинико-диагностическом отделении составило 60795 (в 2012 г. — 69027).

В амбулаторных условиях отделения выполнено 280 операций, в том числе 119 на коже и подкожной клетчатке (42,5%), 52 на молочной железе (18,6%), 109 — прочие операции.

В отделении лучевой диагностики выполнено 11127 рентгенологических исследований, из них:

- рентгеноскопий — 1053
- рентгенограмм на пленке — 8314
- рентгенограмм цифровых — 17794
- компьютерных томографий — 7772.

В общей структуре рентгенологических исследований 56,8% составляют исследования органов грудной клетки, 10,4% костно-суставной системы и 2,4% органов пищеварения, прочих органов и систем — 30,4%.

В течение 2013 года выполнено 36299 ультразвуковых исследований. В структуре ультразвуковых исследований органы брюшной полости составили 22,27%, женские половые органы — 13,92%, молочная железа — 7,96%.

Компьютерной томографией выполнены исследования, в том числе органов грудной клетки (43,5%), органов брюшной полости (43,1%), органов малого таза (11,4%), головного мозга (1,3%).

Выполнено 2915 магнитно-резонансных исследований, в том числе 1337 (45,8%) органов малого таза, 562 (19,3%) головного мозга, 420 (14,4%) области «голова-шея».

Всего выполнено 3683 эндоскопических исследования: 48,5% составили эзофагогастродуоденоскопии, 25,1% — колоноскопии и 36,8% — бронхоскопии. Лечебные эндоскопические процедуры составили 16,3% от всех эндоскопических исследований.

Сотрудниками лаборатории радиоизотопной диагностики выполнено 6050 радиодиагностических исследований, в т.ч. скintiграфические исследования составили 74,6%. 2065 больным закончена лучевая терапия.

В кабинете функциональной диагностики было обследовано 6682 пациента. Всего выполнено 17462 исследования, в том числе 13802 ЭКГ.

Произведено 10995 переливаний крови и кровозамещающих растворов 5258 больным и перелито 10883 л крови и растворов.

Сотрудниками патологоанатомического отделения произведено 53717 гистологических исследований послеоперационного и биопсийного материала.

По результатам патологоанатомических вскрытий имело место несовпадение клинического и патологоанатомического диагнозов в 6 случаях, все они II категории.

Комиссией по изучению летальных исходов проанализировано 44 случая летальных исходов, по итогам 3 из них назначена и проведена лечебно-контрольная комиссия.

Научно-исследовательская деятельность

Институт располагает мощными кадровыми ресурсами, решающими научные и медицинские задачи на самом современном уровне. Среди более 800 сотрудников института — 1 член-корреспондент РАН и 2 член-корреспондента РАМН, 2 член-корреспондента РАЕН, 4 Заслуженных деятеля науки Российской Федерации, 2 лауреата государственной премии Российской Федерации, 21 профессор, 51 доктор и 112 кандидатов наук.

Институт традиционно участвует в реализации научно-исследовательских работ, осуществляемых через различные каналы финансирования. Выполнение научных исследований в 2013 г. велось по следующим направлениям:

- Государственный заказ – 13 тем.
- Федеральные целевые программы — 3 темы.
- Российский фонд фундаментальных исследований (РФФИ) – 13 тем.
- Хоздоговорные НИР – 5 тем.
- Международное сотрудничество – 4 темы.

Всего осуществлялось 38 научно-исследовательских работ.

- Диссертационные исследования – 57 (48 кандидатских и 9 докторских).

В 2013 году научная деятельность Института в рамках бюджета проходила по Государственному заданию Минздрава России на 2012-2014 гг. и состояла из 5-ти фундаментальных и 2-х прикладных НИР, а также 6-ти НИР клинического направления. Кроме того, внебюджетная тематика (с учетом переходящих с прошлого года научно-исследовательских работ) состояла из 3-х НИР в рамках Федеральных целевых программ, 13-ти грантов Российского фонда фундаментальных исследований и 5-ти – по заказу учреждений и организаций страны; 4 исследовательских проекта выполнялись в содружестве с зарубежными научными учреждениями (Германия, Канада, Украина, Великобритания).

По их результатам получено 7 патентов (среди них — одно свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ), направлено 6 заявок на изобретения, издано 11 монографий и книг, 25 глав в книгах, опубликовано 157 журнальных статей, в том числе 34 — в зарубежных изданиях. Опубликовано и внедрено в практику работы онкологических учреждений страны 17 методических пособий. Сделано 296 докладов на различных научных форумах в стране (274) и за рубежом (22). Опубликовано 284 тезисов докладов, из них 49 — в материалах зарубежных конференций.

В 2013 году в нашем диссертационном совете защищены 2 докторские диссертации (Т. Ю. Семиглазова, П. В. Криворотько) и 20 кандидатских диссертаций по широкому спектру медицинских дисциплин: 14.01.12 — онкология, 14.01.23 — урология, 14.01.13 — лучевая диагностика и лучевая терапия, 14.01.01 — акушерство и гинекология, 14.03.02 — патологическая анатомия, 03.01.04 — биохимия, 14.01.30 — геронтология и гериатрия.

Наличие собственных уникальных технологий

Институт является общепризнанным лидером в Российской Федерации в области современных передовых технологий, позволяющих с большей точностью распознавать злокачественные новообразования и большей уверенностью лечить больных по индивидуальным программам. Здесь разработаны схемы лекарственного лечения больных солидными опухолями на основе молекулярно-генетических маркеров. Имеющаяся для этой цели лаборатория молекулярной онкологии, занимающаяся изучением этой проблемы, является также ведущей в стране по внедрению методов молекулярной диагностики в повседневную онкологическую практику. Одним из выдающихся результатов деятельности лаборатории стало открытие нового гена рака молочной железы.

Параллельно в Институте активно разрабатываются уникальные для нашей страны методы клеточной терапии (биотерапии) у больных злокачественными новообразованиями. Специализированное отделение химиотерапии и инновационных технологий первым в стране начало и продолжает создавать индивидуальные противоопухолевые вакцины. К настоящему времени в лаборатории уже разработано 5 аутологичных противоопухолевых вакцин, применяющихся в практике.

Институт является одним из инициаторов разработки эффективных методов скрининга рака молочной железы, внедрение которого обеспечивает реальный прогресс в раннем выявлении этой распространённой злокачественной патологии, что положительно сказывается как на эффективности лечения женщин, так и на долгосрочном прогнозе их выживаемости. Кроме того, специалистами-маммологами Института впервые в мире научно обоснованы и внедрены в широкую клиническую практику в нашей стране методы пред- и интраоперационного стадирования заболевания для выбора оптимального объема операции (различные виды исследований с использованием туморо- и лимфотропных носителей, биопсия сторожевых лимфоузлов), а также методы органосохраняющего и функционально щадящего хирургического лечения больных раком молочной железы с последующей реконструкцией молочных желез — важным моментом в реабилитации женщин.

Впервые в России Институт разработал, внедрил в практику и имеет наибольший опыт в России методику изолированной химиоперфузии легкого при раке этого органа в условиях гипероксии в сочетании с удалением отдельных метастазов (метастазэктомией), что положительно отразилось на качестве и эффективности лечения больных.

Реальный прогресс достигнут в изучении особенностей и патогенеза гинекологического рака. На основе накопленного опыта в Институте обоснованы показания, уточнены и разработаны методы щадящих, лапароскопических операций с интеграцией их в программы комбинированного и комплексного лечения рака яичников, тела и шейки матки.

Значительным шагом вперед явилось внедрение эндопротезирования при хирургическом лечении злокачественных опухолей конечностей.

Злокачественные новообразования урологической сферы являются в настоящее время весьма частыми. Сотрудники Института разработали эффективные способы органосохраняющего лечения рака почки, а также менее травматичные методы оперативного лечения рака предстательной железы.

Достигнут реальный прогресс в лечении больных, страдающих злокачественными опухолями пищеварительного тракта. В Институте разработан комплексный подход к консервативному лечению местно-распространенного и неоперабельного рака пищевода с использованием методов эндоскопической хирургии и последующей сочетанной лучевой терапии на основе дистанционного и внутрипросветного облучения высокой мощности.

Специалистами Института разработаны методы профилактики и лечения карциноматоза брюшины при раке желудка и толстой кишки с использованием методики внутрибрюшной гипертермической химиоперфузии в сочетании с системным лекарственным лечением.

Разработаны и широко применяются эндовидеохирургические операции у онкологических больных.

Принципиально изменена тактика лечения больных раком анального канала, которая предусматривает проведение синхронного химиолучевого лечения с применением последовательных этапов сочетанной (дистанционной и конформной внутрипросветной) лучевой терапии.

Внедрение в клиническую практику современных лекарственных и гормональных препаратов обусловило серьёзное продвижение в лечении лимфом и солидных опухолей, инициировало разработку новых, эффективных комбинаций препаратов и схем их применения. Разработаны более эффективные способы предлучевой подготовки больных лимфомой Ходжкина с использованием радионуклидной диагностики. Определены четкие показания и противопоказания к проведению химиолучевого лечения у больных лимфомой Ходжкина III стадии.

Впервые в нашей стране в Институте изучены вопросы, касающиеся диагностики и лечения опухолей костей у детей и подростков, в частности, при опухолях семейства саркомы Юинга.

Проведение высокодозной химиотерапии с пересадкой костного мозга у пациентов с генерализованным процессом улучшило результаты лечения. Большие успехи достигнуты у детей, страдающих опухолью Вилмса: определен алгоритм диагностических мероприятий, необходимых для постановки диагноза, отражены основные пути оптимизации диагностической и лечебной тактики.

Установлена положительная роль нового метода исследования — эхографии в оценке динамики процесса при консервативном лечении новообразований мягких тканей и ранней диагностики их рецидивов, а также при раке молочной железы. Широко используется метод магнитно-резонансной томографии. Одним из приоритетных направлений остается диагностика опухолей опорно-двигательного аппарата, в частности — опухолей мягких тканей.

В Институте показано, что важным в метаболической реабилитации онкологических больных с новообразованиями гормонозависимых тканей является ис-

пользование антидиабетических бигуанидов, в частности, метформина (сиофора). Установлено, что данный препарат оказывает влияние не только на инсулинорезистентность и нарушение толерантности к глюкозе, но действует посредством и иных механизмов, вовлекающих, в частности, АМР-киназу и дополнительно ограничивающих клеточный рост.

Впервые предложено использование ингибиторов ароматазы в неoadъювантном варианте при раке эндометрия, что уже широко применяется в онкологической практике.

Наш Институт является лидером в фундаментальных исследованиях. Эксперименты с воздействием таких модифицирующих факторов, как мелатонин, антидиабетические препараты, пептидные биорегуляторы, энтеросорбенты, электромагнитные поля, нарушения светового режима способствуют изучению механизмов канцерогенеза и старения. Изучена канцерогенная безопасность, геропротекторный и антиканцерогенный эффект ряда новых фармакологических препаратов, среди которых индукторы интерферона, препараты янтарной кислоты, антидиабетический препарат диабенол, волокнистый углеродный энтеросорбент «Аквален», пептид дельта-сна, митохондриальный антиоксидант SkQ-1, антибиотик рапамицин.

Важным обстоятельством является определение содержания канцерогенных ПАУ и N-нитрозосоединений в различных объектах окружающей среды Северо-Западного региона России (атмосфере, воде, почве, растениях, пищевых продуктах). Проведены исследования биомониторинга канцерогенов у людей, подвергавшихся воздействию промышленных продуктов, содержащих ПАУ, в частности, на коксохимических предприятиях. Использование результатов таких исследований позволяет снижать риск заболевания злокачественными новообразованиями у лиц, находящихся в таких условиях.

Создан препарат поглюкар, являющийся мощным ингибитором фермента мочевой бета-глюкуронидазы, способным подавлять на 80-90 % активность этого фермента в течение 3 суток. Успешная клиническая апробация препарата позволила Фармкомитету России рекомендовать этот препарат для использования в клинической практике в предупреждении рецидивов злокачественных опухолей мочевого пузыря, а также в профилактике развития профессиональных опухолей на онкоопасных производствах.

Образовательная деятельность

В Институте первостепенное внимание уделяется подготовке высококвалифицированных специалистов-медиков в аспирантуре и ординатуре. В 2011 г. Институтом получена бессрочная лицензия на осуществление образовательной деятельности в системе послевузовского профессионального образования (аспирантура, клиническая ординатура, интернатура) и дополнительного профессионального образования (повышение квалификации). В 2010 году, в связи со значительным увеличением потребности отечественного здравоохранения в подготовленных специалистах в области онкологии и других смежных специальностях по профилю учреждения, в

Институте сформирован кабинет (с 2012 г. – отдел) учебно-методической работы, возглавляемый с момента образования кандидатом медицинских наук, доцентом М.В. Рогачевым. В системе послевузовского профессионального образования проводится обучение в аспирантуре по специальностям: «Биохимия», «Лучевая диагностика, лучевая терапия», «Онкология», «Патологическая анатомия»; в клинической ординатуре – по специальностям: «Анестезиология-реаниматология», «Детская онкология», «Онкология», «Патологическая анатомия», «Радиология», «Рентгенология», «Ультразвуковая диагностика», «Эндоскопия»; в интернатуре – по специальности «Онкология». В 2013 году в Институте обучались 21 аспирант, 34 клинических ординатора, 24 интерна. В системе дополнительного профессионального образования проводится повышение квалификации руководящих работников, специалистов и медицинских сестер по профилю учреждения в объеме от 72 до 500 учебных часов. Программа обучения формируется индивидуально, по согласованию с руководством медицинских учреждений и специалистами. До 2011 г. циклы повышения квалификации и количество слушателей на них измерялись единицами. С 2011 года поток слушателей значительно возрос, ежегодно обучаются от 200 до 400 врачей и средних медицинских работников из России и стран Ближнего Зарубежья.

Научно-практические мероприятия

Важным научно-практическим событием 2013 года было проведение нашим институтом VIII съезда онкологов России (Санкт-Петербург, 11-13 сентября 2013 г.), прошедшим под лозунгом «Онкология XXI века – от научных исследований в клиническую практику». В работе съезда приняли участие 1463 представителя различных онкологических и других медицинских учреждений России и стран ближнего и дальнего зарубежья (Украины, Беларуси, Казахстана, Киргизии, Узбекистана, Латвии, Молдовы, Австрии, Германии, Греции, Испании, Италии, США, Франции, Чехии и Швейцарии). Ведущие научные сотрудники, академики и члены-корреспонденты РАН и РАМН, ректоры медицинских ВУЗов страны, профессора, доценты и преподаватели кафедр онкологии, главные врачи и заведующие отделениями выступили на съезде в качестве докладчиков и слушателей. Программа съезда онкологов включала 2 пленарных заседания, 18 секционных заседаний по всем основным разделам онкологии и 17 сателлитных симпозиумов.

По итогам работы участники съезда выделили основные направления работы Ассоциации онкологов СЗФО, важнейшим из которых является взаимодействие с органами здравоохранения всех уровней, заинтересованными институтами гражданского общества, представителями работодателей и средствами массовой информации с целью разработки и практической реализации программ:

- Активной пропаганды здорового образа жизни среди населения
- Профилактики онкологических заболеваний
- Ответственного отношения к своему здоровью
- Популяризации участия граждан в добровольных программах софинансирования специализированной медицинской помощи.

Кроме того, в рамках съезда прошла конференция по фундаментальной онкологии «Петровские чтения», целиком подготовленная сотрудниками отделов биологии опухолевого роста и канцерогенеза и геронтологии нашего института.

Ученые нашего Института приняли активнейшее участие в работе съезда: председателями секций были 17 человек, 33 специалиста сделали 38 докладов, принимая во внимание то обстоятельство, что 5 докладчиков выступали дважды (проф. А.В. Беляев, проф. В.М. Мерабишвили, д.м.н. Г.И. Гафтон, д.м.н. Е.В. Левченко и кандидат психологических наук В.А. Чулкова). Труды съезда в количестве 1156 тезисов опубликованы в трех томах. Число тезисов, напечатанных нашими сотрудниками, составило 143.

Помимо этого, в соответствии с «Планом научно-практических мероприятий Ассоциации онкологов России на 2013 год» сотрудниками Института проведено 19 научно-практических и научно-образовательных мероприятий, среди которых – 10-я Международная ежегодная конференция «Стандарты диагностики и лечения рака молочной железы «Белые ночи Санкт-Петербурга». Конференция стала местом встречи ведущих онкологов, радиологов, химиотерапевтов из всех регионов РФ и стран СНГ. Общее число зарегистрированных делегатов составило более 600 человек.

На конференции «Белые ночи» обсуждались важнейшие вопросы лечения и профилактики рака молочной железы с точки зрения представления о молекулярно-генетическом многообразии рака этой локализации, существования не менее пяти подтипов заболевания, отличающихся по прогнозу и чувствительности к эндокринотерапии, химиотерапии и таргетной терапии. Ежегодные итоги и достижения конференции вносят неоценимый вклад в развитие знаний о РМЖ и способствуют достижению прогресса, как в области профилактики, так и в области эффективного лечения этого распространенного заболевания.

18-19 апреля 2013 года в Институте прошел международный симпозиум «Эндовидеохирургическое лечение рака прямой кишки: принципы организации малоинвазивной хирургии в специализированном онкоколопроктологическом стационаре», в котором приняли участие более 220 онкологов, колопроктологов и хирургов из России, Украины, Белоруссии, Израиля и других стран. Лекции прочли ведущие специалисты национальной программы LapCo по подготовке лапароскопических хирургов-колопроктологов Великобритании, профессора Amjad Parvaiz, Jim Khan, Danilo Miscovic, анестезиолог Fidel Bayshev и заведующий отделением абдоминальной онкологии ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава РФ Карачун А.М.

В течение двух дней британскими коллегами были выполнены 3 операции, транслировавшиеся в прямом эфире с возможностью обсуждения этапов операции и технических деталей. В двух случаях были выполнены лапароскопические тотальные колпроктэктомии с формированием тонкокишечных резервуаров и резервуарноанальных анастомозов по поводу семейного диффузного полипоза и в одном — лапароскопическая низкая передняя резекция прямой кишки с выполнением тотальной мезоректумэктомии по поводу рака прямой кишки.

Присутствовавшие на симпозиуме хирурги и анестезиологи имели возможность не только прослушать лекции и наблюдать в режиме реального времени за ходом хирургических вмешательств, но также задать интересующие их вопросы и пообщаться с британскими коллегами.

Итоги симпозиума продемонстрировали высокую важность применения эндовидеохирургических методов в лечении колоректального рака и дальнейшей совместной работы международных специалистов данной области медицины, и уже 6-8 ноября 2013 года в Институте прошел очередной международный научно-практический симпозиум и презентация совместной с ведущими британскими специалистами тренинговой программы «Эндовидеохирургия в лечении колоректального рака. От азов к совершенству». Программа включала лекции отечественных и зарубежных специалистов, а также полные записи хирургических вмешательств с комментариями экспертов.

В симпозиуме приняли участие более 400 хирургов и анестезиологов из разных регионов России от Москвы до Владивостока, а также из Белоруссии, Украины, Казахстана и Узбекистана.

Одним из ключевых событий в онкологической науке мирового масштаба стал Первый Международный Балтийский онкологический форум «Профилактика и скрининг рака» ВIOF2013. Он прошел в Санкт-Петербурге 23 и 24 мая 2013 года при поддержке Фонда профилактики рака и ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России с европейскими раковыми регистрами. Торжественную церемонию открытия Форума вела Казанская О.А., вице-губернатор Санкт-Петербурга и глава организационного комитета Форума.

Балтийский онкологический форум стал уникальным событием отечественной медицины. Его посетили более 300 специалистов из разных областей медицины, большинство из которых составили врачи-гинекологи, онкологи, цитологи, врачи общей практики, эндоскописты, радиологи, а также руководители медицинских учреждений РФ.

В качестве спикеров и лекторов на Форуме присутствовали крупнейшие в мире специалисты по профилактике рака: Ахти Анттила (Финский раковый регистр, Хельсинки, Финляндия), Алексей Барчук (НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова, Санкт-Петербург, Россия), С.В. Васильев (Санкт-Петербургский научно-практический центр колопроктологии, Санкт-Петербург, Россия), Питер Дин (Университет Турку, Финляндия), Е.Н. Имянитов (НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова, Санкт-Петербург, Россия), Лоуренс Фон Карса (Международное Агентство по Изучению Рака, ВОЗ, Лион, Франция), Стефан Лёнберг (Раковый регистр, Осло, Норвегия), В.Ф. Семиглазов (НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова, Санкт-Петербург, Россия), Гарри де Конинг (Университетский медицинский центр "Erasmus", Роттердам, Нидерланды), Роланд Валори (Национальный департамент здравоохранения, Глостер, Великобритания).

Уже в третий раз проводился Всероссийский конкурс научных работ молодых ученых. После состоявшейся в рамках конкурса конференции молодых ученых Победители были награждены Дипломами соответственно I, II и III степеней с де-

нежными премиями. Все выступавшие на конференции – Грамотами директора Института.

Необходимо отметить, что в 2013 году проф. Л.М. Берштейну, руководителю лаборатории онкоэндокринологии, было присвоено звание «Почетного доктора ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России», которое было закреплено соответствующими регалиями во время Актового дня института 7 мая 2013 года.

В 2013 году проведено 13 заседаний административного ученого совета. Темы заседаний были весьма разнообразны и носили как отчетный характер (отчеты о научной и клинической деятельности за 2012 год, промежуточные отчеты по темам Государственного задания, по научным грантам, а также отчеты аспирантов III года обучения), так и представляли научные доклады (проф. С.А. Шляпников «Особенности антимикробной терапии в онкологии»; к.б.н. И.В. Мизгирев «Использование зебрафиш в онкологических исследованиях и перспективы их развития в нашем Институте»; проф. Г.Г. Прохоров «Современное состояние и перспективы развития криогенной технологии в онкологии»; д.м.н. И.А. Балдуева «Клеточные технологии в онкологии и перспективы их развития в нашем Институте»; проф. И.В. Берлев «Перспективы научного и клинического развития отделения онкогинекологии института», д.м.н. В.Г. Беспалов «Противоопухолевые препараты на основе нанотехнологий: путь повышения эффективности и снижения токсичности», проф. И.В. Правосудов «Современное состояние проблемы колоректального рака»). Проф. А.М. Щербаков доложил об итогах VIII съезда онкологов России, который состоялся 11-13 сентября 2013 г. в Санкт-Петербурге – наш Институт являлся основным организатором съезда. Кроме того, было уделено внимание жизни и деятельности выдающихся ученых — проф. Я.В. Бохмана, чья юбилейная дата отмечалась в 2013 году.

Как и в прошлые годы, Институт принимает активное участие в работе Научного общества онкологов Санкт-Петербурга и Ленинградской области (председатель – чл.-корр. РАМН, проф. В.Ф. Семиглазов), а также в курировании ряда городских общественных противораковых организаций (проф. А.С. Барчук, д.м.н. Е.В. Демин). Институт участвует в работе известных научных журналов, издающихся в Санкт-Петербурге, например, Всероссийский научно-практический журнал «Вопросы онкологии» (главный редактор – проф. С.В. Канаев) и «Успехи геронтологии» (главный редактор – чл.-корр. РАН, проф. В.Н. Анисимов).

На базе Института работают кафедры и курсы онкологии ведущих высших учебных заведений Санкт-Петербурга: Северо-Западного государственного медицинского университета имени И.И. Мечникова, Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени И.П. Павлова, Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова, Санкт-Петербургского государственного университета, Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета.

Институт продолжает научно-практическое сотрудничество с Международным противораковым союзом (UICC), Всемирной организацией здравоохранения

(WHO), Международным агентством по изучению рака (IARC), Международной ассоциацией раковых регистров (IACR) и Экспертным Советом Программы ООН по окружающей среде (UNEP). Ряд сотрудников Института имеют деловые контакты с международными научно-практическими и общественными организациями (ASCO, ESMO, ESSO, ESTRO, EORTC, MASCC, Reach to Recovery и др.).

Ассоциация онкологов СЗФО

10 июля 2013 года была учреждена Ассоциация онкологов СЗФО, первая некоммерческая профессиональная организация, объединившая онкологические учреждения Северо-Западного региона.

Президент Ассоциации – профессор Алексей Михайлович Беляев, директор ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России.

Среди учредителей ассоциации – онкологические диспансеры Санкт-Петербурга и Ленинградской области, Вологды, Великого Новгорода, Пскова, Мурманска, республик Карелия и Коми, Архангельской области, а также Фонд профилактики рака.

В мае 2014 года Ассоциация выступила организатором крупнейшей в России конференции по скринингу и профилактике рака – II Балтийского онкологического форума. В июне 2014 года на тему диагностики и лечения опухолей репродуктивной системы были проведены две крупнейшие в России конференции – XI конференция «Стандарты диагностики и лечения рака молочной железы. Белые ночи Санкт-Петербурга» и I Онкогинекологический форум с международным участием «Инновации в онкогинекологии. БЕЛЫЕ НОЧИ». В данных мероприятиях приняло участие более 40 иностранных экспертов из стран Европы, Японии, США, Австралии и Южной Америки.

Основными направлениями деятельности Ассоциации являются:

- координация деятельности организаций-членов Ассоциации по разработке и внедрению в практическое здравоохранение новых методов профилактики, диагностики, лечения злокачественных новообразований, медицинской и социальной реабилитации онкологических больных;
- содействие в разработке и реализации международных, национальных и региональных проектов и программ, направленных на изучение причин возникновения онкологических заболеваний, внедрение передовых медицинских технологий в области борьбы с онкологическими заболеваниями, повышение эффективности диагностики и лечения заболеваний, усовершенствование профилактического здравоохранения, охраны здоровья человека и среды его обитания;
- профессиональная консолидация, укрепление и развитие профессиональных связей и гуманитарных контактов между специалистами, занятыми проблемами онкологии;
- развитие межрегионального и международного сотрудничества в области онкологии.

Глава 2. Итоги и перспективы деятельности СПБ ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер»

Г.М. Манихас, М.К. Сереброва, Н.А. Ярош

Санкт-Петербургское ГБУЗ «Городской клинический
онкологический диспансер»
198255, Санкт-Петербург,
пр. Ветеранов, 56
Тел. 756-99-00
E-mail: goronkod@zdrav.spb.ru

Results and perspectives of SPB GBUZ “Municipal Clinical Oncology Dispensary”

G.M. Manikhas, M.K. Serebrova, N.A. Yarosh

Санкт-Петербургское Государственное Бюджетное Учреждение здравоохранения «Городской клинический онкологический диспансер» является комплексным специализированным клиническим лечебно-профилактическим учреждением, где осуществляются все виды помощи больным доброкачественными и злокачественными новообразованиями.

Городской клинический онкологический диспансер является одним из самых крупных онкологических диспансеров в России, его мощность составляет 813 коек.

В поликлинике, мощностью более 400 посещений в день, осуществляется специализированная помощь по 14 профилям.

В диспансере трудятся 1230 сотрудников, в том числе 272 врача и 525 средних медицинских работников.

Основной контингент больных составляют пациенты со злокачественными (87,9%) и доброкачественными (9,6%) новообразованиями. Неопухольевые заболевания составляют 2,5%.

В 2013 г. диспансером проведено 13 научно-практических конференций, 6 школ и мастер-классов по шивающим аппаратам и постановке порт-систем, в том числе с международным участием.

St. Petersburg State Budget Institution of Healthcare “Municipal Clinical Oncology Dispensary” is a complex specialized clinical healthcare institution, performing all types of care to patients with benign and malignant neoplasms.

Municipal Clinical Oncology Dispensary is one of the largest cancer clinics in Russia, with bed capacity of 813 beds.

In outpatient hospital, with a capacity of more than 400 visitors per day, it is provided a specialized care in 14 profiles.

1230 employees work in dispensary, including 272 doctors and 525 nurses.

The main contingents of patients are patients with malignant (87.9%) and benign (9.6%) tumors. Non-tumor diseases are 2.5%.

In 2013, the dispensary conducted 13 scientific conferences, 6 schools and master classes on the stapling apparatus and port system installation, including with international participation.



Георгий Моисеевич Манихас родился 2 января 1948 года в городе Рыбинске Ярославской области в семье врачей. В 1972 году, после окончания института по специальности врач-лечебник, был оставлен для работы во Владивостокском медицинском институте в должности заместителя декана лечебного факультета, одновременно работал врачом-хирургом Краевого онкологического диспансера гор. Владивостока.

С октября 1977 года по май 1978 года работал врачом-хирургом в городской клинической больнице скорой медицинской помощи гор. Владивостока.

В июне 1978 года переехал на постоянное место жительства в город Ленинград, где поступил на работу в должности заведующего хирургическим от-

делением городской поликлиники № 96 Калининского района. С 1984 по 1987 года работал в Монгольской Народной Республике врачом-хирургом.

В марте 1987 года был принят на должность заведующего поликлиническим отделением, врача-онколога Ленинградского городского онкологического диспансера. С 01.07.1989 года по настоящее время работает в должности главного врача Ленгоронкодиспансера (с ноября 2002 года — Санкт-Петербургское государственное учреждение здравоохранения «Городской клинический онкологический диспансер», с 2012 года — Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городской клинический онкологический диспансер»).

Заслуженный врач Российской Федерации (25.12.1996), доктор медицинских наук (02.02.2007), академик РАЕН, профессор, главный врач Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Городской клинический онкологический диспансер», главный онколог Комитета по здравоохранению, заведующий кафедрой онкологии факультета последипломного обучения ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени акад. И.П.Павлова МЗ РФ».

Член правления Ассоциации онкологов России. Член-корреспондент Российской Академии естественных наук. Вице-президент общественной ассоциации «Антирак».

Автор более 300 научных трудов, 5 монографий и 6 патентных изобретений. Под его редакцией издано 7 научно-практических сборников научных работ.

Является членом редакционных советов журналов «Российский онкологический журнал», «Паллиативная медицина и реабилитация» и редакционной коллегии научно-практического журнала «Вопросы онкологии».

Санкт-Петербургское Государственное Бюджетное Учреждение Здравоохранения «Городской клинический онкологический диспансер» является комплексным специализированным клиническим лечебно-профилактическим учреждением, где осуществляются все виды помощи больным доброкачественными и злокачественными новообразованиями.

С января 2001 года городской онкологический диспансер, как и все структурные подразделения городской онкологической службы, оказывает специализирован-

ные медицинские услуги – онкологическую помощь— в условиях обязательного медицинского страхования. Основной контингент больных представляют пациенты со злокачественными и доброкачественными новообразованиями.

СПб ГУЗ «Городской клинический онкологический диспансер» был организован в 1946 году приказом по Ленинградскому городскому отделу здравоохранения № 3-0 на основании Постановления Совета Народных Комиссаров СССР № 935 от 30 апреля 1945 года и Приказа Народного Комиссариата здравоохранения СССР № 323 от 24 мая 1945 года.



В 2002 году в рамках реструктуризации коечного фонда городского здравоохранения проведена масштабная реорганизация онкологической стационарной службы. Санкт-Петербургское Государственное учреждение здравоохранения «Городской клинический онкологический диспансер» становится одним из самых крупных онкологических диспансеров в России, его мощность составляет 813 коек.

Диспансер размещается на 2-х базах:

2-я Березовая аллея, д. 3/5: в приспособленном здании, постройки 1860 года, располагаются— поликлиника диагностическим комплексом, лучевое отделение (амбулаторное), радиологическое отделение, отделение дневного стационара; онкологическое отделение №10 располагается в отдельно стоящем 3-х этажном здании.

Пр. Ветеранов, д. 56 располагаются: онкологическое (маммологическое), онкогинекологическое, онкоколопроктологическое, онкоурологическое, онкоторакаль-

ное, онко челюстно-лицевое, онкоЛОР, онкохирургическое, химиотерапевтическое, все параклинические и диагностические службы, административно-хозяйственная часть.

В результате реорганизации учреждения были открыты новые диагностические и лечебные отделения:

- отделение компьютерной и магнитно-ядерной томографии;
- отделение экстренной цитологической и морфологической диагностики;
- ангиографический комплекс для диагностических и лечебных целей;
- широко внедряется эндовидеохирургия;
- отделения химиотерапии, восстановительного лечения (реабилитации) и паллиативной помощи;
- все операционные в 2013 году оборудованы видеохирургическими комплексами;
- отделение гистохимии и молекулярной диагностики опухолей.

В практике применяются криохирургия, ультразвуковая абляция опухолей, фотодинамические методы диагностики, интраоперационная радиотерапия.



Структура СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер»

Амбулаторно-поликлиническое отделение включает в себя следующие подразделения:

- Поликлиника;
- Отделение лучевой диагностики, владеющее уникальными методиками диагностики непальпируемых образований молочных желез и пункционной биопсии любых органов под контролем УЗИ;

- Клинико-диагностическая лаборатория;
- Отделение радиоизотопной диагностики;
- Рентгеновское отделение компьютерной и магнитно-резонансной томографии;
- Отделение переливания крови;
- Эндоскопическое отделение;
- Кабинет противоболевой терапии;
- Отделение восстановительного лечения (реабилитации) и паллиативной помощи;
- Отделение лучевой терапии;
- Патологоанатомическое отделение;
- Отделение клинической фармакологии;
- Аптека;
- Организационно-методический отдел
- Отделение реабилитации стомированных пациентов
- Амбулаторный центр маммологического скрининга
- В 2013 году открыт контакт-центр (Call-центр)

В поликлинике мощностью более 400 посещений в день осуществляются специализированные приемы по 14 профилям: общей онкологии, маммологии, онкодерматологии, колопроктологии, опухолям пищевода, средостения и легких, онкогинекологии, опухолям головы и шеи, ЛОР-органов, онкоурологии, химиотерапии, радиологии, профилактики и ранней диагностики рака шейки матки, эндокринологии.

В состав стационара входят: 9 отделений хирургического профиля, радиологическое, отделения анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии, отделение восстановительного лечения (реабилитации) и паллиативной помощи, химиотерапевтическое отделение, дневной стационар. Широко применяется фотодинамическая терапия; эндовидеохирургия; радиочастотная абляция— при опухолях предстательной железы. Патоморфологические исследования проводятся с иммуногистохимической и молекулярной диагностикой. Нашими хирургами выполняются органосохраняющие операции при ранних формах рака различной локализации, пластические операции на молочной железе, мочевом пузыре. При ранних формах рака молочной железы используется интраоперационное облучение. При опухолях печени применяется криодеструкция.

Ежегодно в диспансере проводятся более 13 тысяч хирургических вмешательств.

Реструктуризация коечного фонда

В соответствии с распоряжением Комитета по здравоохранению № 322-р от 13.07.2012 года «О профиле и мощности коечного фонда Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Городской клинический онкологический диспансер» мощность коечного фонда Санкт-Петербургского учреждения здравоохранения «Городской клинический онкологический диспансер» составляет 813 коек.

Мощность коечного фонда составляет 813 коек

№	Наименование отделений	Количество коек в т.ч. /дневного стационара/ хоз.расчетные
1	Онкологическое отделение № 1 (маммологическое)	60
2	Радиологическое № 2	90/11
3	Онкологическое отделение № 3 (гинекологическое)	123/10/3
4	Онкологическое отделение № 4 (колопроктологическое)	60/5
5	Онкологическое отделение № 5 (урологическое)	60/10
6	Онкологическое отделение № 6 (хирургическое торакальное)	60/10
7	Онкологическое отделение № 7 (челюстно-лицевой хирургии, стоматологическое)	60/10
8	Онкологическое (оториноларингологическое) отделение № 8	60/10
9	Онкологическое (хирургическое) отделение № 9	60/10
10	Онкологическое отделение № 10 (Койки онкологические (химиотерапевтические) Койки дневного стационара)	90 30 60
11	Онкологическое (химиотерапевтическое) отделение № 11	60/20
12	Онкологическое отделение № 12 (химиотерапевтическое, дневной стационар)	30
	ИТОГО:	813
	В том числе:	
	Койки дневного стационара	186
	Хозрасчетные койки	3
	Кроме того: Отделение реанимации и интенсивной терапии	24
	Анестезиологии	

Штаты

Администрация СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер» уделяет большое внимание работе с персоналом. Основная задача – поддержание высокого профессионального уровня сотрудников диспансера путем активного участия всех специалистов в обучающих программах по всем вопросам оказания специализированной помощи больным со злокачественными новообразованиями: усовершенствование и повышение квалификации на кафедрах онкологии ФПО СПб ГМУ им. акад. И. П. Павлова и Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, в медицинских колледжах, участие в городских, Российских и международных конференциях.

Также на базе Городского клинического онкологического диспансера развернуты кафедры других высших медицинских заведений и медицинских учреждений города: кафедры ПСПБ ГМУ им. акад. И. П. Павлова, Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, ВМедА им. С. М. Кирова, Государственной Педиатрической Медицинской Академии, Санкт-Петербургского государственного университета, где проводится усовершенствование и повышение квалификации врачей других специальностей.

Сегодня в учреждении трудятся 1230 сотрудников: 272 врача, среди которых 5 – заслуженных врачей Российской Федерации, 6 докторов медицинских наук, 37 кандидатов наук, 10 отличников здравоохранения; 117 врачей имеют высшую категорию, 45 врачей – 1 категорию, 525 средних медицинских работников, среди которых три заслуженных работника здравоохранения Российской Федерации и более половины имеют высшую категорию.

Звания и ученые степени:

Заслуженный врач Российской Федерации – 5;

Заслуженный работник здравоохранения – 3;

Отличник здравоохранения – 10;

Заслуженный деятель науки – 1;

Доктор наук – 6;

Профессор – 6;

Кандидат наук – 37

	2011	2012	2013
Всего врачей:	251	267	272
Из них:			
Докторов медицинских наук:	5	4	4
Кандидатов медицинских наук:	35	34	37
Врачей с высшей категорией	124	138	117
Врачей с 1 категорией:	49	93	45
Врачей со 2 категорией:	22	24	11
Врачей, закончивших ординатуру:	79	79	86
Всего среднего медицинского персонала:	481	522	525
Всего младшего медицинского персонала:	238	246	234
Прочего персонала	190	185	200
Итого:	1167	1230	1231

Показатели работы учреждения в 2011–2013 годах

		2011	2012	2013
1.	Количество выбывших больных	34039	30801	31204
2.	Количество операций	14775	13782	13307
3.	Проведено химиотерапевтическое лечение:	5790 чел.	4928 чел.	4998 чел.
	в стационаре	3241 чел. 9809 госп.	3069 чел. 9051 госп.	2961 чел. 8963 госп.
	В условиях дневного стационара	2549 чел. 9486 госп	2082 чел. 7338 госп.	2037 чел. 8380 госп.
	Амбулаторный отпуск х/т препаратов (выдано на руки)	58162 уп. 7389 чел	31823 уп. 4979 чел.	31310 упак. 4665 чел.
4.	Радиотерапевтическое лечение	3410	2314	2573 чел.
	в стационаре	847	531	821
	Интраорационное облучение	11	21	43
	Амбулаторно	2563 чел.	1852 чел.	1752 чел.
	дистанционная радиотерапия	2882	1382	1503
	внутриполостная радиотерапия	185	107	99
	Сочетанная	343	348	340
5.	Количество посещений в поликлинике	156840	153870	146339
6.	Высокотехнологичная медицинская помощь	700 квот 582 пациента	560 квот 482 пациента	650 квот 553 пациента

В 2013 году по сравнению с 2012 годом:

- В диспансере проведено более 13 тысяч хирургических вмешательств, при этом их количество уменьшилось на 475;
- увеличилось количество пациентов для проведения химиотерапии, как в стационаре, так и в дневном стационаре, на 70 человек;
- уменьшилось количество пациентов по амбулаторному отпуску лекарственных препаратов на 1000 человек (связано с работой ГБУЗ «СПб КНпЦСВМП(о)»);
- увеличилось, по сравнению с прошлым годом, количество пациентов, получающих лучевую терапию в стационаре (+290), (увеличение интенсивности труда, выход из строя гамма-терапевтического аппарата «РОКУС» в 2012 году и его замена на новый ускоритель);
- количество посещений в амбулаторно-поликлиническом отделении меньше на 7531.

СКРИНИНГ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 2012–2013 г.
(Амбулаторный центр маммологического скрининга)

№ Поликлиники	2012		2013	
	Всего исследований	Всего вызвано в ГКОД для дообследования (подозрение на рак/рак)	Всего исследований	Всего вызвано в ГКОД для дообследования (подозрение на рак/рак)
25	-	-	-	-
32	492	16 (15/1)	617	20 (13/7)
37	621	24 (19/5)	703	33 (21/12)
56	994	36 (34/2)	422	12 (7/5)
102	578	30 (24/6)	1157	53 (32/21)
114	-	-	444	33 (31/2)
115	-	-	307	28 (19/9)
50	-	-	-	-
18	87	8 (8/0)	227	20 (19/1)
38	316	14 (14/0)	-	-
48	26	2 (2/0)	-	-
ВСЕГО	3114	Вызвано 114 — 3,66%	3877	Вызвано 119 — 5,13 %
		Подозрение – 103 – 3,3 %		Подозрение – 142 – 3,66 %
		Рак – 11 – 0,35%		Рак – 57 – 1,47%

Коечный фонд и его использование

Годы	Количество развернутых коек стационара	Число выбывших больных	Средний койко-день	Оборот койки в год	Средний к/д до начала лечения
2011	814	34039			
	Круглосуточный	22105	11,5	29,31	3,5
	Дневной	11934	6,0	104,66	1,0
2012	813	30801			
	Круглосуточный	19998	11,7	27,8	4,5
	Дневной	10803	7,2	73,1	0,8
2013	813	31204			
	Круглосуточный	19083	12,4	28,15	4,7
	Дневной	12121	8,0	65,3	1,0

На протяжении 2011 – 2013 годов наблюдалось:

- количество пролеченных больных на протяжении последних лет – более 30000 чел.: в 2012 году количество пролеченных больных стало снижаться, что было свя-

зано с открытием и работой ГБУЗ «СПб КНпЦСВМП(о)— 30801 (-1911), а в 2013 году количество пролеченных больных несколько увеличилось и составило 31204 (+ 403);

-средний койко-день в стационаре остается в пределах: 11,8 (2011); 11,7 (2012), 12,4 (+ 0.7 в 2013);

-средний койко-день в дневном стационаре несколько увеличивается 6,0 (2011), 7,2 (2012), 8,0 (+2 в 2013), что связано с применением стационар-замещающих технологий;

- оборот койки составил в 2011 г.— 29,31, в 2012 г. снизился до 27,8 (-1,5), что связано с оптимизацией использования коечного фонда и применением стационарзамещающих технологий (увеличение коек дневного стационара со второй половины года), в 2013 г.— 28,15 (+0,35)

Работа койки в 2011 году – 338,06

Работа койки в 2012 году – 331,5

Работа койки в 2013 году— 353,2

Показатель «работа койки в году» в 2013 году составил 353,2, выше чем в 2012 г. (+ 21,7), что связано с уменьшением коек круглосуточного стационара в 2012 г. и увеличением коек дневного стационара.

Использование хирургического метода в лечении больных злокачественными новообразованиями в стационаре за период 2011 – 2013 годы

Годы	Всего больных со злокач. заболеваниями		Из них оперировано		Оперировано радикально		Паллиативные операции	
	Число	%	Число	%	Число	%	Число	%
2011								
Стац	30358	90,6	7181	23,7	4467	62,2	735	10,2
Д.стац	18985	85,9	6903		4367		721	
	11373	95,3	278		100		14	
2012								
Стац	27080	87,9	6591	24,3	4530	68,7	551	8,4
Д.стац	17359	86,8	6139		4438		545	
	9721	90,0	452		92		6	
2013	27656	88,6	6072	22,0	4596	75,7	366	6,0
Стац	16723	87,7	5676		4427		362	
Д.стац	10933	90,1	396		169		4	

Из 27656 госпитализаций пациентов со злокачественными новообразованиями: 17343 госпитализаций были по поводу проведения химиотерапии (в стационаре 8963 + в дневном стационаре 8380), 821 госпитализация для проведения лучевой терапии, 6072 госпитализаций для хирургического лечения: проведено 4596 радикальных операций и 366 – паллиативных.

Распределение пациентов по видам новообразований

Год	Злокачественные новообразования	Доброкачественные новообразования	Неопухолевые заболевания
2011	30358	3039	635
2012	27080	2967	754
2013	27656	2706	842

Основной контингент больных представляют пациенты со злокачественными (87,9 %) и доброкачественными (9,6%) новообразованиями. Неопухолевые заболевания составляют (2,5%).

Причины летальности

Причина смерти	2011	2012	2013
Прогрессирование заболевания, генерализация процесса	144(69,7)	129 (75,0)	147 (77,8%)
Острая сердечно-сосудистая недостаточность	22 (11,6)	8 (4,6)	
Легочно-сердечная недостаточность	3 (1,6)	-	
Острый инфаркт миокарда	2 (1,1)	-	3 (1,6%)
ОНМК	-	3 (1,7)	7 (3,7)
Перитонит	2(1,1)	-	1 (0,5)
Пневмония	-	-	7 (3,7)
Отек легких	1(0,5)	-	
ТЭЛА	11 (5,8)	19 (11,0)	17 (9,0)
Кровотечение из о. язв	3 91,6)	4(2,3)	2 (1,1)
Послеоперационный панкреатит	-	2 (1,2)	
Несостоятельность анастомоза	2(1,1)	5 (2,9)	3 (1,6)
Острая кишечная непроходимость	-	2 (1,2)	
Сепсис	-	-	
Тромбоз мезентериальных сосудов	-	-	
Панцитопения	-	-	
Всего	190	172	189

В 2013 году от прогрессирования заболевания умерло 147 чел, от тромбоэмболии – 17, от острого нарушения мозгового кровообращения – 7.

Финансирование и выполнение «Плана мероприятий по профилактике, раннему выявлению и лечению онкологической патологии и материально-техническому обеспечению государственных учреждений здравоохранения Санкт-Петербурга, оказывающих медицинскую помощь лицам, страдающим онкологическими заболеваниями, на 2012–2014» в 2013 году

Пункт Плана	Выделено по плану и исполнено (млн. руб.)	Результат
Организация обследования мужского населения на раннее выявление опухолей предстательной железы, обследование на ПСА	1,26	Обследованы 2940 пациентов: амб.2400 пациентов; для стац.— 540 пац. (контроль); Выявлен 701 случай рака предстательной железы
Приобретение одноразовых игл для пункционной биопсии предстательной железы, молочной железы, торакальные иглы	6,53	Приобретено 8910 игл для пункционной биопсии: поликлиника, маммотест, торакальное, урологическое, хирургическое отделения. Амбулаторно выявлено 1500 случаев рака молочной железы (маммотест)
Организация профилактического и контрольного обследования женского населения для выявления рака молочной железы (определение рецепторов опухоли)	2,55	1880 женщин с диагнозом «Рак молочной железы» прошли исследование
Организация профилактического и контрольного обследования для выявления рака яичников (определение рецепторов опухоли)	0,55	500 пациентов прошли исследование (Контроль лечения— 150, диагностика— 350, диагноз рак подтвержден у 250 пациенток).
Организация проведения иммунофенотипирования опухолей	3,94	690 чел. прошли исследование, у 150 человек подтверждено злокачественное новообразование при дальнейшем обследовании
Обеспечение проведения химиотерапевтического лечения в специализированных (онкологических) медицинских учреждениях Санкт-Петербурга, стационарах дневного пребывания, обеспечение химиотерапевтическими препаратами при амбулаторном лечении для больных (пациентов) с онкологическими заболеваниями.	453,808	Стационар: 8970 циклов х/т – 2961 пациентов; Д.стац.: 8380 циклов х/т 2037 пациентов; амбулаторно: выдано 31310 упаковок 4665 пациентам
Организация выделенных каналов связи для создания единой электронной базы данных и передачи файлов с маммографическими снимками в ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер»	3,6	Работы выполняются по плану
Техническая поддержка существующей системы маммоскрининга	2,5	Работы выполняются по плану
Приобретение медицинской техники, оборудования и расходных медицинских материалов для ГКОД	43,133	Приобретение оборудования для ЦСО, КДЛ, отд. гинекологии
ИТОГО (млн. руб.)	611,434	

В 2013 году была существенно обновлена материально-техническая база учреждения и поставлено новое оборудование за счет программ «Наука и Инновации», «Модернизация здравоохранения», Национальный проект «Здоровье» на сумму 550 млн. рублей и проведены капитальные ремонты в восьми подразделениях на сумму 150 млн. рублей.

Приобретение оборудования в 2013 году

1	Переоснащение Центрально-стерилизационного отделения	72 000 000.00 руб.
2	Переоснащение Клинико-диагностической лаборатории	84 204 000.00 руб.
3	Переоснащение отделения лучевой диагностики	134 994 004.00 руб.
4	Переоснащение эндоскопического отделения	45 883 000.00 руб.
5	Переоснащение отделения переливания крови	38 000 000.00 руб.
6	Дооснащение операционных блоков №1, 2, 3 (электрохирургия, лапароскопия)	182 072 052.00 руб.
7	Дооснащение иммуногистохимической лаборатории	10 000 000.00 руб.
	ИТОГО	567 153 056.00 руб.

Капитальные ремонты в 2013 году

№ №	Объект ремонта, вид работ	Выполнение (руб.)
1.	Капитальный ремонт отделений: Клинико-диагностическая лаборатория, Центральное стерилизационное отделение, Рентгенологическое отделение и Эндоскопическое отделение.	146 544 633, 49
2.	Ремонт помещения для размещения низкоэнергетического ускорителя по адресу: 2 Березовая аллея 3/5.	30 895 893, 52
3.	Ремонт помещения для размещения контакт центра по адресу: 2 Березовая аллея 3/5.	788 549
4.	Ремонт палаты № 5 онкологического урологического отделения	88 342,68
5.	Ремонт палаты № 7 онкологического урологического отделения	144 376,73
6.	Ремонт палат № 2, № 3 онкологического урологического отделения	192 844,12
7.	Ремонт процедурного кабинета отделения переливания крови, по адресу: пр. Ветеранов 56, и ремонт процедурного кабинета онкологического отделения № 10, по адресу: 2 Березовая аллея 3/5.	786 682,17
8.	Ремонт помещений онкологического отоларингологического отделения	278 110,00
9.	Разработка проектно-сметной документации на ремонт: Клинико-диагностической лаборатории, Центрального стерилизационного отделения и Рентгенологического отделения.	3 500 000,00
10.	Разработка проектно-сметной документации для проведения работ по подготовке помещений для размещения низкоэнергетического ускорителя.	869 205,83
	ИТОГО	184 088 637,5

В результате проведенной работы улучшены бытовые условия пациентов и медицинского персонала, улучшено качество оказания медицинской помощи населению, в лечении и диагностике применяются высокотехнологичные методы.

Достижения Городского клинического онкологического диспансера в 2013 году

Диспансер— трижды лауреат Всероссийской премии в области онкологии Ассоциации онкологов России— за достижения в области онкологии.

Главный врач ГКОД, главный онколог комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, доктор медицинских наук, профессор Г. М. Манхас и заместитель главного врача по хирургии, доктор медицинских наук, профессор М. Д. Ханевич в 2013 году стали Лауреатами Премии Правительства Российской Федерации в области науки и техники.

Онкоколопроктологическое отделение:

1. Возобновлено выполнение видеоассистированных лапароскопических операций в рамках ВТМП.
2. С развитием и усовершенствованием хирургических технологий, рентгенохирургических методов, интраоперационных использований аппаратов РЧТА, криодеструкции, стало возможным проводить лечение у пациентов с билобарным метастатическим поражением печени.

Онкоторакальное отделение:

1. Внедрение эндовидеохирургических операций на легком (экономная резекция и лобэктомия).
2. Персонализация химиотерапии больных раком легкого с использованием иммуногистохимических и молекулярно-генетических методов исследования.
3. Использование ЭУС и транспищеводную биопсию в диагностике и морфологической верификации злокачественных и доброкачественных образований в средостении (совместно с эндоскопическим отделением).
4. Использование ЭУС и транспищеводную биопсию для оценки состояния лимфатических узлов средостения при раке легкого (совместно с эндоскопическим отделением).

Отделение челюстно-лицевой хирургии:

1. Количественная и качественная оценка кровотока в лоскутах с осевым кровоснабжением.
2. Сравнительная оценка эффективности использования ультразвукового скальпеля при хирургическом лечении злокачественных опухолей щитовидной железы.

Онкоотоларингологическое отделение:

1. Комплексная реабилитация голосовой и дыхательной функций пациентов после экстирпации гортани.
2. Эндоларенгиальные лазерные микрохирургические резекции гортани
3. Комплексное лечение опухолей орофарингиальной области, включая комбинированные резекции опухолей ротоглотки и полости рта с реконструкцией дефекта перемещенными лоскутами на сосудистой ножке или свободными лоскутами с микрохирургической техникой.
4. Брахиотерапия опухолей корня языка.
5. Фотодинамическая терапия опухолей головы и шеи.

Онкохирургическое отделение:

1. Внедрение в практическое использование РЧТА и МВТА при первичных и метастатических поражениях печени.

2. Проведение клинических испытаний и внедрение в повседневную практику нового криохирургического аппарата отечественного производства АКХа-03А.

В 2013 году диспансером проведено 13 научно-практических конференций, 6 школы и мастер-класса по сшивающим аппаратам и постановке порт-систем, в том числе с международным участием.

1. Всероссийская Научно-практическая конференция с международным участием «Паллиативная медицинская помощь в Российской Федерации» в Северо-Западном Федеральном округе 14–15 марта 2013 г.
2. Заболевания молочной железы – современное состояние проблемы и пути решения, 12 апреля 2013 г.
3. Мастер-класс «Школа хирургии желудка». Современные технологии в хирургии рака желудка. Бариатрическая хирургия. 16–17 апреля 2013 г.
4. Научно-практическая конференция «Особенности антибактериальной терапии в онкологии»: Руководитель центра тяжёлого сепсиса НИИ скорой помощи имени И.И. Джанелидзе, д.м.н., профессор Шляпников Сергей Алексеевич 17 апреля 2013.
5. «Учитесь быть здоровой» — Общественная организация «Антирак», 20 апреля 2013 года;
6. Школа по лечению меланомы, Северо-Западный федеральный округ, «Современные стандарты и перспективы диагностики, лечения меланомы» 24 апреля 2013 г.
7. Видеоконференция из ЛДЦ МБС (Лечебно-диагностический центр Международного института биологических систем им. С. М. Березина: «Современные методы лучевого лечения: Радиохирургия»; лечение пациентов на установках «Гамма-нож» и «Кибер-нож».
8. Научно-практическая конференция Общества специалистов по опухолям головы и шеи с международным участием 27–28 июня 2013 г.
9. «Прогресс в лечении медуллярного рака щитовидной железы» 28 июня 2013 г.
10. Симпозиум «Новый подход к проблеме профилактики рвоты, обусловленной химиотерапией у онкологических больных» 02.06.2013.
11. «Гормонозависимые опухоли, особенности диагностики и лечения» 17 сентября 2013 г.
12. «Новые подходы к лекарственной терапии онкологических больных» Рациональная фармакотерапия 2013, секция «Онкология» 11 октября 2013 г.
13. Мультидисциплинарный форум по лечению рака молочной железы 24–25 октября 2013 г.
14. XVII Российский онкологический конгресс 15–18 ноября 2013, Москва (секция фармакоэкономика — ГКОД).

В плане на 2014 и последующие годы стоит реализация Плана мероприятий по развитию онкологической службы Санкт-Петербурга по профилактике, раннему выявлению и лечению онкологической патологии на 2014 год, разработка плана мероприятий на период до 2020 года, проектирование нового корпуса и лучевого блока в районе Ульянка.

Глава 3. Итоги и перспективы деятельности ГБУЗ «Санкт-Петербургский клинический научно- практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический)»

В. М. Моисеенко, Д. Е. Мацко, В. О. Иванов, А. Е. Чернобровкина

ГБУЗ «Санкт-Петербургский клинический
научно-практический центр специализированных видов
медицинской помощи (онкологический)»
197758, Санкт-Петербург, п. Песочный,
ул. Ленинградская д. 68А
Тел.: 8 (812) 573-91-31
Факс: 8 (812) 573-91-91
E-mail: knpcsvmp@gmail.com

Results and perspectives of GBUZ “St. Petersburg Clinical Research Center of specialized types of medical assistance (Oncology)”

V.M. Moiseyenko, D.E. Matsko, V.O. Ivanov, A.E. Chernobrovkina

В работе даны сведения о деятельности Центра в 2013 году, Приведена его развернутая характеристика, касающаяся материального обеспечения, штатов и динамика медицинского обеспечения.

Указано, что только за один 2013 год в Центре внедрены более 20 новых медицинских технологий (в т. ч. брахитерапия, химиоэмболизация лекарственно-насыщаемыми микросферами опухолей, стентирование желчных протоков при механической желтухе, чрезкожная вертебропластика при метастазах в тела позвонков, нейролизис чревного сплетения с целью устранения болевого синдрома, чрескожное чреспеченочное холангиодренирование при механической желтухе, рамная (стереотаксическая система Radionics® CRW™ Integra (США)) компьютерная стереотаксическая биопсия различных опухолей головного мозга, безрамная (нейронавигационная система VectorVision2 BrainLAB (Германия)) компьютерная стереотаксическая биопсия различных опухолей головного мозга совместно

The paper provides information on the activities of the Centre in 2013; the detailed characteristic is given relating to material support, staff and dynamics of medical maintenance.

It is noticed that only in 2013 more than 20 new medical technologies were introduced in the Centre (including brachytherapy, chemoembolization with drug-saturable microspheres of tumors, biliary stenting in obstructive jaundice, percutaneous vertebroplasty in vertebral body metastases, a celiac plexus neurolysis in order to relieve the pain, percutaneous transhepatic cholangiodrainage in obstructive jaundice, frame (stereotactic system Radionics CRW Integra (USA)) computer-assisted stereotactic biopsy of various brain tumors, frameless (BrainLAB VectorVision2 neuronavigation system (Germany)), computer-assisted stereotactic biopsy of various brain tumors with pre-surgical cortical mapping

с предоперационным картированием (система навигационной магнитной стимуляции Nextim (Финляндия)), моторной коры головного мозга при работе в функционально значимых зонах, предоперационное картирование моторной коры головного мозга (система навигационной магнитной стимуляции Nextim (Финляндия)) для последующего лучевого планирования, МСКТ-артериогепатикография в перфузионном режиме и в капиллярную фазу контрастирования для диагностики мелких опухолей печени и др.).

Среди других достижений Центра указаны устойчивая положительная динамика к увеличению основных показателей работы Центра (в 2013 году: практически в 2 раза возросло число пролеченных пациентов и проведенных ими койко-дней), выросли показатели хирургической активности. Достигнуто сокращение сроков ожидания госпитализации во все отделения Центра (срок ожидания от 7 до 14 дней).

За 2013 год плановое задание по оказанию бесплатной медицинской помощи, финансируемой из средств ОМС, было перевыполнено и в течение года выросло в 2,4 раза. Введено в строй неработающее оборудование (линейный ускоритель ONCOR, операционные, реанимационные палаты). Начато оказание высокотехнологичной медицинской помощи жителям.

Среди перспектив развития названы организация мероприятий с медицинскими учреждениями и районными администрациями города по оптимизации этапов преемственности, сокращения сроков ожидания и повышение доступности специализированной медицинской помощи для пациентов, обеспечение сокращения сроков догоспитального обследования, увеличение объема высокотехнологичной медицинской помощи в 2014 году, внедрение новых уникальных медицинских технологий, применяемых в области онкологии, позволяющих повысить качество и эффективность медицинской помощи, осуществление перевода сотрудников на эффективный контракт в соответствии с Планом мероприятий «дорожной карты», утвержденного распоряже-

(navigation magnetic stimulation system Nextim (Finland)) in functionally important areas, pre-surgical cortical mapping (navigation magnetic stimulation system Nextim (Finland)) for subsequent radiotherapy planning, MSCT — arterial hepaticography in perfusion mode and in capillary contrast phase for diagnosis of small tumors of the liver, and others).

Among other achievements of the Centre it should be mentioned a stable positive dynamics in the functioning of the Centre (in 2013: almost 2 times increased the number of patients treated and number of bed-days), surgical performance rates increased. It has been achieved the reduction of waiting period of hospitalization in all departments of the Centre (waiting period is from 7 to 14 days).

Over 2013 plan target for providing free medical care, financed by the compulsory health insurance, was exceeded and during the year it was increased by 2.4 times. Malfunctioning device was repaired (linear accelerator ONCOR, operating rooms, and intensive care wards). High-tech medical care is provided for local residents.

Among the perspectives for the development it should be mentioned organization of events with medical institutions and city district administrations on optimization of succession stages, waiting period reduction and increase availability of specialized medical care in 2014, implementation of new and unique medical technologies used in the field of oncology that will improve the quality and efficiency of medical care, transfer of staff to work on a contract basis in accordance with Action Plan of a “road map” approved by order of the Government of St. Petersburg of 10.04.2013 № 26-pn “On Action Plan (“road map”)” Changes in the sectors of social sphere aimed at improving the efficiency of healthcare in St. Petersburg “for the duration period 2013-2018”, building a specialized outpatient department for gynecological cancer patients, renewal of

нием Правительства Санкт-Петербурга от 10.04.2013 N 26-пр «О Плана мероприятий («дорожной карте») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в Санкт-Петербурге» на 2013-2018 годы», строительство специализированной поликлиники для онкологических пациентов, обновление парка линейных ускорителей для оказания радиологической помощи онкологическим больным, создание штата по разделу «наука» с формированием Ученого Совета для интенсификации научных разработок, решение вопроса о строительстве жилого комплекса для сотрудников Центра, открытие столовой для пациентов и сотрудников и ряд других.

linear accelerators to provide radiological assistance to cancer patients, organization of the “science” section with the formation of the Academic Council for the intensification of scientific research, solution of the problem on the construction of a residential building for employees of the Center, opening of a dining room for patients and staff, and some others.



Моисеенко Владимир Михайлович – Директор Центра. Заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук профессор

ГБУЗ «Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический)» является самым молодым учреждением онкологического профиля не только в городе, Северо-Западном регионе, но, по-видимому, и в стране.

Точную дату открытия Центра назвать трудно. Устав Центра был утвержден Распоряжением Комитета по управлению городским имуществом Санкт-Петербурга 28.12.2011 г. До этого недолгое время Центр являлся частью городского онкологического диспансера (гл. врач Г. М. Манихас). На первых порах функционировало только химиотерапевтическое отделение, в спешном порядке заканчивались отделочные и иные работы, приводились в приемлемый вид после ремонта основные

помещения, аврально запускалось многочисленное оборудование. Затем Центр приобрел самостоятельность. Подобные организационные изменения и форсированное введение в эксплуатацию помещений и аппаратуры не могло не сказаться на качестве работы Центра.

В соответствии с Распоряжением Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга от 29.01.2013г. № 23-р утверждены профиль и мощность коечного фонда Центра (см. ниже).

Первым директором Центра был назначен Л. Л. Бажков (сентябрь 2010 г – май 2011 г), затем его сменил А. Ю. Щербук (май 2011 г – март 2013) и в настоящее время Центр возглавляет заслуженный врач России, доктор медицинских наук, профессор В. М. Моисеенко.

Новое руководство города, и в том числе комитет по здравоохранению, предложили коллективу Центра в кратчайшие сроки наладить работу учреждения, выйдя на качественно и количественно необходимые показатели, и устранить имеющиеся организационные и материальные недостатки.

Сложная ситуация с Центром требовала принятия неординарных, не всегда популярных преобразований и администрирования в «ручном режиме». Был почти полностью обновлен административный аппарат Центра, произошла смена ряда заведующих отделениями, проведена частичная реорганизация.

Результаты этой работы представлены ниже.



Общая характеристика Центра

В настоящее время в Центре функционируют следующие отделения:

1. Администрация
2. Амбулаторно-консультативное отделение на 200 посещений в смену;
Приемное отделение (в составе амбулаторно-консультативного отделения)
3. Стационар
 - 3.1. Онкологическое (нейрохирургическое) отделение на 30 коек (в т.ч. дневной стационар 4 койки)

- 3.2. Онкологическое (колопроктологическое) отделение на 30 коек (в т.ч. дневной стационар 4 койки)
- 3.3. Онкологическое (урологическое) отделение на 30 коек (в т.ч. дневной стационар 4 койки)
- 3.4. Онкологическое химиотерапевтическое (противоопухолевой лекарственной терапии) отделение на 70 коек
- 3.5. Радиологическое отделение на 60 коек
- 3.6. Онкологическое (гинекологическое) отделение на 60 коек (в т.ч. дневной стационар 8 коек)
- 3.7. Онкологическое (маммологическое) отделение на 100 коек (в т.ч. дневной стационар 10 коек)
- 3.8. Онкологическое (опухолей головы и шеи) отделение на 30 коек (в т.ч. дневной стационар 4 койки)
- 3.9. Онкологическое (торакальной хирургии) отделение на 30 коек (в т.ч. дневной стационар 4 койки)
- 3.10. Онкологическое (абдоминальное) отделение на 30 коек (в т.ч. дневной стационар 4 койки)
- 3.11. Онкологическое (костей, кожи и мягких тканей) отделение на 30 коек (в т.ч. дневной стационар 4 койки)
- 3.12. Дневной стационар с койками для химиотерапии (31 койка)
4. Вспомогательные лечебно-диагностические подразделения
 - 4.1. Отделение анестезиологии — реанимации на 26 коек
 - 4.2. Отделение лучевой терапии
 - 4.3. Служба физико-технического персонала
 - 4.4. Отделение переливания крови
 - 4.5. Патологоанатомическое отделение
 - 4.6. Отделение лучевой диагностики
 - 4.6.1. Рентгенкабинет №1,2,3
 - 4.6.2. Кабинет ультразвуковой диагностики
 - 4.6.3. Кабинет магнитно-резонансной томографии
 - 4.6.4. Кабинет компьютерной томографии
 - 4.6.5. Кабинет маммографии
 - 4.6.6. Лаборатория изотопных методов диагностики и лечения
 - 4.7. Отделение эндоскопии
 - 4.8. Организационно-методический кабинет
 - 4.9. Клинико-диагностическая лаборатория
 - 4.9.1. Экспресс-лаборатория
 - 4.10. Кабинет функциональной диагностики
 - 4.11. Операционный блок
 - 4.12. Центральное стерилизационное отделение
 - 4.13. Аптека
5. Прочий персонал
 - 5.1. Отдел кадров

- 5.2. Планово-экономический отдел
- 5.3. Бухгалтерия
- 5.4. Канцелярия
- 5.5. Инженерно-технический отдел
 - 5.5.1. Служба главного энергетика
 - 5.5.2. Служба медицинского оборудования
 - 5.5.3. Служба эксплуатации оборудования и систем медицинского газоснабжения
- 5.6. Отдел ГО и ЧС
- 5.7. Служба радиационной безопасности
 - 5.7. Отдел АСУ
- 5.8. Хозяйственный отдел
- 5.9. Общебольничный немедицинский персонал

Кочная мощность Центра составляет 531 койку, в том числе, 340 коек хирургического и 191 койка нехирургического профиля.

Штатное расписание Центра на 01.01.2014 г. состоит из 1457,00 должностей: врачей – 289,25, среднего медицинского персонала – 538,50, младшего медицинского персонала – 429,25, прочего персонала – 200,00.

Процент занятости ставок штатного расписания на 31.12.2013г

<i>Категория персонала</i>	<i>Занятые ставки</i>	<i>Физические лица</i>	<i>По штатному расписанию</i>	<i>% занятости</i>
АУП (руководители)	26	26	27	96%
Руководители врачи	25	25	27	93%
Врачи	162	165	254,25	64%
Средний медицинский персонал	296,25	268	536,50	55%
Младший медицинский персонал	204,50	153	431,75	47%
Рабочие	41,50	40	101,50	41%
Прочие	50,50	54	78,50	64%
Итого	805,75	731	1456,5	55%

Число работающих специалистов в Центре, имеющих квалификационные категории по состоянию на 31.12.2013 г.

	<i>Высшая квалификационная категория</i>	<i>Первая квалификационная категория</i>	<i>Вторая квалификационная категория</i>	<i>Всего аттестованных специалистов</i>	<i>Специалистов без квалификационной категории</i>
Врачи	43	25	12	80	115
Средний медицинский персонал	112	28	11	151	87

Из числа 195 врачей в настоящее время работают 80 аттестованных специалистов, имеют высшую квалификационную категорию 43 человека, что составляет 53 % от общего количества аттестованных, первую квалификационную категорию — 25 человек (31 %), вторую – 12 человек (15 %).

Из числа среднего медперсонала — 238 человек — работают 151 аттестованных специалистов, имеют высшую квалификационную категорию 112 человек – 74% от общего количества аттестованных, первую – 28 человек (12%), вторую – 11 человек (7%).

Число работающих специалистов в Центре, имеющих ученую степень

Год	Кандидат медицинских наук	Доктор медицинских наук	Профессор	Доцент	Отличник здравоохранения	Заслуженный врач РФ
2012 год	24	7	4	1	2	0
2013 год	36	11	7	2	3	1

Характеристика материально-технической базы

Общая площадь земельного участка — 65700 м.кв.

Общая площадь помещений — 75 130 м.кв. принята из расчёта по паспорту ПИБ

Структура материально-технической базы

№	Наименование корпуса	Описательная часть по паспорту ПИБ	Площадь обслуживания
1	Литер А — Палатный корпус А, ул. Ленинградская, 62 а	4 этажа, цоколь, 2 тех. этажа	12 890
2	Литер А — Палатный корпус Б, ул. Ленинградская, 62 а	9 этажей, цоколь, тех. этаж	16 310
3	Литер А — Палатный корпус В, ул. Ленинградская, 62 а	9 этажей, цоколь, тех. этаж	19 830
4	Литер А — Палатный корпус Г, ул. Ленинградская, 62 а	7 этажей, подвал, тех. этаж	8 450
5	Литер А — Лучевой блок, ул. Ленинградская, 62 а	1 этаж, подвал, технический этаж	8 010
6	Литер А — Блок вспомогательных служб 2 очереди строительства, ул. Ленинградская, 62 а	3 этажа, подвал	1 220
7	Литер А — Конференц-зал, ул. Ленинградская, 62 а	зал, подвал, переход	740
8	Литер А — Блок вспомогательных служб 1 очереди строительства, ул. Ленинградская, 62 а	подвал, 1 и 2 этажи, технический этаж	7 160
9	Литер В – Прачечная с тёплым гаражом, ул. Ленинградская, 62 а	2 этажа	1 520
	ИТОГО	---	75 130

- этажность 2-11 этажей (с учётом цокольных и технических этажей)
- год постройки 2008 г. — п. 4, 5, 8; 2010 года – п. 1, 2, 3, 6, 7, 9.

В 2013 году проведены работы по подготовке помещений для размещения «томографа магнитно-резонансного PoleStar №20» в операционной корпуса «А», освоена субсидия на иные цели: «Проведение капитального ремонта учреждений здравоохранения» в размере 2 999 997,0 рублей.

Приобретение и введение в строй нового оборудования

В течение 2013 года последовательно введены в строй 12 из 13 операционных Центра, 26 реанимационных коек отделения анестезиологии и реанимации. Ввод 13-й операционной укомплектованной интраоперационным магнитно-резонансным томографом Polestar запланирован в 1 квартале 2014 года после доукомплектации системы специальным подголовником.

В целях оснащения операционных многоразовым инструментарием приобретено хирургических инструментов на общую сумму 1 953 245,0 руб.

Введен в строй после ремонта линейный ускоритель ONCOR, находившийся в нерабочем состоянии с октября 2012 года.

Динамика основных показателей медицинской деятельности Центра (2012-2013 гг.)

<i>Наименование показателя</i>	<i>2012 год</i>	<i>2013 год</i>
Количество госпитализаций всего:	13473	21137
Стационар	10386	14470
Дневной стационар	3087	6667
Количество койко-дней всего:	110608	222087
Стационар	90187	172289
Дневной стационар	20421	49798
Лучевая терапия:		
Пролечено больных	649	1128
Проведено сеансов	47549	24864
Проведено операций	1484	5800

Структура пролеченных пациентов за 2012-2013 гг. (в %)

<i>Годы</i>	<i>Пациенты со злокачественными новообразованиями</i>	<i>Пациенты с доброкачественными опухолями</i>	<i>Пациенты с прочими заболеваниями</i>
2012	95	3	2
2013	92	6	2

В структуре методов лечения пациентов со злокачественными новообразованиями основными методами являются: хирургический (59 %, проведено 5810 оперативных вмешательств), химиотерапевтический (20 %), радиологический (17 %) и симптоматический (4 %).

Число пролеченных пациентов в отделениях Центра за 2012-2013 гг.

Отделения	2012 год	2013 год
Онкологическое (отд. костей, кожи и мягк. тк.)	309	1186
Онкологическое (нейрохирургическое)	555	641
Онкологическое (колопроктологическое)	1706	1203
Онкологическое (химиотерапевтическое)	3783	4327
Онкологическое (химиотерапевтическое)дн.ст.	2713	4780
Онкологическое (радиологическое)	540	1209
Онкологическое (радиологическое) дн.стац.	109	316
Онкологическое (гинекологическое)	975	1978
Онкологическое (маммологическое)	1535	1969
Онкологическое (опухоли головы и шеи)	281	950
Онкологическое (торакальной хирургии)	381	679
Онкологическое (абдоминальное)	393	1033
Онкологическое (урологическое)	193	866
Всего:	13473	21137

Число койко-дней, проведенных пациентами по отделениям Центра

Отделения	2012 год	2013 год
Онкологическое (отд. костей, кожи и мягк. тк.)	3983	13404
Онкологическое (нейрохирургическое)	5090	9103
Онкологическое (колопроктологическое)	9743	11480
Онкологическое (химиотерапевтическое)	24054	24653
Онкологическое (химиотерапевтическое)дн.ст.	9916	23888
Онкологическое (радиологическое)	20680	39844
Онкологическое (радиологическое) дн.стац.	4889	11909
Онкологическое (гинекологическое)	6951	20691
Онкологическое (маммологическое)	12369	23025
Онкологическое (опухоли головы и шеи)	2813	10363
Онкологическое (торакальной хирургии)	4255	11237
Онкологическое (абдоминальное)	3370	10476
Онкологическое (урологическое)	2495	12014
Всего:	110 608	222087

При анализе деятельности Центра за 2013 год следует отметить двукратное увеличение ряда показателей работы Центра: числа пролеченных пациентов и числа койко-дней. Рост показателей прослеживается как в целом по учреждению, так и по каждому отделению.

Число случаев госпитализации пациентов, получивших лечение онкологическими препаратами в отделениях Центра за 2012-2013 гг.

Отделения	2012 год	2013 год
Онкологическое (отд. костей, кожи и мягк. тк.)	0	57
Онкологическое (нейрохирургическое)	130	425
Онкологическое (колопроктологическое)	238	644
Онкологическое (химиотерапевтическое)	992	4 200
Онкологическое (химиотерапевтическое)дн.ст.	1 297	1 793
Онкологическое (гинекологическое)	386	1 192
Онкологическое (маммологическое)	436	956
Онкологическое (опухоли головы и шеи)	147	88
Онкологическое (торакальной хирургии)	218	422
Онкологическое (абдоминальное)	295	463
Онкологическое (урологическое)	142	297
Всего:	4 281	10 537

За 2013 год получили лечение онкологическими препаратами 2 641 пациент, проведено 10 537 циклов химиотерапевтического лечения.

В соответствии с Порядком оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология» пациенты, которым необходимо плановое химиотерапевтического лечение, госпитализируется на следующий день после проведения онкологической комиссии. В случае необходимости дообследования, пациенты госпитализируются после получения необходимых результатов в течение 1-2 дней.

Основные показатели деятельности радиологического отделения Центра

	2012 год	2013 год
Количество пациентов, получивших лучевую терапию всего:	649	1 518
в том числе дневной стационар	109	310
Количество сеансов всего:	47 549	149 184
в том числе дневной стационар		54 888

Радиологическую помощь за 2013 год получили 1 518 пациентов, в том числе, 310 пациентов в дневном стационаре, проведено 149 184 сеансов, в том числе, 54 888 сеансов в дневном стационаре.

Достигнуто сокращение ожидания лучевой терапии с 1 месяца в 2012 году до двух недель в 2013 году.

**Количество оперативных вмешательств
по отделениям Центра за 2012–2013 гг.**

Отделения	2012 год	2013 год
Онкологическое (отд. костей, кожи и мягк. тк.)	205	1 038
Онкологическое (нейрохирургическое)	37	135
Онкологическое (колопроктологическое)	111	503
Онкологическое (гинекологическое)	82	650
Онкологическое (маммологическое)	326	942
Онкологическое (опухоли головы и шеи)	171	827
Онкологическое (торакальной хирургии)	43	293
Онкологическое (абдоминальное)	49	647
Онкологическое (урологическое)	94	517
Всего:	1 118	5 552

Всего за 2013 год в Центре проведено 5 552 хирургических вмешательств пациентам по поводу опухолей различных локализаций (опухолей ЖКТ, женских половых органов, в т.ч. лапароскопических, головного мозга и молочной железы и т.д.).

При анализе хирургической деятельности по отделениям Центра за 2013 год прослеживается рост основных показателей: количество прооперированных пациентов и количество проведенных оперативных вмешательств. Увеличилась доля оперированных пациентов от общего количества пролеченных пациентов. С III-IV квартала 2013 года Центр участвовал в оказании высокотехнологичной медицинской помощи. Высококвалифицированными кадрами было проведено 258 операций с применением высокотехнологичных и уникальных методик.

**Показатели деятельности АКО и диагностических подразделений
Центра за 2012-2013 гг.**

	2012 год	2013 год
Всего посещений к врачам АКО Центра:	40 918	62 225
Количество пациентов, получающих амбулаторные препараты в АКО Центра	2 632	4 404
Количество упаковок препаратов, выданных пациентам в АКО Центра	9 897	30 422
Наименование исследований:		
- на компьютерном томографе	4 636	8 832
- на магнитно-резонансном томографе	3 248	4 595
- рентгенэндоваскулярных исследований	44	432
- исследований на ПЭТ/КТ	11	764
- ультразвуковых исследований органов и систем	27 805	83 260
- рентгенографических исследований	18 965	9 512
- маммографических исследований	733	1 655
- эндоскопических исследований	1 727	3 416
- ЭКГ исследований	4 859	11 224

При мощности амбулаторно-консультативного отделения в 200 посещений в смену по результатам электронной очереди в регистратуре регистрируются, в среднем, около 900 обращений в день.

Всего за 2012 г. к врачам АКО Центра зарегистрировано 40918 посещений, а за 2013 год — 62225. При анализе деятельности АКО Центра за 2013 год отмечается рост количества посещений к врачам-специалистам АКО Центра и количество диагностических исследований. Ежемесячный прирост диагностических исследований составляет, в среднем, от 5 до 10%. Все пациенты принимаются по направлению установленного образца от поликлиники по месту жительства.

Врачебная онкологическая комиссия с подкомиссиями по разным профилям рассматривает до 500 случаев в неделю. По решению комиссии пациент, нуждающийся в химио- или гормонотерапии, обеспечивается препаратами. За 2013 год обеспечено препаратами 4404 пациента. Время ожидания обеспечения противоопухолевыми препаратами в АКО Центра составляет не более 1 дня.

Выполнение патологоанатомических исследований за 2012-2013 гг.

Наименование	2012		2013	
	число	процент	число	процент
Умерло всего	25	100 %	60	100 %
Патологоанатомическое исследование не выполнялось	11	44 %	16	26 %
Выполнено патологоанатомическое исследование	14	56 %	44	73 %

Показатель летальности составил 0,2 % (60 чел) от пролеченных пациентов. Относительно высокий показатель летальности обусловлен большим числом пациентов с запущенными формами рака. Сравнение с аналогичным показателем прошлого года некорректно, так как стационар только к концу 2012 года начал работать в плановом режиме.

**Характеристика умерших по нозологическим единицам за 2012–13 гг.
по данным аутопсий**

<i>Основное заболевание</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>
Рак легкого и бронхов	1	6
ПМР	0	6
Рак толстой кишки	0	4
Рак желудка	2	4
Карцинома рото-носоглотки	0	3
Лимфомы	0	3
Рак поджелудочной железы	1	3
Опухоль головного мозга	1	2
Рак пищевода	0	2
Рак печени	1	2
Рак молочной железы	0	2
Рак прямой кишки	3	1
Рак тела матки	0	1
Рак шейки матки	0	1
Рак БДС	0	1
Другие	3	1
Неопухолевая патология	2	2
Итого:	14	44

**Характеристика секционного материала по непосредственной причине
смерти за 2012–13 гг.**

<i>Непосредственная причина смерти</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>
Сердечно-сосудистая и легочная недостаточность	5	12
Полиорганная недостаточность	5	9
Пневмония	0	7
ТЭЛА	2	6
Постгеморрагическая анемия	0	3
Кахексия	2	2
Перитонит	0	2
Острый миокардит	0	2
Печеночно-почечная недостаточность	0	1
Итого:	14	44

Характер расхождения по категориям за 2012-13 гг.

Год	Категории расхождения			Всего
	I	II	III	
2012	1	2	0	3 (21%)
2013	2	1	0	3 (7%)

Причины расхождений основных клинического и патологоанатомического диагнозов:

- кратковременность пребывания в стационаре – до 1 суток;
- наличие двух и более опухолевых заболеваний (у одного пациента).

Реализация целевой региональной программы

Целевая программа по профилактике, раннему выявлению и лечению онкологической патологии и материально-техническому обеспечению государственных учреждений здравоохранения Санкт-Петербурга, оказывающих медицинскую помощь лицам, страдающим онкологическими заболеваниями, на 2012-2014 годы, утвержденная Постановлением Правительства Санкт-Петербурга 17.08.2011 № 1190, в 2013 году выполнена в полном объеме.

Исполнение целевой программы по профилактике, раннему выявлению и лечению онкологической патологии и материально-техническому обеспечению государственных учреждений здравоохранения Санкт-Петербурга на 31.12.2013

№ п/п (по Плану)	Наименование мероприятия	Всего, млн. руб., на 2013 г.		КЭК	Выполненные мероприятия
		Выделено по плану	Выполнение на 31.12.2013		
1.	Субсидия на реализацию Плана мероприятий по профилактике, раннему выявлению и лечению онкологической патологии и материально-техническому обеспечению государственных учреждений здравоохранения Санкт-Петербурга, оказывающих медицинскую помощь лицам, страдающим онкологическими заболеваниями				
1.1.2	Приобретение одноразовых игл для пункционной биопсии предстательной железы, молочной железы, торакальные иглы	6,53	6,47	340	Биопсий – 1619 из них: молочная железа – 983 предстательная железа — 382 другие органы — 254
1.1.3	Организация профилактического и контрольного обследования женского населения для выявления рака молочной железы (определение рецепторов опухоли)	2,55	2,55	340	3480 иммуногистохимических исследований (870 пациентов) рака молочной железы

№ п/п (по Плану)	Наименование мероприятия	Всего, млн. руб., на 2013 г.		КЭЖ	Выполненные мероприятия
		Выделено по плану	Выполнение на 31.12.2013		
1.1.5	Организация проведения иммунофенотипирования опухолей	3,94	3,94	340	6240 обследований (870 пациентов)
2.1	Обеспечение проведения химиотерапевтического лечения в специализированных (онкологических) медицинских учреждениях Санкт-Петербурга, стационарах дневного пребывания, обеспечение химиотерапевтическими препаратами при амбулаторном лечении для больных (пациентов) с онкологическими заболеваниями	391,59	391,59	340	Амбулаторно выдано упаковок – 30422 Пролечено амбулаторно пациентов – 4404 Проведено 10 537 курсов химиотерапии в стационаре – (2641 пациентов)
	Итого:	404, 61	404, 55		

Практическое внедрение новых принципов работы, гарантирующих повышение качества и эффективности оказываемой медицинской помощи

В 2013 году положено начало работе по разработке и внедрению систем менеджмента качества в соответствии с требованиями стандарта ГОСТ Р ИСО 9001-2000 и IWA 1:2005 (ГОСТ Р 53092-2008).

Внедрена Медицинская информационная система в амбулаторно-консультативном отделении, приемном покое и регистратуре, позволяющая вести электронный персонифицированный учет пациентов.

Внедрение новых медицинских технологий

В 2013 году в Центре были внедрены новые уникальные современные методики диагностики и лечения злокачественных новообразований:

1. Брахитерапия (внутриполостная, внутритканевая, внутрипросветная, аппликационная) выполняется на аппаратах GammaMedplus и GammaMedplus 3/24 под контролем ультразвука и под контролем трёхмерной стереотаксической приставки к спиральному компьютерному томографу позволяет оказывать высокотехнологическую помощь пациентам с заболеваниями ЛОР-органов, бронхов, пищевода, прямой кишки, предстательной железы, влагалища, шейки матки, опухолей кожи, молочной железы и другие. Использование лучевой установки с помощью аппарата (INTRABIM) интраоперационного облучения опухолей молочной железы и головного мозга.

2. Химиоэмболизация лекарственно-насыщаемыми микросферами опухолей печени, головы и шеи, лёгких, поджелудочной железы, матки, почек, предстательной железы, костей и мягких тканей.

3. Предоперационная эмболизация артерий лицевого черепа.
4. Эмболизация артерий таза с целью остановки кровотечения.
5. Стентирование желчных протоков при механической желтухе.
6. Регионарная и изолированная регионарная химиоинфузия опухолей различных локализаций.
7. Чрескожная вертебропластика при метастазах в тела позвонков.
8. Нейролизис чревного сплетения с целью устранения болевого синдрома.
9. Чрескожное чреспеченочное холангиодренирование при механической желтухе.
10. Чрескожная гастростомия, еюнотомия цекостомия.
11. Стентирование пищевода при дисфагии опухолевой этиологии, эзофагоспираторных и эзофагомедиастинальных свищах, послеоперационной недостаточности пищеводных швов.
12. Стентирование желчных протоков при механической желтухе.
13. Стентирование трахеи и бронхов, выходного отдела желудка, двенадцатиперстной кишки, ободочной и прямой кишки, мочеточников при непроходимости или нарушении целостности.
14. Установка кавафилтра для профилактики ТЭЛА.
15. Стентирование при опухолевом сдавлении вен (устранение синдрома верхней полой вены).
16. Трансназальное трансфеноидальное удаление новообразований основания черепа с применением новейшей малоинвазивной эндоскопической методики с применением компьютерной нейронавигационной системы BrainLAB VectorVision2 (Германия) и эндоскопической системы OR1 Karl Storz (Германия), а также мониторингом вызванных зрительных потенциалов Viking Select, Nicolet (США), Нейро-МВП 8, Нейрософт (Россия).
- Микрохирургическое (микроскоп OPMI Pentero Carl Zeiss, Германия) удаление различных опухолей головного мозга и спинного мозга с применением ультразвуковой навигации (ультразвуковой сканер Vivid Q (США)) и нейрофизиологическим мониторингом (вызванные потенциалы) Viking Select, Nicolet (США), Нейро-МВП 8, Нейрософт (Россия).
18. Рамная (стереотаксическая система Radionics® CRW™ Integra (США)) компьютерная стереотаксическая биопсия различных опухолей головного мозга.
19. Безрамная (нейронавигационная система VectorVision2 BrainLAB (Германия)) компьютерная стереотаксическая биопсия различных опухолей головного мозга совместно с предоперационным картированием (система навигационной магнитной стимуляции Nextim (Финляндия)), моторной коры головного мозга при работе в функционально значимых зонах.
20. Предоперационное картирование моторной коры головного мозга (система навигационной магнитной стимуляции Nextim (Финляндия)) для последующего лучевого планирования.
21. Электроэнцефалографическое исследование (ЭЭГ) головного мозга с возможностью мониторинга в режиме видео-ЭЭГ – МИЦАР – ЭЭГ 202 (Россия).

22. 8-канальная компьютерная электронейромиография на комплексе Viking Select, Nicolet (США).

23. ПЭТ-КТ.

24. Виртуальная колоноскопия (КТ).

25. МСКТ — ангиография в перфузионном режиме и в капиллярную фазу контрастирования для диагностики мелких опухолей печени.

Высокотехнологичная медицинская помощь

В соответствии с Распоряжением Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга от 29.01.2013 № 29-р в августе 2013 года для Центра утверждены плановые объемы на оказание высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации. За 4 квартал 2013 года проведено высокотехнологичное лечение 258 пациентам по профилю «онкология», в том числе, по 4 наименованиям видов ВМП, по 43 клиническим моделям пациентов и 66 наименованиям оперативных вмешательств.

Структура оказанной высокотехнологичной медицинской помощи в 2013 году

Код вида при выписке	Наименование вида высокотехнологичной медицинской помощи	Количество пациентов	Процент
09.00.001	Видеоэндоскопические внутриполостные и видеоэндоскопические внутрипросветные хирургические вмешательства, интервенционные радиологические вмешательства, малоинвазивные органосохраняющие вмешательства при злокачественных новообразованиях	52	20,15%
09.00.002	Реконструктивно-пластические, микрохирургические, обширные циторедуктивные, расширенно-комбинированные хирургические вмешательства, в том числе с применением физических факторов (гипертермия, РЧТА, ФДТ, лазерная и криодеструкция и др.) при злокачественных новообразованиях	141	54,65%
09.00.005	Комбинированное лечение злокачественных новообразований, сочетающее обширные хирургические вмешательства и лекарственное противоопухолевое лечение, требующее интенсивной поддерживающей и корректирующей терапии	51	19,8%
09.00.007	Дистанционная, внутритканевая, внутриполостная, стереотаксическая, радионуклидная лучевая терапия в радиотерапевтических отделениях 3-го уровня оснащенности, высокоинтенсивная фокусированная ультразвуковая терапия при злокачественных новообразованиях	14	5,4%
Итого:		258	100,00%

Научно-педагогическая деятельность в Центре за 2013 год

За отчетный период в Центре было проведено:

1. 4 заседания ежеквартальной «Отечественной школы онкологов» с приглашением ведущих лекторов крупнейших медицинских учреждений страны. По

- результатам заседаний «Школы» выпущено 4 выпуска журнала «Практическая онкология» (в 2013 г признан лучшим онкологическим журналом страны; гл. редактор — директор Центра проф. В. М. Моисеенко), бесплатно распространено среди онкологов России и стран СНГ;
2. Международная конференция с привлечением педиатрической академии, посвященная вопросам детской онкогинекологии;
 3. Мастер-класс по постановке имплантируемых порт-систем с участием специалистов из Германии;
 4. Сдан в печать справочник по химиотерапии, подготовленный сотрудниками Центра (титульный автор — директор Центра проф. В. М. Моисеенко);
 5. Сдана в печать монография «Нейроэпителиальные опухоли», с титульными авторами сотрудников РНХИ им. А. Л. Поленова (д.м.н. А. Ю. Улитина и проф. В. Е. Олюшина) и зам. директора Центра проф. Д. Е. Мацко;
 6. Подана заявка на изобретение, касающееся нового способа интраоперационного определения границ глиальных опухолей (сотрудники кафедры нейрохирургии ВМА им. С. М. Кирова и зам. директора Центра проф. Д. Е. Мацко);
 7. Выездные циклы лекций по актуальным вопросам онкологии (6 за отчетный период) в разных регионах страны (проф. В. Моисеенко);
 8. 27 докладов и сообщений на очередном Всероссийском съезде онкологов (г. Санкт-Петербург), очередном онкологическом Конгрессе (г. Москва), конференции, посвященной памяти член-корреспондента О. К. Хмельницкого и других медицинских симпозиумах;
 9. Сотрудниками Центра опубликовано 22 работы в рецензируемых журналах страны и 6 работ в рецензируемых зарубежных журналах;
 10. Центром заключены соответствующие договоры для использования его в качестве базы ряда кафедр всех медицинских ВУЗов города и ряда НИИ, для проведения обучения студентов, ординаторов и аспирантов по онкологии, рентгено-радиологии, онкоурологии, онкогинекологии и патологической анатомии;
 11. Под руководством сотрудников Центра д.м.н. Арсеньева А. И. и проф. Мацко Д. Е. в 2013 г была защищена диссертация на соискание ученой степени Е.А.Желбуновой, посвященная различным аспектам ранней диагностики рака легкого. Положительное решение по ней утверждено ВАКом.

Основные успехи и достижения Центра за 2013 год

1. Устойчивая положительная динамика к увеличению основных показателей работы Центра в 2013 году: практически в 2 раза возросло число пролеченных пациентов и проведенных ими койко-дней. Рост показателей прослеживается как в целом по учреждению, так и по отделениям. Выросли показатели хирургической активности.
2. Внедрены новые медицинские технологии по 25 наименованиям.
3. При анализе деятельности АКО Центра за 2013 год отмечен рост количества посещений к врачам-специалистам АКО Центра и количество диагностиче-

- ских исследований. Ежемесячный прирост диагностических исследований составляет в среднем от 5 до 10%.
4. Достигнуто сокращение сроков ожидания госпитализации во все отделения Центра (срок ожидания от 7 до 14 дней).
 5. За 2013 год плановое задание по оказанию бесплатной медицинской помощи, финансируемой из средств ОМС, было перевыполнено и в течение года выросло почти в 2,4 раза с 241 310,0 тыс. руб. до 571 207,3 тыс. руб.
 6. Введено в строй неработающее оборудование (линейный ускоритель ONCOR, операционные, реанимационные палаты), проведены мероприятия по оптимизации использования основных средств.
 7. Начато оказание высокотехнологичной медицинской помощи жителям СПб.

Основные проблемы Центра и пути их решения

1. Проблема повышения укомплектованности квалифицированными кадрами. Для решения этой проблемы администрацией Центра проводятся следующие мероприятия:
 - по повышению престижа профессии – в 2013 году были достигнуты показатели оплаты труда медицинских работников согласно Плану мероприятий «дорожной карты», утвержденного распоряжением Правительства Санкт-Петербурга от 10.04.2013 N 26-рп «О Плана мероприятий («дорожной карте») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в Санкт-Петербурге» на 2013–2018 годы»;
 - по поиску кадров: ежемесячно подаются сведения о наличии вакантных рабочих мест в Центр занятости населения Курортного района, в Сертоловский Центр занятости населения, представители учреждения регулярно и активно принимают участие в ярмарках вакансий, ведется постоянный прием граждан, выразивших свое желание о трудоустройстве;
 - в целях повышения социальной защищенности работников организована профсоюзная организация.
2. Потребность в финансовых средствах на содержание центра, в том числе, на обеспечение работы оборудования и содержание инженерных систем и сетей, была удовлетворена в 2013 году лишь на 50%. В целях решения данной проблемы предприняты меры по увеличению роста оперативной активности в стационаре, привлечению профильных больных и выполнению планового задания к октябрю 2013 года. Увеличение планового задания позволило привлечь дополнительные средства из ТФОМС. Так за 2013 год плановое задание выросло на 237%. Для привлечения дополнительных источников финансирования в Центре начато оказание платных медицинских услуг населению с декабря 2013 года.
3. Недостаточное финансирование противоопухолевых препаратов в рамках Целевой программы по профилактике, раннему выявлению и лечению он-

- кологической патологии и материально-техническому обеспечению государственных учреждений здравоохранения Санкт-Петербурга.
4. Отсутствие поликлиники Центра, в связи с чем ограничена доступность качественного амбулаторного лечения пациентов с онкологическими заболеваниями. Разрабатывается проект по строительству и эксплуатации поликлиники с общежитием гостиничного типа для сотрудников, пациентов дневного стационара и поликлиники, а также родственников больных.
 5. Отсутствие функционирующего пищеблока и буфета, предназначенных для питания пациентов и сотрудников. Решением данной проблемы может стать сдача помещений в аренду с условием взаимовыгодных обязательств по обеспечению питанием больных и сотрудников.
 6. Низкий уровень оплаты труда персонала, в связи с отсутствием диверсификации доходов. В декабре 2013 года начато оказание платных медицинских услуг. Заключены договора на проведение клинических исследований лекарственных средств и медицинской техники.
 7. Удаленность от Санкт-Петербурга и недостаточная оснащенность социальным транспортом по данному направлению.

Задачи и перспективы развития Центра

1. Организация мероприятий с медицинскими учреждениями и районными администрациями города по оптимизации этапов преемственности, сокращения сроков ожидания и повышение доступности специализированной медицинской помощи для пациентов.
2. Обеспечение сокращения сроков догоспитального обследования.
3. Увеличение объема высокотехнологичной медицинской помощи в 2014 году.
4. Внедрение новых уникальных медицинских технологий, применяемых в области онкологии, позволяющих повысить качество и эффективность медицинской помощи.
5. Осуществление перевода сотрудников на эффективный контракт в соответствии с Планом мероприятий «дорожной карты», утвержденного распоряжением Правительства Санкт-Петербурга от 10.04.2013 N 26-рп «О Плане мероприятий («дорожной карте») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в Санкт-Петербурге» на 2013-2018 годы».
6. Строительство специализированной поликлиники для онкологических пациентов.
7. Разработка и внедрение стандартов качества в соответствии с требованиями стандарта ГОСТ Р ИСО 9001-2000 и IWA 1:2005 (ГОСТ Р 53092-2008) в целях улучшения качества оказываемой медицинской помощи и медицинской логистики.
8. Внедрение полноценной электронной истории болезни пациента и ведение регистра пациентов Центра.

9. Обновление парка линейных ускорителей для оказания радиологической помощи онкологическим больным.
10. Создание штата по разделу «наука» с формированием Ученого Совета для интенсификации научных разработок .
11. Создание современного паркинга для автомобилей сотрудников и пациентов.
12. Решение вопроса о строительстве жилого комплекса для сотрудников Центра.
13. Открытие столовой для пациентов и сотрудников
14. Усиление кооперативного взаимодействия с крупнейшими медицинскими учреждениями страны (РОНЦ им. Блохина, СПб государственный университет, РНХИ им. А. Л. Поленова и проч.) для выработки тактики по улучшению оказания медицинской помощи онкологических больных.
15. Расширение контактов с частными медицинскими клиниками города (клиника «Скандинавия», ЛДЦ МИБС им. С. Березина и проч.).
16. Продолжение политики привлечения ведущих специалистов города и страны для участия в работе Центра.
17. Создание попечительского Совета с привлечением крупных деятелей науки, политики и бизнеса.
18. (Endnotes).

Глава 4. Итоги и перспективы развития Онкологического диспансера Московского района Санкт-Петербурга

М.В. Харитонов¹, А.В. Атрощенко², С.Ю. Кожевников¹

¹ СПб ГБУЗ “Онкологический диспансер Московского района”

² Администрация Московского района Санкт-Петербурга,
Отдел здравоохранения

Historical origins, stages of formation and development of the Moscow district Oncology dispensary of St. Petersburg

Kharitonov M. V., Atroshchenko A. V., Kozhevnikov S. Y.

История онкологической службы Московского района начинается с 1963 года, с введения ставки врача-онколога в больнице им. Коняшина. Первым онкологом района был Генин Игорь Борисович. Затем при поликлинике № 48 организовано онкологическое отделение, которое в дальнейшем стало онкологическим отделением городской больницы № 20 и располагалось на Алтайской улице в жилом доме.

В 1982 году отделение переехало в реконструированное здание на Новоизмайловский пр. дом 77. В состав онкологического отделения кроме врачей-онкологов входили эндоскопическая служба, пункт переливания крови, рентгенодиагностический кабинет и кабинет рентгенотерапии.

Московский район по численности онкологической заболеваемости в 1995 году занимал первое место в Санкт-Петербурге (421,4 на 100000), значительно превышая заболеваемость в среднем по России (300 на 100000) и в северо-западном регионе (330 на 100000).

History of oncology service of the Moscow district starts since 1963, with the introduction of oncologist position at Konyashin hospital. The first oncologist of the district was Genin Igor Borisovich. Then at the outpatient hospital № 48 it was organized oncology department, which later became oncology department of the municipal hospital № 20 and was situated in Altaiskaya street in residence building.

In 1982, the department was removed to the renovated building situated in 77 Novoizmaylovsky pr. The structure of the oncology department except oncologists included endoscopic service, blood transfusion station, diagnostic X-ray room and X-ray therapy room.

С целью совершенствования и повышения качества работы онкологической службы района, улучшения работы по ранней диагностике онкологических заболеваний Глава Администрации Московского района Кондаков К.В. обратился в Комитет по Здравоохранению Мэрии Санкт-Петербурга о реорганизации онкологического отделения ТМО № 20 в самостоятельное учреждение — Онкологи-

ческий диспансер Московского района. Председатель Комитета по здравоохранению Корюкин В.Г. поддержал создание диспансера с правом юридического лица.

Распоряжением № 462-р «об изменении структуры ТМО № 20» от 17.03.95 г Администрация Московского района утвердила реорганизацию ТМО № 20 путем выделения из его состава онкологического отделения с гастроцентром и пунктом переливания крови и создания Муниципального учреждения здравоохранения «Онкологический диспансер с диагностическим центром Московского района» с правом юридического самостоятельного учреждения районного подчинения по адресу: Новоизмайловский пр., д. 77.

В 1995 году главным врачом Онкологического диспансера Московского района был назначен Кожевников Сергей Юрьевич (1939–2015).

23 марта 1995 года был разработан и утвержден Устав учреждения. Сразу после образования диспансера, как юридического лица, были выделены средства из бюджета района на косметический ремонт здания, закупку твердого и мягкого инвентаря, приобретение необходимого медицинского оборудования.

Онкологический диспансер



Организация юридически самостоятельного и независимого онкологического учреждения повысило роль и возможности онкологической службы в районе. Сократились сроки ожидания консультации и обследования пациентов. Что в свою очередь привело более своевременному оказанию специализированной (онкологической) помощи в условиях стационара.

Руководители диспансера в различные сроки.



*Кожевников Сергей Юрьевич
1995–2011 г*



*Атрощенко Антон Валерьевич
2011–2012 г*



*Харитонов Михаил
Владимирович
2012 г — по настоящее время*

В настоящее время Сергей Юрьевич Кожевников является научным консультантом диспансера.

Антон Валерьевич Атрощенко возглавляет отдел здравоохранения Администрации Московского района.

В 1995 году в диспансере был организован химиотерапевтический блок в составе врача, медсестры врача и процедурной медсестры обеспечивающий проведение адъювантной химиотерапии, паллиативной химиотерапии, превентивной, противоболевой и симптоматической терапии в случаях возникновения осложнений. Работа блока химиотерапии проводилась под руководством и консультацией врачей — химиотерапевтов НИИ Онкологии им. проф. Н.Н. Петрова и Городского клинического онкологического диспансера. Что позволило внедрять в амбулаторную практику новые схемы полихимиотерапии и проведение высокотоксичных схем лечения с использованием препаратов платины и др. С 2007 года произошло значительное снижение числа больных получивших химиотерапию и гормонотерапию в диспансере. С 2009 года блок химиотерапии не функционирует в связи организацией выдачи и при необходимости введения препаратов пациентам в условиях СПб ГБУЗ ГКОД и ГБУЗ «СПб КНпЦСВМП(о)».

Еженедельно, в диспансере проводится общеврачебная комиссия для разбора наиболее сложных и интересных клинических случаев.

С целью улучшения качества обслуживания инкурабельных онкологических больных IV клинической группы в 1998 году создана выездная бригада «Хоспис на дому». Основной ее задачей было оказание медико-социальной помощи онкологическим больным и психологическая поддержка больных и их родственников. Бригада проводила симптоматическую терапию на дому больным данной группы: инфузионную, дезинтоксикационную терапию, отдельные виды гормонотерапии, перевязки и т.д. В июле 2002 года в Московском районе на базе Городской больницы № 20 открылось отделение «Хоспис». После открытия Хосписа, ему было передано обслуживание и ведение больных IV клинической группы на дому. В связи с реорганизацией системы помощи данной категории больных хосписная бригада диспансера была передана Хоспису.

Рентгенотерапевтический кабинет оснащен установками:

1. Аппарат «Рентген-ТА» для близкофокусной рентгенотерапии
2. Аппарат РУМ-17 для проведения дальне дистанционной рентгенотерапии в глубоком и полуглубоком режиме.

Наличие данной аппаратуры позволяет проводить следующие методики лечения пациентов: коротко дистанционная рентгенотерапия рака кожи (базально-клеточного и плоскоклеточного) с радикальной целью, предраковых заболеваний кожи (Болезнь Боуэна, ксеродермия и т.д.), труднодоступных для хирургического лечения локализаций (опухоли век, ушных раковин, опухоли верхней губы, опухоли с нечеткими границами, опухоли больших размеров), келлоидных и гипертрофических рубцов с антифиброзной целью.

Дистанционная рентгенотерапия: как I этап сочетанной лучевой терапии местно распространенных процессов рака кожи, как этап комбинированного лечения

рака кожи (до и послеоперационная рентгенотерапия), с паллиативной и симптоматической целью костных метастазов, неопухолевых заболеваний различных локализаций с противовоспалительной и болеутоляющей целью.

В рентгенотерапевтическом кабинете обеспечивается лечение всех выявленных раков кожи (кроме меланобластом). Эффективность излечения составляет 100%. В связи с высоким уровнем заболеваемости раком кожи в Московском районе, значительно превышающем средние показатели по городу, рентгенотерапевтический кабинет работает при наличии одной ставки врача с повышенной нагрузкой до 150% к установленным нормативам.

В структуре заболеваний жителей Московского района болезни органов пищеварения занимают третье место, составляя более 16 тысяч больных. Ежегодно выявляется более 5 тысяч заболеваний. На диспансерном учете состоит 6318 больных из них 455 больных язвенной болезнью желудка. В структуре распределения госпитализированных по классам болезней гастроэнтерологические больные занимают второе место (165,5 на 10 тысяч). Госпитализация больных по поводу прободных язв и желудочных кровотечений остается достаточно высокой, причем более 50% этих больных – моложе 60 лет. Летальность среди этого контингента госпитализированных больных высокая и в различные годы колебалась от прободной язвы от 6% до 29%, от желудочных кровотечений – 9,1%-14,5%.

При выполнении в полном объеме функций районного гастроэнтерологического центра по «Положению о городской гастроэнтерологической службе» число гастроэнтерологических больных, нуждающихся в консультации и диспансерном наблюдении у врачей гастроэнтерологов, с учетом уровня заболеваемости в районе, увеличится в два раза, число УЗИ в четыре раза в результате консультации и диспансерного наблюдения больных холециститом и панкреатитом. Открытие гастроэнтерологического районного центра на базе диспансера в 2003 году создало условия не только адекватного выявления и лечения заболеваний этой локализации, но и улучшили диагностику опухолей желудочно-кишечного тракта. Наличие в составе диспансера гастроэнтерологического центра способствует более раннему выявлению злокачественных опухолей желудочно-кишечного тракта и позволяет осуществлять полноценную реабилитацию онкологических больных после операций на желудке и толстом кишечнике.

Хорошее оснащение диспансера современным диагностическим оборудованием и высокая квалификация медицинского персонала позволили организовать лечебно-диагностическую работу на современном уровне.

Основное направление работы эндоскопических кабинетов — выявление воспалительных, предопухолевых заболеваний и злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта, наблюдение пролеченных гастроэнтерологических и онкологических больных с целью раннего выявления рецидивов. В эндоскопических кабинетах проводятся плановые исследования пищевода, желудка, 12 пер. кишки, ободочной и прямой кишки. Производится взятие материала на гистологическое и цитологическое исследования для верификации

диагноза. Эндоскопические кабинеты оснащены современным оборудованием (фиброгастроскоп, фиброколоноскоп) фирм производителей: OLYMPUS и PENTAX.

Рентгенологическая служба СПб ГБУЗ «Онкологический диспансер Московского района» представлена рентгенодиагностической универсальной телеуправляемой системой Siemens Luminos RF Classic и маммографом «GIOTTO IMAGE».

Кабинет ультразвуковой диагностики оснащен ультразвуковыми сканерами MEDISON SonoAce 9900 и MEDISON ACCUVIX V10 с модулем эластографии. В кабинете проводятся ультразвуковые исследования органов брюшной полости, молочных желез, щитовидной железы, мягких тканей, органов малого таза, мочевого пузыря. Проведение ультразвуковых исследований в комплексном обследовании пациентов способствует выявлению онкологических заболеваний на более ранних стадиях, раннему выявлению рецидивов и метастазов, контролю за эффективностью лечения. Выполняются трепан-биопсии образований молочных желез под контролем УЗИ.

Количество посещений за период 2010 – 2013 годы

Отделения	Годы			
	2010	2011	2012	2013
Онкологическое	33165	34093	35562	35463
Гастроэнтерологическое	12279	11044	12137	15723
Всего:	45444	45137	47699	51186

Как видно из данной таблицы, количество обращений пациентов в онкологический диспансер возрастает из года в год.

Основные показатели деятельности учреждения в различные годы

Основные показатели	Годы			
	1995	2005	2007	2013
Число впервые выявленных злокачественных новообразований	1287	1159	1079	1255
Заболеваемость на 100000	421,4	431,1	441,8	437,7
Процент морфологической верификации диагноза	68	85,5	85,7	87,8
Процент больных выявленных в IV стадии	19,7	13,6	13,9	6,1
Смертность от онкологических заболеваний	871	646	564	578
Одногодичная летальность в %	46,9	31,6	36,1	27,8
Число онкологических больных состоящих на диспансерном учете	6343	7400	8648	9254
Онкологические больные состоящие на учете 5 и более лет (%)	51,5	55,6	62,1	62,2

Как видно из таблицы, число пациентов с впервые выявленным онкологическим диагнозом варьирует в пределах одних “цифр”. Обращает на себя внимание: увеличение процента морфологической верификации диагноза с 68% в 1995 году до 87,8% в 2013, число пациентов состоящих на диспансерном учете с 6343 в 1995 до 9254 в 2013 году. Что в свою очередь вероятнее всего связано со: снижением одногодичной летальности с 46,9% в 1995 году, до 27,8% в 2013, и увеличением пациентов с пятилетней выживаемостью.

Динамика структуры онкологической заболеваемости населения Московского района в основном соответствует данным по Санкт-Петербургу, однако, отличается по отдельным локализациям. Структура онкологической заболеваемости в Московском районе представляет интерес для организации работы по раннему выявлению раковых заболеваний.

Глава 5. Итоги и перспективы развития Кафедры онкологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П.Павлова

В.В. Семиглазов

Results and perspectives of development of the Department of Oncology, 1st I.P. Pavlov State Medical University of St. Petersburg

V.V. Semiglazov

В статье подведены итоги почти 40-летней образовательной, научной и лечебной деятельности кафедры онкологии ВУЗа, как современного компонента системы онкологической службы и противораковой борьбы. Кафедра онкологии 1-го Ленинградского медицинского института - ныне Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, была основана 31 августа 1976 года и с момента своей организации располагалась на базе НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова. В последующем, многолетний опыт подтвердил целесообразность расположения кафедры учебного заведения на базе специализированного научного учреждения. Заведующими кафедрой избирались профессор В.И. Столяров, профессор О.Н. Волков, а с 2006 г. по настоящее время кафедру возглавляет доктор медицинских наук В.В. Семиглазов.

Ежегодно обучение на кафедре проходят около 450 студентов 6 курса. Приоритетным направлением учебного процесса остается приобретение практических навыков по профилактике, диагностике, лечению злокачественных новообразований и диспансеризации онкологических больных. В последние годы последипломное обучение дополнительно проходят клинические ординаторы и аспиранты.

В научном отношении кафедра принимает участие в совместной инновационной деятельности с НИИ онкологии им. Н.Н. Пе-

The article summarizes the results of almost 40 years of educational, scientific and medical activities of Oncology Department of the university, as a part of oncology service and cancer control. The Department of Oncology of the 1st Leningrad Medical Institute - currently 1st I.P. Pavlov State Medical University of St. Petersburg, was founded on August 31, 1976 and since the moment of its establishment it has been situated on the basis of N.N. Petrov Research Institute of Oncology. Subsequently, long-term experience has confirmed expediency of the department of the institution on the basis of specialized scientific institution. Heads of the department were Prof. V.I. Stolyarov, Prof. O.N. Volkov, and since 2006 to the present time, the department is headed by Doctor of Medical Sciences V.V. Semiglazov.

Annually about 450 students of 6th year are trained at the department. A priority of educational process is the acquisition of practical skills in the prevention, diagnosis, treatment of malignant tumors and health examination of cancer patients. In recent years, further postgraduate training courses are taken by clinical resident physicians and postgraduate students.

Scientifically the Department participates in the co-innovation activities with N.N. Petrov Research Institute of Oncology

трова и с международными медицинскими организациями. За время работы опубликованы сотни научных работ. Только за 5 последних лет из печати вышли 4 монографии. К защите представлены 4 диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук.

Участвуя в лечебно-консультативной помощи онкологическим больным, сотрудники кафедры разрабатывали высокотехнологические методы диагностики и лечения злокачественных опухолей. Однако в своей деятельности кафедрой неоднократно подчеркивалось, что в конечном итоге, перспективы онкологии должны быть очерчены проблемой профилактики новообразований.

and international health organizations. During the work hundreds of scientific papers were published. Only for the last 5 years 4 monographs were published. 4 theses are presented for the degree of candidate of medical sciences.

Participating in medical care and counseling for cancer patients, the staff of the Department developed high-tech methods of diagnosis and treatment of cancer. However, in the activity of the Department it was emphasized that ultimately perspectives of oncology should be outlined by the problem of preventing tumors.

С момента издания предыдущего сборника прошло почти 10 лет. За это время совершенствовалась учебно-методическая работа, расширялась тематика научных исследований, новые медицинские технологии внедрялись в лечебную работу. Обеспечивая применение на практике современных разработок в области диагностики и лечения больных в своей деятельности кафедрой неоднократно отмечалось, что в конечном итоге, перспективы онкологии должны быть очерчены проблемой профилактики новообразований.

Кафедра онкологии 1-го Ленинградского медицинского института - ныне Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова, была основана 31 августа 1976 года.



Столяров Виктор Иванович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой онкологии 1 Ленинградского медицинского института им. акад. И.П. Павлова с 1976 по 1997 год.

Руководство 1 ЛМИ безоговорочно согласилось с целесообразностью базового расположения кафедры, так как научный потенциал Института онкологии с большой пользой может быть использован не только для клинической работы сотрудников, но и для педагогического процесса. Это решение вступило в силу на совместной встрече Ректора 1 ЛМИ им. акад. И.П. Павлова В.А. Миняева и Директора НИИ онкологии им. проф. Н.Н. Петрова Н.П. Напалкова.

Академик Б.В. Петровский (Министр Здравоохранения СССР), посетив кафедру 11 ноября 1978 года,

с одобрением отметил перспективность расположения кафедры ВУЗа на базе отделения профильного НИИ с единым руководством, обеспечивающим создание учебно-научно-лечебной структуры.

Заведующим кафедрой был избран руководитель отделения общей онкологии НИИ онкологии им. проф. Н.Н. Петрова Виктор Иванович Столяров (1976 – 1997 гг.). Тем самым, заведывание кафедрой и руководство отделением было сосредоточено в одних руках. Становление В.И. Столярова, как клинициста, ученого и педагога, проходило под руководством чл.-корр. АМН С.А. Холдина и чл.-корр. АМН А.И. Ракова. Целеустремленность и трудолюбие позволили стать ему известным хирургом-онкологом и организатором учебного процесса.

В 1979 году В.И. Столяров защитил докторскую диссертацию «Комбинированное (хирургическое и лучевое) лечение рака пищевода и кардиального отдела желудка», в 1981 году ему присвоено звание профессор. Руководитель научного исследования по комбинированному лечению рака пищевода В.И. Столяров получил почетное звание Общества хирургов Чехии и Словакии им. Пуркинье и представлял полученные результаты на 14-м Всемирном конгрессе онкологов. Методика комбинированного лечения обогатилась микрохирургической техникой при пластике пищевода. Эта разработка получила признание Хирургического общества им. Н.И. Пирогова.



Первый преподавательский состав кафедры (слева - направо: В.А. Тришкин, О.Н. Волков, В.И. Столяров, Г.Г. Павлов, В.Л. Винокуров).

В.И. Столяров – автор более 300 научных работ, из них 8 монографий, в своей работе большое значение уделял фундаментальным исследованиям, направленным на изучение этиологии и патогенеза опухолей. Под его руководством защищены 12 кандидатских и 2 докторские диссертации. В течение 12 лет руководил научным обществом онкологов Санкт-Петербурга и области. В.И. Столяровым выполнены сотни тяжелейших хирургических вмешательств, им внесены существенные усовершенствования в методики лечения онкологических больных.

С 1997 по 2005 гг. кафедре возглавлял профессор О.Н. Волков. Будучи научным сотрудником Института онкологии при организации кафедры к.м.н. О.Н. Волков прошел по конкурсу на должность ассистента, затем избирался доцентом, профессором и заведующим кафедрой. В 1985 году защитил докторскую диссертацию «Диагностика, комбинированное лечение и реабилитация больных раком проксимального отдела желудка». О.Н. Волков – автор 185 научных работ, в том числе 2 монографий.



Волков Олег Николаевич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой онкологии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова с 1997 по 2005 год.

С 2006 г. по настоящее время заведующим кафедрой является доктор медицинских наук В.В. Семиглазов. В.В. Семиглазов автор более 150 научных работ, посвященных опухолям различных локализаций, и 6 монографий по проблемам клиники, диагностики и лечения рака молочной железы. В 1998 года защитил диссертацию на соискание ученой степени кандидата медицинских наук: «Эффективность органосохраняющего лечения при первичных злокачественных и метастатических опухолях костей», а в 2004 году – докторскую диссертацию «Клиническая характеристика и лечение неинвазивных и минимальных инвазивных форм рака молочной железы».



Семиглазов Владислав Владимирович доктор медицинских наук, заведующий кафедрой онкологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова.

В настоящее время на кафедре продолжают работать Г.И. Гафтон, С.М. Ергнян, В.Н. Клименко, В.В. Корхов, И.Ю. Малых, В.В. Семиглазов, Т.Т. Табагуа, В.А. Тришкин, Е.В. Тришкина, М.В. Харитонов, Н.Г. Шашкова.

Ученую степень доктора имеют 4 и кандидата медицинских наук 6 человек, ученое звание профессор присуждено 1, а доцент 4 сотрудникам.

Ежегодно на кафедре проходят обучение около 450 студентов. Анализ подготовки студентов позволил более четко определить программу двухнедельного цикла занятий по онкологии в группах 6 курса лечебного факультета, факультета спортивной медицины и факультета иностранных студентов. Преподавание онкологии должно координироваться с другими кафедрами и учитывать многолетний опыт профессорско-преподавательского коллектива ПСПбГМУ им. И.П. Павлова.

В рамках рабочей программы кафедры, составленной с учетом основополагающих документов вышестоящих образовательных учреждений, к ключевым направлениям в учебном процессе относились организация онкологической помощи, врачебная этика и деонтология, эпидемиология и профилактика рака, клиническая картина, тактика врача общей практики, ранняя диагностика, принципы радикального лечения, паллиативная помощь, трудовая экспертиза и трудоустройство. Акцент все же был ориентирован на изучение возможностей ранней диагностики, от которой, в конечном итоге, зависят индивидуализация и успех лечебных мероприятий.

Одной из основных задач учебного процесса признана необходимость формирования у студентов оптимистически оправданного взгляда на возможность радикального излечения онкологических больных при своевременном выявлении



Сотрудники кафедры онкологии (слева - направо): И.Ю. Малых, С.М. Ергян, В.А. Тришкин, В.В. Корхов, В.Н. Клименко, В.В. Семиглазов, Н.Г. Шашкова, Г.И. Гафтон.

опухолевого процесса. Главным в прохождении цикла занятий было воспитание онкологической настороженности, независимо от дальнейшей профессиональной ориентации студентов. Это положение, наряду с необходимостью синтезировать сведения по онкологии, полученные на смежных кафедрах, с учетом современных возможностей ранней диагностики и комбинированного лечения злокачественных опухолей, остается приоритетным в работе по настоящее время.

Для расширения представления студентов о работе районного онколога уделяется внимание амбулаторному компоненту занятий. В системе онкологической службы Московского района СПб был организован и получил положительную оценку элективный цикл «Амбулаторная онкология». Несомненным преимуществом этого цикла является уникальная возможность ознакомления с работой всех звеньев онкологической службы (от онкологического кабинета до хосписа). Еще один элективный курс «Симптоматическое лечение при злокачественных новообразованиях» посвящен современным возможностям симптоматической терапии и ее особенностям при основных проявлениях распространенного опухолевого процесса и осложнениях проведенного специального лечения.

Несмотря на устоявшуюся программу обучения, без сомнения, учитывались пожелания студентов в плане рассмотрения современных проблем клинической и экспериментальной онкологии. В этом отношении кафедра опиралась на профессорский состав НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова с организацией встреч с ведущими клинических отделений и экспериментальных лабораторий – в про-

шлом выпускниками 1 ЛМИ им.акад. И.П. Павлова. Для оптимизации системы обучения сотрудниками кафедры дополнительно издано 20 учебно-методических работ, посвященных не только общим вопросам диагностики и лечения опухолей, но и основным локализациям злокачественных новообразований. Из них рекомендации «Современные методы диагностики злокачественных опухолей» (2008 г.) и «Современные методы лечения злокачественных опухолей» (2008 г.) предназначены, как для практических занятий, так и самостоятельной работы не только студентов, но и клинических ординаторов и аспирантов.

Тем не менее, приоритетной оставалась все же практическая работа студентов, включающая приобретение навыков по профилактике, диагностике, лечению злокачественных новообразований и диспансеризации онкологических больных.

Студенческое научное общество создано практически с момента основания кафедры, в нем постоянно занимаются 8-10 человек. Тематика работ студентов чрезвычайно разнообразна и охватывает практически все разделы онкологии, что способствовало организации и проведению совместных заседаний СНО с такими смежными кафедрами, как факультетская хирургия, кожные болезни. Наряду с преподавателями кафедры, работу СНО дополнительно курировали сотрудники Института онкологии, так как с учетом своих склонностей студенты включались в научные исследования клинических отделений и экспериментальных лабораторий. Студенты СНО и молодые ученые кафедры постоянно принимали участие в ежегодных научно-практических конференциях ПСПбГМУ им. И.П. Павлова. За последние 5 лет были опубликованы 43 научные работы. Доклады студентов отмечены дипломами и грамотами. Сообщения с участием студентов были представлены также на двух заседаниях научного общества онкологов Санкт-Петербурга и области. Сочетая научную работу с практической деятельностью, студенты осваивали принципы диагностики и лечения новообразований и в последующем поступали в клиническую ординатуру или аспирантуру, иногда даже оставаясь в штатах Института онкологии. Таким образом, по итогам работы студенты СНО получали профессиональную ориентацию и возможность последипломного образования, так как кафедра дополнительно включилась в обучение клинических ординаторов и аспирантов.

В научном отношении кафедра принимала участие в совершенствовании методов профилактики, диагностики и лечения злокачественных новообразований мягких тканей и костей, молочной железы, легких и средостения, пищевода и кардиального отдела желудка, прямой кишки, шейки матки, забрюшинного пространства и внедрении полученных результатов в практическое здравоохранение.

Основным направлением научной работы кафедры оставалась проблема комбинированного лечения и медицинской реабилитации больных саркомами мягких тканей. В последние годы в эту тематику включена разработка комбинированного лечения и органосохраняющих операций при опухолях костей. Комбинированные программы лечения при опухолях опорно-двигательного аппарата являются одной из актуальных задач дальнейших изысканий, тем более, что кафедра базируется на отделении, которое было ответственным исполнителем этой проблемы

в стране. В результате НИР сформулирована современная концепция лечения (облучение + операция) злокачественных опухолей мягких тканей и костей. Неoadьювантная лучевая терапия позволила избежать ампутации конечностей в 15% случаев. Достоверно увеличилась выживаемость больных, подвергшихся комбинированному методу. Частота и характер осложнений оставались однотипными (В.А. Тришкин). Естественным стремлением современной онкохирургии является выполнение органосохраняющих операций. В расширении показаний к сберегательным вмешательствам при местно-распространенных опухолях подтверждена эффективность изолированной регионарной химиоперфузии с гипертермией (Г.И. Гафтон). В рамках различных аспектов медицинской реабилитации, совместно с Институтом протезирования разработан протез оригинальной конструкции специально для больных, перенесших гемипельвэктомия. Аналогов такого протеза в мире нет (В.А. Тришкин, К.К. Щербина).

Научные изыскания по проблеме рака молочной железы проводились в двух направлениях. К первому относилась программа ранней (доклинической) диагностики и лечения непальпируемых форм и рака *in situ* молочной железы. Внедрен алгоритм диагностических мероприятий при подозрении на опухоль этой локализации. Выполнение стереотаксической биопсии образований молочной железы под контролем лучевых методов диагностики, повышает точность исследования и позволяет избежать ненужных оперативных вмешательств более чем в 90% случаев. На основании проведенного исследования детализированы принципы органосохраняющих вмешательств, лучевой терапии и системного лечения больных раком *in situ* молочной железы (В.В. Семиглазов).

Второе направление обеспечило обоснование комбинированного и комплексного лечения местно-распространенных и метастатических форм рака молочной железы категории T4N0-3M0-1. В этом исследовании наряду с хирургическим лечением и системной терапией цитостатиками и таргетными препаратами проводилась радиочастотная абляция единичных отдаленных метастазов в печени (В.В. Семиглазов, Г.И. Гафтон).

Накопленный опыт позволил сформулировать оценку значимости видеоторакоскопии в диагностике и определении степени распространения новообразований лёгкого, средостения и плевры. Обоснованы объективные показания к ее применению в онкологической практике. Видеоторакоскопия с плевродезом оказалась эффективным симптоматическим методом лечения опухолевых экссудативных плевритов. В настоящее время продолжается разработка по определению показаний и оценке результатов роботизированных торакаскопических операций (В.Н. Клименко).

Как научно-клиническое подразделение, кафедра участвовала в отраслевой программе МЗ РФ «Онкология» и в госбюджетной теме «Экспериментальное и клиническое обоснование современных подходов к профилактике, лечению и прогнозу злокачественных опухолей». Это послужило основой для обмена опытом и разработки новых медицинских технологий в области современных достижений по проблемам профилактики, диагностики и лечения злокачественных опухолей ос-

новых локализаций по линии совместной инновационной деятельности с НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова и с международными организациями ESMO, ESO, ECCO и ASCO.

За время работы сотрудниками кафедры опубликовано несколько сотен научных работ, в том числе монографий и сборников, методических пособий и рекомендаций, статей в зарубежных, общероссийских и журналах СНГ, тезисов докладов на съездах, симпозиумах и конференциях международного, российского и регионального значения.

За 5 последних лет из печати вышли 4 монографии, 48 статей в центральных журналах и 46 работ в нерегулярных изданиях, 10 методических пособий и рекомендаций, 35 устных сообщений на научных форумах. К защите представлены 4 диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Защищен патент на изобретение.

Из числа монографий следует отметить две: «Видеоторакоскопия в диагностике и лечении новообразований лёгкого, средостения и плевры» и «Рак молочной железы», которые подводят итоги многолетней совместной работы Университета и НИИ онкологии в плане разработки и усовершенствования методов диагностики и лечения опухолей молочной железы и новообразований органов грудной клетки.

Сотрудники кафедры в полном объеме участвовали в лечебно-консультативной помощи больным злокачественными новообразованиями в клинических подразделениях Института онкологии и в городских лечебно-диагностических учреждениях. Из высокотехнологических методов диагностики и лечения новообразований, разрабатываемых при участии сотрудников кафедры, следует отметить маммографическую визуализацию и стереотаксическую биопсию непальпируемых опухолей под контролем эластографии, идентификацию сторожевых лимфатических узлов, видеоторакоскопический комбинированный плевродез, изолированную регионарную химиоперфузию с гипертермией при саркомах конечностей, радиочастотную деструкцию метастазов в печень. Эти методики можно отнести к новым медицинским технологиям.

Многолетний опыт подтвердил целесообразность расположения кафедры на базе специализированного научного учреждения – НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова, имеющего современную диагностическую аппаратуру и проводящего высокотехнологическое комбинированное и комплексное лечение больных злокачественными новообразованиями. Кроме того, в Институте онкологии находятся почти все кафедры и курсы онкологии учебных заведений СПб, что создает благоприятные условия для обмена опытом и совершенствования учебного процесса. Успех учебной, научной и лечебной деятельности кафедры невозможен без активного участия сотрудников в работе НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова.

Глава 6. История кафедры онкологии Северо-Западного Государственного Медицинского Университета им. И.И. Мечникова Российской Федерации

А.М. Беляев

History of the Department of Oncology, North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov of the Russian Federation

A.M. Belyaev

Становление, развитие и преподавание на кафедре онкологии в стенах Северо-Западного Государственного Медицинского Университета им. И.И. Мечникова исторически неразрывно связано с деятельностью основоположника отечественной онкологии академика АМН СССР, профессора Н.Н. Петрова. Уже в те, теперь далекие от нас годы, Н.Н. Петров указывал на большие пробелы в преподавании онкологии в медицинских институтах, необходимость выделения этой дисциплины в особый самостоятельный раздел клинической и экспериментальной медицины. Долгие годы, с 1913 по 1958 гг., Н.Н. Петров возглавлял в ГИДУВе кафедру хирургии, в деятельности которой, под его руководством проблемы онкологии занимали доминирующее положение. Для преподавания различных разделов онкологии им были привлечены сотрудники созданного Института Онкологии; занятия проходили в основном на базе Института.

Один из его учеников и ближайших соратников профессор С.А. Холдин среди других образовательных направлений обосновал необходимость и предложил ввести преподавание онкологии в медицинских ВУЗах нашей страны в объеме доцентского курса, включённого в учебную программу последних семестров обучения. Эта идея была успешно претворена в жизнь.

Formation, development and teaching at the Department of Oncology of the North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov is historically connected with the activity of the founder of the national oncology - Academician of AMS USSR, Prof. N.N. Petrov. Even in those distant years N.N. Petrov pointed to major gaps in the teaching of oncology at the medical institutes, the necessity to distinguish this particular discipline in a separate section of clinical and experimental medicine. For many years, from 1913 to 1958, N.N. Petrov headed the Department of Surgery in the State Institute of Postgraduate Medical Training; under his leadership the problems in oncology had a dominant position. The scientists from the established Institute of Oncology were involved in teaching of different oncology disciplines; the studies were held mainly at the Institute.

One of his followers and colleagues was Prof. S.A. Kholdin who, among other educational programs, proved the necessity and proposed to introduce the oncology training at the medical universities of our country as a docent training course, included in the curriculum of the last semesters. This idea was successfully implemented.

In 1935 N.N. Petrov put the main duty of oncology training on Semen Abramovich Kholdin. During his work as an assistant

В 1935 году основные обязанности по преподаванию онкологии Н.Н. Петров возложил на Семена Абрамовича Холдина. Уже в процессе своей работы в качестве ассистента, а затем доцента кафедры онкологии С.А. Холдин опубликовал в сборнике «10 лет Института Онкологии» подготовленную им программу онкологического цикла для кафедры онкологии ГИДУВа.

Официальное признание кафедра Онкологии получила только в 1944 году в соответствии с приказом Всесоюзного комитета по делам Высшей школы при СНК СССР № 301 от 28.10.1944. Заведующим кафедрой онкологии С.А. Холдин был официально избран 16.11.1944 года и занимал этот пост одновременно с работой в НИИ онкологии до 1953 года.

В 1953 году кафедру онкологии возглавил Александр Иванович Раков, широко известный хирург-онколог, крупный специалист, внесший большой вклад в разработку общих принципов диагностики и лечения злокачественных новообразований. А.И. Раков возглавлял кафедру онкологии по 1970 год.

В 1970 году, кафедру возглавил профессор Владимир Николаевич Демин. В.Н. Демин пришел в ГИДУВ в 1946 году в качестве аспиранта, защитил кандидатскую и затем докторскую диссертации под руководством С.А. Холдина и с 1970 по 1986 год возглавлял кафедру онкологии. Кроме того, с 1955 по 1962 год В.Н. Демин выполнял функции главного онколога города и внес значимый вклад в развитие противораковой борьбы в Ленинграде.

В целом, по данным В.Н. Демина, за период с 1931 по 1980 годы, кафедра провела 125 циклов, сотрудники кафедры приняли участие в издании 8 руководств, 16 монографий, 62 лекций. В.Н. Демин за годы работы на кафедре опубликовал более 300 научных работ, в том числе 2 монографии. С 1986 по 2001 год кафедрой онкологии руководил профессор Владимир Васильевич Мартынюк, ученик проф. А.И. Ракова, автор 130 научных работ, известный хирург, ученый и преподаватель.

and then as an associate professor of the Department of Oncology, S.A. Kholdin published the oncology training program for the Department of Oncology of the State Institute of Postgraduate Medical Training in the book "10 years of the Institute of Oncology".

The official recognition of the Department of Oncology was only in 1944, in accordance with the Order of the All-Union Committee for Higher Education of Council of People's Commissars USSR №301 from 10.28.1944. S.A. Kholdin was officially elected as the Head of the Department of Oncology on November 16, 1944 and held that position while working in the Oncology Research Institute until 1953.

In 1953 Alexander Ivanovich Rakov headed the Department of Oncology, a well-known surgeon-oncologist, a great specialist, who made a great contribution to the development of general principles of cancer diagnosis and treatment, A.I. Rakov headed the Department of Oncology until 1970.

In 1970, the Department was headed by Prof. Vladimir Nikolaevich Demin. V.N. Demin started to work in the State Institute of Postgraduate Medical Training in 1946 as a post-graduate student, and then passed Ph.D. defense under the supervision of S.A. Kholdin and from 1970 to 1986 headed the Department of Oncology. Moreover, from 1955 to 1962 V.N. Demin was a chief oncologist of the city and made a significant contribution to the development of cancer control programs in Leningrad.

In general, according to the data of V.N. Demin, for the period from 1931 to 1980, there were 125 courses in the Department; the staff in the Department took part in the publication of 8 manuals, 16 monographs, and 62 lectures. V.N. Demin during his work in the Department published more than 300 scientific papers, including 2 monographs. From 1986 to 2001, Prof. Vladimir Vasilievich Martynyuk headed the Department of Oncology, the follower of Prof. A.I. Rakov, the author of 130 scientific papers, a famous surgeon, scientist and lecturer.

С 2001 по 2011 год кафедрой заведовал профессор Владимир Михайлович Моисеенко. В.М. Моисеенко - автор более 250 научных работ, в том числе 4 монографий. Заслугой В.М. Моисеенко является создание впервые в стране Отечественной Школы Онкологов с изданием журнала «Практическая онкология». С 2001 года начался новый этап в деятельности кафедры, когда через 30 лет произошло ее воссоединение с НИИ онкологии им. проф. Н.Н. Петрова, что, естественно, усилило научный потенциал и открыло перспективы в организационно-методической деятельности.

В послевоенное и более позднее время изучение студентами онкологии происходило на различных кафедрах института им. И.И. Мечникова в процессе познания других профильных клинических дисциплин. Так в течение 1980 – 89 гг. курс онкологии входил в состав кафедры хирургических болезней № 2 (15 павильон). Курсом руководил проф. Анатолий Николаевич Матыцин, несомненной заслугой которого явилась организация обучения студентов на базе клинических подразделений НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова. В последующем (1990-95гг.) заведование курсом онкологии перешло к проф. Дмитрию Георгиевичу Беляеву, основным направлением его клинической и научной деятельности являлось анестезиологическое пособие при хирургических операциях и борьба с болью у больных злокачественными опухолями. В 1996 году на заведование курсом онкологии с перспективой создания кафедры был приглашен д.м.н. В.Г. Лемехов.

В 1997 году по инициативе ректора института им. И.И. Мечникова академика РАМН, проф. А.В. Шаброва решением Ученого совета курс онкологии был преобразован в кафедру онкологии, на заведование которой в должности профессора был по конкурсу избран В.Г. Лемехов. Клинической и научной базой кафедры являлся Институт онкологии им. проф. Н.Н. Петрова. В 2011 году в соответствии с приказом Минздрава России от 23.06.2011 № 609 «О реорганизации Федерального государ-

From 2001 to 2011 Prof. Vladimir Mikhailovich Moiseenko headed the Department. V.M. Moiseenko is the author of more than 250 scientific papers, including 4 monographs. One of the achievements of V.M. Moiseenko is the creation the country's first School of Oncology with the issue of Practical Oncology journal. Since 2001 a new era started in the activity of the Department, when after 30 years it has been reintegrated into the Petrov Research Oncology Institute that strengthened the scientific potential and opened up the prospects in the organizational and methodological activities.

In the post-war era and later oncology training for students was realized within the various departments of the Institute named after I.I. Mechnikov in the process of learning other specialized clinical disciplines. So from 1980 to 1989 oncology training course was part of the Department of Surgical Diseases №2 (15 pavilion). The course was headed by Prof. Anatoly Nikolaevich Matytsin, his main achievement was the organization of training for students on the basis of clinical departments of the Petrov Research Oncology Institute. Then from 1990 to 1995 the oncology training course was headed by Prof. Dmitry Georgievich Belyaev, the main focus of his clinical and research activities was the anaesthetic support and pain management in patients with malignant tumors. In 1996, Dr.scient.med. V.G.Lemekhov was invited to head the oncology training course with a perspective of organizing the Department.

In 1997, upon an initiative of RAMS academician, Prof. A.V. Shabrov, the head of the Institute named after I.I.Mechnikov, by the decision of the Academic Council the oncology training course was transformed into the Department of Oncology; Prof. V.G. Lemekhov was elected by competition as the head of the Department. The clinical and scientific basis of the Department was the Petrov Research Oncology Institute. In 2011, in accordance with the Order of the

ственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Санкт-Петербургская государственная медицинская академия имени И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Государственного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» были реорганизованы в форме слияния с последующим образованием государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова». Тем самым создана преемственность в обучении онкологии на до- и последипломном уровнях. В процессе слияния этих учреждений произведено объединение их кафедр онкологии в одну (12.10.2011), заведующим которой стал директор НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова д.м.н., профессор Алексей Михайлович Беляев.

Ministry Healthcare and Social Development of Russia from 23.06.2011 №609 «On reorganization of the Federal State Institution of Higher Professional Education “Saint Petersburg State Medical Academy named after I.I. Mechnikov” of the Ministry of Healthcare and Social Development of the Russian Federation and the State Educational Institution of Additional Professional Training “St. Petersburg Medical Academy of Postgraduate Education of the Federal Agency for Healthcare and Social Development” were reorganized in the form of merger with subsequent formation of State Budgetary Educational Institution of Higher Education “North-Western State Medical University named after I.I.Mechnikov.” Thus, continuity in oncology training was created at undergraduate and postgraduate levels. In the merging process of these institutions, the departments were unified into one Department of Oncology (12.10.2011), the head of which is the director of the Petrov Oncology Research Institute Dr.scient.med. Prof. Alexei Mikhailovich Belyaev.



Заведующий кафедрой – д.м.н., проф. Алексей Михайлович Беляев Алексей Михайлович

Тел. 8(812)439-95-29, e-mail mapo@niioncologii.ru
Адрес СПб, Песочный-2, ул. Ленинградская, 68
Клиническая база - ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» МЗ РФ

Становление, развитие и преподавание на кафедре онкологии в стенах Северо-Западного Государственного Медицинского Университета им. И.И. Мечникова исторически неразрывно связано с деятельностью основоположника отечественной онкологии академика АМН СССР, профессора Н.Н. Петрова. Уже в те, теперь далекие от нас годы, Н.Н. Петров указывал на большие пробелы в преподавании онкологии в медицинских институтах, необходимость выделения этой дисциплины в особый самостоятельный раздел клинической и экспериментальной медицины. Долгие годы, с 1913 по 1958 гг. Н.Н. Петров возглавлял в ГИДУВе кафедру хирургии, в деятельности которой, под его руководством проблемы онкологии занимали доминирующее положение. В результате исключительной активности Н.Н. Петрова, его неоднократных выступлений в печати, на совещаниях и съездах, в наркомздраве РСФСР, в Ленинграде в 1927 году на базе больницы им. И.И. Мечникова в 9 павильоне был создан Научно-практический онкологический Институт ленинградского губернского отдела здравоохранения, ныне НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова. В 1931 году Николаем Николаевичем Петровым была организована доцентура по онкологии на возглавляемой им кафедре хирургии ГИДУВА. Вместе с тем, клинической и научной базой был и остается НИИ онкологии. Для преподавания различных разделов онкологии им были привлечены сотрудники созданного Института Онкологии; занятия проходили в основном на базе Института.

Один из его учеников и ближайших соратников профессор С.А. Холдин среди других образовательных направлений обосновал необходимость и предложил ввести преподавание онкологии в медицинских ВУЗах нашей страны в объеме доцентского курса, включённого в учебную программу последних семестров обучения. Эта идея была успешно претворена в жизнь. Сотрудниками Ленинградского онкологического института такой учебный курс по онкологии был создан, включён в программу обучения студентов 4 – го курса больницы-медвуза им. И.И. Мечникова и впервые проведен в период 1934-35 учебного года.

В 1935 году основные обязанности по преподаванию онкологии Н.Н. Петров возложил на Семена Абрамовича Холдина. Уже в процессе своей работы в качестве ассистента, а затем доцента кафедры онкологии, С.А. Холдин опубликовал в сборнике «10 лет Института Онкологии» подготовленную им программу онкологического цикла для кафедры онкологии ГИДУВа, подробно расписав лекции и практические занятия, а также необходимую им отечественную и зарубежную литературу. Цикл включал 510 часов; из них 136 часов отводилось на лекции по онкологии и 374 часа на практические занятия. Кроме того, 86 лекционных часов отводилось на смежные дисциплины, среди которых необходимо отметить эпидемиологию, биохимию, биологию и общую патологию. Официальное признание кафедра Онкологии получила только в 1944 году в соответствии с приказом Всесоюзного комитета по делам Высшей школы при СНК СССР № 301 от 28.10.1944. Заведующим кафедрой онкологии С.А. Холдин был официально избран 16.11. 1944 года и занимал этот пост одновременно с работой в НИИ онкологии до 1953 года. По сведениям, которые приводит С.А. Холдин, на первых циклах присутствовало небольшое число врачей, преимущественно хирургов, затем их число стало бы-

стро увеличиваться; кроме того, были созданы особые циклы специализации (по 4 месяца) для подготовки кадров онкологов – работников противораковых пунктов и стационаров.

В 1953 году кафедру онкологии возглавил Александр Иванович Раков, широко известный хирург-онколог, крупный специалист, внесший большой вклад в разработку общих принципов диагностики и лечения злокачественных новообразований, включая определение объемов хирургических вмешательств при неоплазиях желудка, легкого, мягких тканей. Один из пионеров хирургии рака легкого А.И. Раков возглавлял кафедру онкологии по 1970 год, продолжая активную деятельность в стенах института, где он непрерывно работал с 1932 года. В 1960 А.И. Раков был избран членом-корреспондентом АМН СССР и с 1966 года до своей смерти в 1972 году возглавлял Институт онкологии МЗ СССР. Его деятельность на кафедре онкологии ГИДУВа была в высшей степени плодотворной. Широко образованный, любивший и тонко понимавший искусство, блестящий лектор, он неизменно привлекал на свои лекции не только врачей, проходивших циклы подготовки на кафедре онкологии, но и многочисленных сотрудников Института, заполнявших аудиторию. Многие его ученики до настоящего времени работают в онкологических институтах и диспансерах во всех регионах России и вновь образованных независимых государствах. Как уже указывалось, А.И. Раков завершил свою деятельность в качестве заведующего кафедрой онкологии ГИДУВа в 1970 году, его сменил на этом посту профессор Владимир Николаевич Демин. Кафедра осталась на базе городского онкологического диспансера, а Институт переехал в поселок Песочный в 20 километрах от Ленинграда. Как и его предшественники и учителя, Н.Н. Петров, С.А. Холдин, А.И. Раков, В.Н. Демин – оставался в блокированном Ленинграде, в качестве врача-хирурга военного госпиталя принимал непосредственное участие в обороне города, был награжден боевыми орденами. В.Н. Демин пришел в ГИДУВ в 1946 году в качестве аспиранта, защитил кандидатскую и затем докторскую диссертации под руководством С.А. Холдина и с 1970 по 1986 год возглавлял кафедру онкологии. Кроме того, с 1955 по 1962 год В.Н. Демин выполнял функции главного онколога города и внес значимый вклад в развитие противораковой борьбы в Ленинграде. С его именем связано создание первых районных онкологических кабинетов в поликлиниках и создание областного онкологического диспансера, деятельность которого позволила значительно улучшить оказание онкологической помощи жителям Ленинградской области. Одним из первых В.Н. Демин привел сведения о числе врачей, прошедших подготовку на кафедре. По его данным, за первые 15 лет деятельности, около 500 докторов посещали циклы усовершенствования, а за последующие 15 лет их число увеличилось до 2500 человек. Всего же число слушателей кафедры превысило 5000 человек, не считая врачей, которые занимались на кафедре короткие периоды времени, так как проходили подготовку на других циклах ГИДУВа. В целом, по данным В.Н. Демина, за период с 1931 по 1980 годы, кафедра провела 125 циклов, сотрудники кафедры приняли участие в издании 8 руководств, 16 монографий, 62 лекций. В.Н.

Демин за годы работы на кафедре опубликовал более 300 научных работ, в том числе 2 монографии.

С 1986 по 2001 год кафедрой онкологии руководил профессор Владимир Васильевич Мартынюк, ученик проф. А.И. Ракова, автор 130 научных работ, известный хирург, ученый и преподаватель. Под руководством профессора В.В. Мартынюка было защищено 2 докторские и 8 кандидатских диссертаций. В течение этих лет проводилась значимая научная и методическая работа, позволившая не только сохранить, но и приумножить накопленный на кафедре в течение десятилетий опыт преподавательской деятельности. Основными направлениями научной деятельности кафедры были: разработка новых методов комбинированного лечения злокачественных новообразований, изучение и анализ результатов органосохраняющих хирургических вмешательств. Значительные усилия сотрудников кафедры в этот период были направлены на максимальное сближение процесса преподавания с практическими нуждами врачей-онкологов.

С 2001 по 2011 год кафедрой заведовал профессор Владимир Михайлович Моисеенко. Становление В.М. Моисеенко, как врача и ученого неразрывно связано с НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова. Под руководством ведущих онкологов страны он прошел обучение в клинической ординатуре и аспирантуре, работал младшим научным сотрудником, позже - старшим; в 1996 создал и возглавил в НИИ онкологии отделение биотерапии и комплексных методов лечения солидных опухолей; с 2000 по 2005 годы был заместителем директора института. В.М. Моисеенко - автор более 250 научных работ, в том числе 4 монографий. Заслугой В.М. Моисеенко является создание впервые в стране Отечественной Школы Онкологов с изданием журнала «Практическая онкология». С 2001 года начался новый этап в деятельности кафедры, когда через 30 лет произошло ее воссоединение с НИИ онкологии им. проф. Н.Н. Петрова, что, естественно, усилило научный потенциал и открыло перспективы в организационно-методической деятельности. Основными направлениями научной и практической работы стали: разработка новых методов комбинированного лечения злокачественных опухолей различных локализаций, паллиативная онкология, онкогенетика и психоонкология.

В послевоенное и более позднее время изучение студентами онкологии происходило на различных кафедрах института им. И.И. Мечникова в процессе познания других профильных клинических дисциплин. Так в течение 1980 – 89 гг. курс онкологии входил в состав кафедры хирургических болезней № 2 (15 павильон). Курсом руководил проф. Анатолий Николаевич Матыцин, несомненной заслугой которого явилась организация обучения студентов на базе клинических подразделений НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова. В последующем (1990-95 гг.) заведование курсом онкологии перешло к проф. Дмитрию Георгиевичу Беляеву, основным направлением его клинической и научной деятельности являлось анестезиологическое пособие при хирургических операциях и борьба с болью у больных злокачественными опухолями. В 1996 году на заведование курсом онкологии с перспективой создания кафедры был приглашен д.м.н. В.Г. Лемехов.

В 1997 году по инициативе ректора института им. И.И. Мечникова академика РАМН, проф. А.В. Шаброва решением Ученого совета курс онкологии был преобразован в кафедру онкологии, на заведование которой в должности профессора был по конкурсу избран В.Г. Лемехов. Клинической и научной базой кафедры являлся Институт онкологии им. проф. Н.Н. Петрова. В 2011 году в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 23.06. 2011 № 609 «О реорганизации Федерального государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Санкт-Петербургская государственная медицинская академия имени И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Государственного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования « Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» были реорганизованы в форме слияния с последующим образованием государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова». Тем самым создана преемственность в обучении онкологии на до- и последипломном уровнях. В процессе слияния этих учреждений произведено объединение их кафедр онкологии в одну (12.10. 2011), заведующим которой стал директор НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова д.м.н., профессор Алексей Михайлович Беляев.

Профессорско-преподавательский состав: профессора: А.И. Арсеньев, А.С. Барчук, А.М. Беляев, М.Л. Гельфонд, Е.В. Демин Е.Н. Имянитов Е.В. Левченко, В.Г. Лемехов, А.Е. Михнин, А.Э. Протасова, В.Ф. Семиглазов, Е.А. Ульрих, А.Ф. Урманчеева.

Доценты: Н.Ю. Аристидов, А.И. Воробьев, П.В. Криворотько, Т.Ю. Семиглазова, В.Ю. Халтурин, В.А. Чулкова, ассистенты: Н.А. Воробьев, Ф.В. Моисеенко, Е.А. Попов, А.А. Рязанкина, Ю.В. Семилетова.

Программа обучения студентов 6-го курса: специальность - онкология

Диагностика и лечение злокачественных новообразований. Ежегодно на кафедре обучается более 700 студентов. Учебная нагрузка для лечебного и факультета иностранных учащихся составляет 72 часа, медико-профилактического факультета – 56 часов. Лекционный курс, включает в себя 12 тематических и 6 элективных лекций, чтение которых, занимает более 170 часов в течение каждого учебного года. В настоящее время создана новая учебная программа по онкологии для перечисленных факультетов, в соответствии с ФГОС-3, которая будет введена в 2016/2017 учебном году. Большое внимание уделяется изложению современных представлений о биологии, этиологии и патогенезу рака. Центральное место занимало изучение студентами клинических проявлений опухолей, возможности их ранней диагностики, а также современным методам и подходам к хирургическому, лучевому, лекарственному лечению больных.

Программа обучения в клинической ординатуре: специальность - онкология

Диагностика и лечение злокачественных новообразований.

Программа обучения в аспирантуре: специальность - онкология
Диагностика и лечение злокачественных новообразований.

На кафедре проводятся циклы обучения по следующим разделам:

Клиническая онкология. Сертификационный цикл. Подготовка и прием экзамена на подтверждение сертификата специалиста (для зав. отделениями, онкологов, хирургов и гинекологов) -144 часа.

Онкология. Профессиональная переподготовка. Подготовка и прием экзамена на свидетельство и сертификат специалиста (для врачей лечебного профиля и педиатров) -504 часа.

Диагностика и лечение злокачественных опухолей. Паллиативная помощь (для врачей поликлиник) - 144 часа.

Клиническая онкология (для интернов и клинических ординаторов кафедр хирургического профиля и НИИ) - 72 часа.

Сестринское дело в онкологии. Подготовка и прием экзамена на сертификат специалиста (для фельдшеров и медицинских сестер) -144 часа.

Основные направления научной работы

Кафедра онкологии проводит научно-исследовательскую работу по плановой теме «Совершенствование методов диагностики и лечения солидных опухолей и лимфопролиферативных заболеваний».

Научные направления деятельности кафедры, определены темой плановой НИР и предусматривают:

- Оптимизация хирургических методов лечения, включая органосохраняющие операции, реконструктивно-пластические, а также сверхрадикальные циторедукции с использованием фотодинамической терапии, аргоно-плазменной деструкции;
- Повышение эффективности лекарственной терапии в лечении злокачественных новообразований, включая гипертермическую перфузию химиопрепаратов, высокодозную химиотерапию, биотерапию;
- Выработка методики, необходимой для подбора индивидуальных схем химиотерапевтических препаратов в лечении больных солидными и лимфопролиферативными заболеваниями с использованием результатов современной фундаментальной онкологии и онкоморфологии;
- Оптимизация лучевой и комбинированной терапии солидных опухолей и злокачественных лимфом;
- Выявление наиболее адекватных путей для социальной и социально-психологической реабилитации.



*Коллектив кафедры онкологии
Северо-Западного Государственного Медицинского Университета
им. И. И. Мечникова Российской Федерации (2015)*

Глава 7. Итоги и перспективы развития Кафедры онкологии Санкт-Петербургского государственного университета Правительства Российской Федерации (медицинский факультет)

Р.В. Орлова

Results and prospects for further development of the Department of Oncology at St. Petersburg State University of the Government of the Russian Federation (Faculty of Medicine)

R. V. Orlova

Кафедра онкологии Медицинского факультета Санкт-Петербургского государственного университета. Профессорско-преподавательский состав Кафедры онкологии Медицинского факультета Санкт-Петербургского государственного университета: д.м.н, проф. Орлова Р.В, д.м.н, проф. Протасова А.Э., д.м.н, проф. Правосудов И.В., д.м.н, проф. Черемисин В.М., д.м.н, проф. Мацко Д.Е., д.м.н, проф. Имянитов Е.Н., к.м.н, доц. Камышанская И.Г., к.м.н, доц. Воробьев Н.А., к.м.н, ассист. Рыков И.В., ассист. Мutowкина Н.И, ассист. Исправникова Ю.С., лаборант кафедры Кошкин С.А. Знакомство студентов с кафедрой онкологии начинается с 3-го курса, когда начинается преподавание основ общей онкологии, освещение вопросов патоморфологии, молекулярной генетики, иммунологии. Обучение студентов 4 курса включает в себя цикл практический занятий и лекций по лучевой диагностике и лучевой терапии. Для студентов 5 года обучения предусмотрен курс по выбору «Актуальные вопросы онкологии», в рамках которого возможно получение более глубоких знаний включающих изучение факторов риска развития, факторов прогноза, специфики стадирования, патоморфологических, молекулярно-генетических, клинических особенностей зло-

The Department of Oncology is part of the Faculty of Medicine at St. Petersburg State University. The higher education teaching personnel of the Department of Oncology in the Faculty of Medicine at St. Petersburg State University consists of: Dr.scient.med. Prof. Orlova R.V., Dr.scient.med. Prof. Protasova A.E., Dr.scient.med. Prof. Pravosudov I.V., Dr.scient.med. Prof. Cheremisin V.M., Dr.scient.med. Prof. Matsko D.E., Dr.scient.med. Prof. Imyanitov E.N., cand. scient.med. Assoc.Prof. Kamyshanskaya I.G., cand.scient.med. Assoc.Prof. Vorobev N.A., cand.scient.med. Assist. Rykov I.V., Assist. Mutovkina N.I., Assist. Ispravnikova Yu.S., lab.assist. Koshkin S.A. The 3rd-year students start to attend a course on general oncology in the Department of Oncology; the issues on morphology of abnormal conditions, molecular genetics, and immunology are studied. The 4th-year students should attend a course that includes practical classes and lectures on radiation diagnosis and therapy. The 5th-year students can attend an elective course "Current issues related to oncology", that allows to obtain more profound knowledge including the study of cancer risk factors, prognostic factors, and peculiarities of cancer staging as well as pathological, molecular genetic and

качественных новообразований. На 6 курсе проводится цикл лекций и практических занятий по частной онкологии с учетом всех накопленных знаний, посвященный изучению наиболее часто встречающихся злокачественных образований органов и систем, принципы их диагностики и лечения. Последипломное образование: проводится набор в интернатуру по специальности «лучевая диагностика и лучевая терапия», в клиническую ординатуру по специальностям «онкология», «лучевая диагностика и лучевая терапия» на бюджетной и конкурсной основе.

clinical features of malignant tumors. The 6th-year students should attend a course that consists of a series of lectures and practical classes on private oncology taking into account all the accumulated knowledge, it dedicates to the study of the most common malignant tumors of organs and systems, the principles of diagnosis and treatment. Postgraduate education includes internship program in Radiation Diagnosis and Therapy, the residency programs in Oncology, and Radiation Diagnosis and Therapy on state-subsidized and competitive basis.



Заведующая кафедрой онкологии

Профессор, д.м.н. Рашида Вахидовна Орлова

Сфера научных интересов: принципы клинической онкологии с рациональным использованием противоопухолевой лекарственной терапии (химиотерапии, гормонотерапии, биотерапии) у больных с различными злокачественными новообразованиями.



Заведующая учебной частью кафедры онкологии

Профессор, д.м.н., Анна Эдуардовна Протасова

Сфера научных интересов: профилактика и раннее выявление злокачественных опухолей, дифференциальная диагностика патологических состояний, шейки матки, доброкачественных и злокачественных опухолей матки и яичников.

Профессор кафедры онкологии,



д.м.н. Игорь Витальевич Правосудов

Сфера научных интересов: хирургическое лечение опухолей желудочно-кишечного тракта, лечение раннего рака прямой кишки, колопроктология.

Кафедра онкологии — самая молодая кафедра Медицинского факультета СПбГУ. Инициатором создания кафедры онкологии был действующий декан Медицинского факультета, заведующий кафедрой госпитальной хирургии, д.м.н., проф. Яблонский Петр Казимирович. Предмет и специальность «онкология» развивались с момента организации Медицинского факультета (1995 г) в составе кафедры хирургии и, впоследствии, кафедры госпитальной хирургии. Профессорско-преподавательский состав был представлен д.м.н., проф. Правосудовым И.В. и к.м.н. Шулеповым А.В. С 2011 г. на научно-педагогическую работу по онкологии были приглашены д.м.н. проф. Орлова Р.В., к.м.н, асс. Рыков И.В., а затем д.м.н., проф. Протасова А.Э. Наряду с этим, вопросы онкологии подробно изучались на курсе лучевой диагностики и лучевой терапии в составе кафедры госпитальной хирургии (рук. курса д.м.н, проф. Черемисин В.М.) и курсе онкологической патоморфологии (общей онкологии) в составе кафедры патологии (рук. курса д.м.н, проф. Мацко Д.Е.). Таким образом, встал вопрос о необходимости создания новой кафедры за счет слияния курсов онкологии, рентгенодиагностики и лучевой терапии, курса онкологической патоморфологии (общей онкологии).

В ноябре 2013 года на Ученом Совете Медицинского факультета университета был рассмотрен вопрос о создании кафедры онкологии и членами Ученого Совета подписано ходатайство об организации новой кафедры ректору СПбГУ д.ю.н, проф. Кропачеву Н.М. с включением в состав кафедры онкологии курса рентгенодиагностики с лучевой терапией и курса онкологической патоморфологии. Приказ университета № 4901/1 о создании кафедры онкологии на Медицинском факультете был издан 31.12.2013. На первом заседании вновь созданной кафедры от 20.01.2014 проф. Орлова Р.В. абсолютным большинством голосов была рекомендована Ученому Совету факультета на должность заведующей кафедры.

Знакомство студентов с кафедрой онкологии начинается с 3-го курса, когда начинается преподавание основ общей онкологии, освещение вопросов патоморфологии, молекулярной генетики, иммунологии. Руководителем этого направления является д.м.н., проф. Мацко Д.Е. Профессорско-преподавательский состав включает в себя таких знаменитых и общепризнанных специалистов, как д.м.н., проф. Цинзерлинг В.А., д.м.н., проф. Имянитов Е.Н., к.м.н. Чурилов Л.П., к.м.н. Новицкая Т.А. Тесное взаимодействие кафедры онкологии с кафедрой патологии обеспечивает фундаментальность и разносторонность подхода к преподаванию основополагающих концепций современных теорий канцерогенеза. Занятия проходят как на факультете, так и в лабораториях НИИ Фтизиопульмонологии, НИИ онкологии им. проф. Н.Н. Петрова.

Обучение студентов 4 курса включает в себя цикл практических занятий и лекций по лучевой диагностике и лучевой терапии, которым руководит д.м.н., проф. Черемисин В.М. Преподавателями на этом цикле являются доцент, к.м.н. Камышанская И.Г., ассистенты кафедры Мутовкина Н.И и Исправникова Ю.С на базе Мариинской больницы. Направление «лучевая терапия» курирует до-

цент кафедры, к.м.н. Воробьев Н. А. (ЛДЦ МИБС им. С. М. Березина). Формат преподавания позволяет выработать у студента рациональный подход к выбору оптимальных методов визуализации, необходимый в практике врача любой специальности для дифференциальной диагностики с онкологическими заболеваниями.

Для студентов 5 года обучения предусмотрен курс по выбору «Актуальные вопросы онкологии», в рамках которого возможно получение более глубоких знаний включающих изучение факторов риска развития, факторов прогноза, специфики стадирования, патоморфологических, молекулярно-генетических, клинических особенностей злокачественных новообразований.

На 6 курсе проводится цикл лекций и практических занятий по частной онкологии с учетом всех накопленных знаний, посвященный изучению наиболее часто встречающихся злокачественных образований органов и систем, принципы их диагностики и лечения. Программа лекций составлена таким образом, что у студентов появляется возможность получить наиболее свежую информацию о современных достижениях фундаментальной и прикладной онкологии, принципах хирургического, лучевого и лекарственного лечения злокачественных новообразований различных локализаций.

В рамках кафедры продолжает функционировать студенческое научное общество по онкологии, которое было создано в 2011 году инициативной группой студентов под руководством д.м.н. проф. Орловой Р.В. и к.м.н. Рыкова И.В.

С 2013 года под руководством преподавателей кафедры выпускниками факультетам было успешно защищено 10 выпускных квалификационных работ по специальности «онкология» и 8 по специальности «Лучевая диагностика», многие из которых были высоко отмечены за актуальность затронутых проблем, качество и добросовестность выполнения.

Отдельную сферу деятельности кафедры представляет постдипломный этап образования. Ежегодно проводится набор в интернатуру по специальности «лучевая диагностика и лучевая терапия», набор в клиническую ординатуру по специальностям «онкология», «лучевая диагностика и лучевая терапия» на бюджетной и конкурсной основе.

В настоящее время подготовлены к рассмотрению ряд программ дополнительного последипломного образования — сертификационные циклы по онкологии в объеме 144 часа: «Онкология» для врачей смежных профессий (хирургия, радиология и т.д.) и «Современные методы рентгенодиагностики. Магнитно-резонансная томография», а так же тематические циклы усовершенствования (в объеме 72 часов): «Высокие технологии в онкологии», «Диагностика и лечение злокачественных опухолей репродуктивной системы» и «Онкология в клинической практике». Эти циклы предусмотрены как для онкологов, так и для врачей смежных специальностей (хирургов, гинекологов, терапевтов, медицинских радиологов и т.д.). По тематикам и по форме обучения предлагаемые циклы являются уникальными, и не будут дублировать программы учреждений последипломного образования г. Санкт-Петербург.

Клинические базы кафедры включают ведущие научные и практические онкологические центры:

- ФГБУ НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова Минздрава России;
- Санкт-Петербургский городской клинический онкологический диспансер;
- ЛДЦ МИБС им. С. Березина
- ФМБА Клиническая больница №122 онкологическое отделение;
- СПбГУЗ Городская Мариинская больница;
- СПб НИИ фтизиопульмонологии;
- Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологической).

Глава 8. История создания, деятельности и развития Популяционного ракового регистра Санкт-Петербурга (IACR № 221)

В.М. Мерабишвили

Aterials for history of creation, activities and development of the population-based cancer registry of Saint Petersburg (IACR № 221)

V.M.Merabishvili

Государственная статистика заболеваемости населения России возникла в середине XIX века, после введения 22 июля 1842 года закона «В целях приведения в ближайшую известность числа больных по всей Империи, ищущих врачебного пособия» (Мамонов В.Н., Новосельский С.А., 1915), по которому врачи были обязаны ежегодно представлять губернскому врачебному отделению сведения о пользовавшихся ими больных.

Одним из первых исследований по статистике рака в России является работа П.И. Тихова «К учению об опухолях» (1900), в которой автор приводит данные о заболеваемости раком, полученные им на основании разработки амбулаторных журналов клиники, где он работал. П.И. Тихов собрал огромный фактический материал (2481 случай опухолей) за 35 лет (1861-1896 гг.).

В 1908 году было учреждено Всероссийское общество борьбы с раковыми заболеваниями; в 1914 году состоялся Первый Всероссийский съезд по борьбе с раковыми заболеваниями.

В 1910 году вышло в свет первое руководство по онкологии Н.Н.Петрова.

В 1925 году П.А. Кувшинников и П.И. Куркин сформулировали основные принципы организационно-методического построения статистики рака в СССР. Ежегодная разработка данных заболеваемости населения Ленинграда началось с 1928 года (Е.Э. Бен, 1929).

Постановление Совнаркома 1934 года № 1135 способствовало широкому развитию сети онкологических учреждений в стране.

The state statistics of morbidity of the Russian population appeared in the middle of the XIX century after introduction of the law of July 22, 1842 entitled "In order to bring to the nearest fame a number of patients throughout the Empire who seek medical assistance" (Mamonov V.N., Novoselsky S.A., 1915), on which physicians were required to report annually to the provincial doctor's office information about patients who were observed by them.

One of the first studies on cancer statistics in Russia is a publication of P.I. Tikhov «On the doctrine of tumors» (1900): the author presents data on cancer incidence that were received by him on the basis of an investigation of outpatient documents of a clinic where he worked. P.I. Tikhov collected a huge actual material (2481 tumor cases) for a 35-year period (1861-1896).

In 1908 there was established the All-Russia Society on Fighting against Cancer; the first All-Russia Congress on Fighting against Cancer was held in 1914.

In 1910 N.N. Petrov published the first guide on oncology.

In 1925 P.A. Kuvshinnikov and P.I. Kurkin formulated the basic principles of organizational and methodological construction of cancer statistics in the USSR. Annual investigation of data on cancer morbidity of the Leningrad population was initiated since 1928 года (E.E. Ben, 1929).

Создание центральных онкологических поликлиник и онкологических отделений предусматривалось в 52 краевых и областных центрах.

Таким образом, в первой половине XX века в России было накоплено достаточное количество фактического материала, определившее необходимость создания организации специализированной онкологической службы и системы учета всех случаев злокачественных новообразований.

В 1950 году Министерство здравоохранения СССР издает специальный приказ о введении обязательной первичной медицинской документации на онкологических больных.

Обязательная и повсеместная регистрация онкологических больных на всей территории СССР была введена в 1953 году.

В 1962 году издается первый в СССР статистический сборник «Организация противораковой борьбы в СССР», и если статистика смертности была достаточно надежной, то данные по заболеваемости, по мнению многих исследователей, требовали существенного уточнения. Мы полагаем, что использование данных онкологической заболеваемости населения России и многих других стран, включая монографии «Рак на пяти континентах» том I и II, для оценки динамических показателей возможно только с 1970 года, когда была отработана система сбора, накопления и обработки сведений об онкологических больных. Важно отметить, что в отличие от многих других государств, в СССР была создана государственная система организации онкологической помощи населению и соответствующая сеть онкологических учреждений, что существенно повышало надежность сбора необходимой информации о больных. Этих данных вполне достаточно для оценки онкологической ситуации в целом и разработки противораковых мероприятий, однако, существующая система статистики рака имела и ряд недостатков. В отличие от международных требований, данные о заболеваемости в СССР и России отражали не число первичных случаев заболеваний в отчетном году, а число учтен-

The Resolution of the Council of People's Commissars № 1135 of year 1934 promoted wide development of network of oncological institutions in the country. Establishing of central oncological policlinics and oncological departments was envisaged in the 52 provincial and regional centers.

Thus, during the first half of XX century In Russia there was collected sufficient amount of actual material, which determined the need for creating an specialized cancer services and system of estimation of all cases of malignant tumors.

In 1950 Ministry of Public Health published the particular order on obligatorily primary medical records for cancer patients.

Obligatorily and widespread registration of cancer patients throughout the Soviet Union was introduced in 1953.

In 1962 there was published the first in the USSR statistical compilation "Organization of cancer control in the USSR" and if the mortality statistics were adequately reliable, the data on the incidence, according to many researchers, demanded substantial elaboration. We think that a use of the data on the incidence of the Russian population as well as many other countries, including the monograph «Cancer in 5 continents» (Vol. I and II) for estimation of dynamic rates, was possible only since 1970 when there was worked out the system of collection, storage and processing the data on cancer patients. It is important to underline that unlike many other states, the USSR established a state system of the organization of cancer care to the population and the corresponding network of oncology institutions, which greatly improved the reliability of collecting the necessary information about patients. These data were quite enough to estimate overall oncological situation and to elaborate cancer control activities however existed system of cancer statistics had a number of shortcomings. In contrast to the international requirements, data on the incidence in the USSR and Russia reflected not the number of new cases in the reporting year but the number

ных к моменту принятия отчета в январе месяце. В статистический государственный отчет, как правило, не включаются новые случаи онкологических заболеваний, выявленные в декабре – ноябре и т.д. за предыдущий год (например, 2012), но учитываются данные, не включенные в предыдущий отчет (в данном случае, за 2011). Кроме того, при отсутствии машинной обработки данных было трудно изъять дубликаты на больных из разных районов, различных ведомственных служб и межгодовые дубли. Предложенная в 1975 году директором Белорусского НИИ онкологии проф. Н.Н. Александровым Автоматизированная система обработки информации (АСОИ) онкослужбы также не решала этих и ряда других задач (расчеты выживаемости, годичной летальности и др.). Полноценный учет и разносторонний анализ деятельности онкологической службы возможен только в рамках Популяционного ракового регистра.

Особое значение данной проблеме придавал академик РАМН, профессор Николай Павлович Напалков. С первых дней вступления в должность директора НИИ онкологии им. проф. Н.Н. Петрова он направил свои усилия на создание в стране единой автоматизированной системы обработки информации онкологической службы, переход на новую систему ведения учета и накопления необходимой информации для объективной оценки онкологической ситуации и деятельности онкологической службы, в том числе по международным стандартам. С этой целью он организовал в Институте вначале группу, а затем, лабораторию онкологической статистики. Итогом этой работы явилось издание серии книг, журнальных статей в стране и за рубежом. С 1983 года материалы онкологической заболеваемости населения Ленинграда были включены в издания Международного Агентства по изучению рака «Рак на пяти континентах» (с VI тома).

6 июля 1993 года Приказом № 311 Комитета по здравоохранению мэрии Санкт-Петербурга, подписанным его Председателем Валерием Григорьевичем Корюкиным, создан

of estimated patients at the time of adoption of the report in January. As a rule the state statistical report did not include new cases of cancer revealed in November-December, etc. for the previous year (for example, 2012) but there were estimated data not included in the previous report (in this meaning for 2011). Furthermore, in the absence of machining data it was difficult to remove duplicates on patients from different areas, different departmental services and interannual doubles. Automated information processing system on oncological services, offered in 1975 by Prof. N.N. Alexandrov, Director of the Belarusian Research Institute of Oncology, also did not solve these and other problems (estimation of survival, year-by-year lethality, etc.). Full accounting and versatile analysis of oncological services is possible only within the framework of Population-based Cancer Registry.

Special attention to this problem was paid by Acad. Prof. Nikolay P. Napalkov. From the first days of his leadership as Director of the N.N. Petrov Research Institute of Oncology he turned his efforts to create the unified automated information processing system of oncology service, the transition to new system of estimating and accumulating of necessary information for an objective assessment the oncological situation and the activity of cancer services, including by international standards. With this aim he has organized in the Institute firstly the Group and then the Laboratory on Cancer Statistics. As a result of this work there was publication of series of books, articles in journals both in our country and abroad. Since 1983 materials of cancer incidence in Leningrad was included into publications of IARC's «Cancer in 5 continents» (from Vol. VI).

On July 6, 1993 the Order № 311 of the Committee on Public Health of the Government of St. Petersburg signed by V.G. Koryukin, its Chairman established the Population-based Cancer Registry, the first in Russia.

первый в России Популяционный раковый регистр.

Созданию ракового регистра предшествовала большая организационно-методическая работа, проводимая сотрудниками НИИ онкологии им. проф. Н.Н.Петрова с 1975 года после принятого Коллегией Минздрава СССР решения о необходимости разработки автоматизированных информационных систем для онкологической службы страны. В развитие этого решения 31.12.1976 года был издан приказ Минздрава № 1266 «О проведении подготовительных мероприятий к внедрению в стране централизованной с помощью ЭВМ обработки материалов об онкологических больных», однако, реализован этот приказ на территории России был только частично.

Необходимо отметить, что АСОИ онкологической службы была на первом этапе внедрена в России только в Ленинграде, Карелии и Чувашии. Обработка первичного материала проводилась с использованием крупных электронно-вычислительных машин типа ЕС. Информация на больных вводилась с перфокарт в закодированном виде, что ограничивало возможности всестороннего анализа первичных данных.

Ленинград явился первой территорией России, где 30 лет назад было обращено особое внимание на тщательность разработки статистических материалов на онкологических больных. Итогом этой работы явилось издание в 1991 году монографии «Злокачественные новообразования в Ленинграде» под редакцией Р.И.Вагнера и В.М.Мерабшвили, в которой впервые в России были представлены данные онкологической заболеваемости в полной разверстке всех локализаций опухолей с 1980 по 1988 г. с учетом распределения по возрастным показателям по международному стандарту.

С появлением нового поколения вычислительной техники – персональных компьютеров, существенно расширились возможности накопления персонализированных данных и динамического наблюдения за пациентами. Однако для перехода от АСОИ к системе полноценного ракового регистра, работающего

The establishment of the Cancer Registry was preceded by extensive organizational and methodological work of the staff of the N.N.Petrov Research Institute of Oncology since 1975 following a decision by the Board of the USSR Ministry decision on the need for automated information systems for oncology service of the country. In furtherance of this decision, on December 31, 1976 there was issued the Order of the Ministry of Public Health № 1266 “On making preparations for the introduction of a centralized computer processing of materials on cancer patients in the country” but it was realized only partly on the Russian territory.

It is necessary to underline that automated information processing system of cancer service was introduced in Russia, as the first stage, only in Leningrad, Karelia and Chuvashia. Processing of primary material was carried out using large electronic computers EC. Information on patients was installed from cards in encrypted form, which limited the ability of the comprehensive analysis of primary data.

Leningrad was the first territory of Russia where 30 years ago it was paid particular attention on thoroughness of developing of statistical materials regarding cancer patients. The result of this work was the publication in 1991 the monograph “Malignant tumors in Leningrad” edited by R.I.Vagner and V.M.Merabishvili, where firstly there were provided data on cancer incidence of all tumor sites in full from 1980 to 1988 taking into account the distribution of age-specific indicators according to international standard.

Appearance of personal computer technique substantially increased possibilities of accumulation of personalized data and dynamic observation of patients. However for transition from automated information processing system to the system of sterling cancer registry functioning in accordance with international standards it was important to overcome a number of administrative barriers and, firstly, bureaucratic. Within the

по международным стандартам, было необходимо преодолеть ряд административных барьеров и, в первую очередь, номенклатурный. В системе номенклатурных учреждений Минздрава ракового регистра не существовало (в определенной мере эту функцию выполняли организационно-методические отделы (кабинеты), главной задачей которых было сдать в Минздрав хороший отчет).

Для успешной работы ракового регистра нами были разработаны нормативы кадрового и технического обеспечения, издан комплект методических рекомендаций. Совместно с лабораторией медицинской кибернетики ООО «Новел СПб» (зав. к.т.н. Т.Л. Цветкова) разработано программное обеспечение (в том числе и для госпитального ракового регистра).

23 ноября 1993 года директор НИИ онкологии им. проф. Н.Н. Петрова профессор К.П. Хансон, директор Популяционного ракового регистра Санкт-Петербурга профессор В.М. Мерабишвили обратились к директору Московского НИИ онкологии им. П.А. Герцена профессору В.И. Чиссову с предложением рассмотреть комплект документов, подготовленных для Минздрава России по созданию в Российской Федерации системы популяционных раковых регистров.

В своем положительном заключении на комплект документов и проект приказа Минздрава России профессор В.В. Старинский, в частности, отметил, что «только на базе правильно организованных Популяционных раковых регистров можно оценить риск возникновения рака в зависимости от различных факторов, осуществить оценку отдаленных результатов лечения и эффективности противораковых мероприятий».

Наши рекомендации по характеру работы, штатному и техническому обеспечению были включены в приказ МЗ России № 420 от 23.12.1996 года «О создании Государственного ракового регистра» и приказ МЗ России № 135 от 19.04.1999 года «О совершенствовании системы Государственного ракового регистра», подготовленные сотрудниками МНИОИ им. П.А. Герцена.

system of nomenclature institutions of the Ministry of Public Health there was no cancer registry (to a certain extent this function was performed by organizational and methodological departments (offices), the main task of which was handed over a good report to the Ministry of Public Health).

For successful operation of a cancer registry, we have developed standards of personnel and technical assistance, issued a set of guidelines. Together with the Laboratory Medical Cybernetics Ltd. "Novel St. Petersburg" (headed by Dr. T.L. Tsvetkova) it was developed software (including for a hospital cancer registry as well).

On November 23, 1993 Prof. K.P. Khanson, Director of the N.N. Petrov Research Institute of Oncology, and Prof. V.M. Merabishvili, Director of the Population-based Cancer Registry of St. Petersburg, referred to Prof. V.I. Chissov, Director of the P.A. Gertsen Moscow Research Oncology Institute, with an offer to consider the set of documents prepared for the Ministry of Public Health to establish a system of population-based cancer registries in the Russian Federation.

In his positive opinion on the set of documents and the draft order of the Ministry of Public Health Prof. V.V. Starinskiy, in particular, noted that "only on the basis of well-designed population-based cancer registries it was possible to assess the risk of cancer appearance depending on various factors, to make an evaluation of long-term results of treatment and the effectiveness of anti-cancer activities."

Our recommendations on character of work, personnel and technical assistance were included in the Order № 420 of the Ministry of Public Health of December 23, 1996 «On establishment of the State Cancer Registry» and in the Order № 135 of the Ministry of Public Health of April 19, 1999 «On improvement of the system of the State Cancer Registry» prepared by the co-workers of the P.A. Gertsen Moscow Research Oncology Institute.

Further work on establishing the united system of cancer registries was carried

Дальнейшая работа по созданию единой системы раковых регистров осуществлялась совместно с сотрудниками МНИОИ им. П.А. Герцена, где в соответствии с приказом Минздрава России № 204 от 04.07.1997 года был создан Российский Центр информационных технологий и эпидемиологических исследований в области онкологии (В.М. Мерабишвили, В.В. Старинский, 1998; В.И. Чиссов, В.В. Старинский, Л.М. Александрова и др. 1998).

Хотелось бы обратить особое внимание на то, что Популяционный раковый регистр Санкт-Петербурга создавался как отдельное номенклатурное учреждение здравоохранения, непосредственно подчиняющееся первому заместителю председателя комитета по здравоохранению города, (что предусмотрено приказом Минздрава России № 420), а не как структурное подразделение онкологического диспансера. Это чрезвычайно важное обстоятельство. Опыт организации раковых регистров на других территориях показал, что, за редким исключением, штаты территориальных регистров не соответствуют нормативам. Текущие потребности хозяйственно-клинического обеспечения не представляют возможности полноценной работы регистра, которая нередко сводится к старой схеме подготовки оперативной отчетности.

С декабря 1995 года Популяционный раковый регистр вошел в состав Бюро медицинской статистики (в настоящее время Медицинский Информационно-аналитический Центр), что создало более благоприятные условия в методическом и техническом обеспечении развития нашей информационной системы.

Основные задачи деятельности Популяционного ракового регистра:

- Проведение работ, направленных на совершенствование организационных форм противораковой борьбы на основе достоверных данных структуры и частоты опухолевых заболеваний;
- Разработка и реализация в практику здравоохранения экспертных ком-

out together with the co-workers of the P.A.Gertsen Moscow Research Oncology Institute where, according to the Order № 204 of the Ministry of Public Health of July 4, 1997 there was organized the Russian Center of Informational Technologies and Epidemiological Investigations in the field of oncology (V.M.Merabishvili, V.V.Starinsky, 1998; V.I.Chisson, V.V.Starinsky, L.M.Alexandrova et al. 1998).

We would like to pay special attention to the fact that the Population-based Cancer Registry of St. Petersburg was formed as a separate nomenclature health agency directly subordinated to the First Deputy Chairman of the Committee on Public Health of the Government of St. Petersburg (which had been provided by the Order № 420 of Ministry of Public Health of Russia), rather than as a division of the Oncology Dispensary.

This is an extremely important point. Experience in organizing cancer registries in other areas has shown that, with few exceptions, personnel of territorial registers did not meet standards. Current needs of economic and clinical assistance did not provide the full capabilities of the register, which was often reduced to the old scheme of preparation of operative reporting.

Since December 1995 the Population-based Cancer Registry was included in the Bureau of Medical Statistics (at present the Medical Information and Analysis Center) that created more favorable conditions in the methodological and technical support of the development of our information system.

The main objectives of the Population-based Cancer Registry:

- Carrying out works aimed at improving the organizational forms of cancer control based on reliable data of structure and frequency of tumors;
- Development and implementation in public health practice expert computer systems for dynamic monitoring the quality and scope of special treatment of cancer patients;

- пьютерных систем динамического наблюдения за качеством и объемом специального лечения онкологических больных;
- Совершенствование и постоянное развитие компьютерной системы полицейского учета больных злокачественными новообразованиями в соответствии с международными требованиями;
 - Формирование системы оперативного динамического наблюдения за объемом и качеством лечения онкологических больных на районном уровне;
 - Формирование БД умерших жителей Санкт-Петербурга от злокачественных опухолей;
 - Подготовка пакета документов для экспертной оценки учреждений общей лечебной сети и клиник институтов по лицензированию на право лечения больных злокачественными новообразованиями;
 - Подготовка справочно-информационных материалов для Комитета;
 - Подготовка статистического государственного отчета о больных злокачественными новообразованиями населения Санкт-Петербурга;
 - Оценка эффективности лечения и выживаемости больных злокачественными новообразованиями.
 - В соответствии с определенными задачами сотрудники ракового регистра исполняют следующие функции:
 - Анализирует деятельность онкослужбы на основе форм государственной отчетности и уточненных сведений полицейского учета компьютерной БД;
 - Совместно с главным онкологом Комитета, сотрудниками Городского онкологического клинического диспансера принимает участие в проверках работы ЛПУ и экспертизе, проводимой ими лечебно-диагностической деятельности;
 - Организует и проводит учебно-методические занятия с районными онкологами по ведению первичной ме-

- Improvement and constant development of the computer system for personal estimation of cancer patients in accordance with international standards;
- Formation of the system of operative dynamic monitoring of the volume and quality of treatment of cancer patients at the district level;
- Formation of database of deceased residents of St. Petersburg from malignant tumors;
- Preparation of set of documents for peer review of general health care facilities and institution's clinics on licensing the right to treat patients with malignant tumors;
- Preparation of referring materials for the Committee;
- Preparation of statistical state report on patients with malignant tumors of the population of St. Petersburg;
- Evaluation of the effectiveness of treatment and survival of patients with malignant tumors.

In accordance with certain tasks the Cancer Registry's employees perform the following functions:

- Analyze activities of oncological service on the basis of state reporting and revised information about personal estimation of computer databases;
- Together with the Chief Oncologist of the Committee, employees of the City Clinical Oncology Dispensary participate in inspections of health care facilities and an expertise of therapeutic and diagnostic activities that are conducted by them;
- Organize and carry out training and methodological lessons with district oncologists on conducting primary medical records and analyzing of oncology service's activities;
- Provide advice on the formation of cancer registries;
- Annually prepare publishing of operative report on the dynamics of cancer

- дицинской документации, анализу деятельности онкологической службы;
- Оказывает консультативную помощь по вопросам формирования раковых регистров;
 - Готовит к изданию ежегодник по оперативной отчетности динамики онкологической заболеваемости и смертности населения Санкт-Петербурга и районов города;
 - Один раз в два года готовит справочник углубленной характеристики данных онкологической заболеваемости по всем рубрикам злокачественных новообразований;
 - По мере необходимости готовит к изданию справочник по онкологической заболеваемости в соответствии с требованиями ВОЗ и его отделения – Международного Агентства по изучению рака (МАИР);
 - Осуществляет углубленную разработку БД регистра для формирования справочника по оценке пятилетней наблюдаемой и относительной выживаемости онкологических больных и годичной летальности контингентов онкологических больных, состоящих под диспансерным наблюдением онкологической службы города;
 - По запросам Международного Агентства по изучению рака представляет материалы о заболеваемости населения Санкт-Петербурга злокачественными новообразованиями в справочник, издаваемый МАИР «Рак на пяти континентах».

На 1 ноября 2013 года база данных Популяционного ракового регистра Санкт-Петербурга составляет более 400 000 больных, учтенных с 1994 по 2011 г. и более 100 000 живых за период с 1990 по 2011 г. В работе 26-я версия программного обеспечения. Завершены работы по расчету 5 и 10-летних показателей наблюдаемой и относительной выживаемости онкологических больных с учетом пола, возраста, стадии, гистологической структуры опу-

incidence and mortality in St. Petersburg and in city's regions;

- Once in two years prepare a handbook of precise characteristics of cancer incidence per all rubrics of malignant tumors;
- As needed prepare publishing a guide on cancer incidence in accordance with the requirements of the WHO and its branch - the International Agency for Research on Cancer (IARC);
- Performs comprehensive development of the database of the Registry for formation of a guide on evaluation of five-year observed and relative survival of cancer patients and year-by-year mortality of cancer patients contingents staying under medical supervision of oncology service of the city;
- Upon request IARC present materials on cancer incidence in St. Petersburg to the IARC's monograph "Cancer in five continents".

By November 1, 2013 database of the Population-based Cancer Registry of St. Petersburg contains more than 400 000 patients registered from 1994 till 2011 and more than 100 000 living patients for the period between 1990 and 2011. Now we are working on the 26th version of software. We have completed our work on estimation of 5- and 10-year rates of observed and relative survival of cancer patients by sex, age, stage of disease, histological structure of tumor, performed treatment, type of medical institution, etc.

At present over 20 administrative territories of Russia work according our programs. The most successful work is carried out in Murmansk, Pskov, Vladimir, Samara, Magadan regions, Tatarstan, Karelia and Krasnodar area.

Together with colleagues from other institutions we have held some scientific conferences: «Automated information systems in oncology» Bishkek, 1991; «New organization forms of cancer control» Chelyabinsk, 1994; «Actual problems of oncology», St. Peters-

холи, проведенного лечения, типа лечебного учреждения и др.

В настоящее время более 20 административных территорий России работают по нашим программам. Наиболее успешно работы осуществляются в Мурманской, Псковской, Владимирской, Самарской, Магаданской областях, Татарстане, Карелии и Краснодарском крае.

Нами, совместно с коллегами из других учреждений, проведен ряд научных конференций: «Автоматизированные информационные системы в онкологии» Бишкек, 1991; «Новые организационные формы противораковой борьбы» Челябинск, 1994; «Актуальные вопросы онкологии», Санкт-Петербург, 1996; «Актуальные вопросы организации и развития раковых регистров», Санкт-Петербург, 1998; «Новые информационные технологии в онкологической статистике», Санкт-Петербург, 2001; «Гормонозависимые опухоли», Санкт-Петербург, 2002; «Роль раковых регистров в оценке эффективности противораковой борьбы», Санкт-Петербург, 2003; «Этапы формирования в России информационной системы Популяционный раковый регистр», Калуга, 2006; «Аналитические информационные системы онкологической службы России», Санкт-Петербург, 2008.

В феврале 2012 года директором СПб СМИАЦ А.Х. Алборовым руководителем и организатором первого в России ракового регистра Санкт-Петербурга был уволен без указания причин. Позднее директор МИАЦ написал в Комитет по здравоохранению письмо, в котором утверждал, что в структуре МИАЦ никакого регистра нет, а основная задача отдела опухолевых заболеваний заключается в подготовке государственной отчетности ф. №7 и №35. Через месяц он был уволен. В дальнейшем в МИАЦ была предпринята попытка параллельно отделу опухолевых заболеваний организовать популяционный раковый регистр, но период его деятельности был невелик. Итогом работы явилось издание книги «Основные медико-статистические показатели оказания онкологической помощи жителям Санкт-Петербурга в 2009-2013 годах» с большим

burg, 1996; «Actual problems of organization and development of cancer registries», St. Petersburg, 1998; «New information technologies in cancer statistics», St. Petersburg, 2001; «Hormone dependent tumors», St. Petersburg, 2002; «Role of cancer registries in evaluation of efficacy of cancer control», St. Petersburg, 2003; «Stages of formation of information system the Population-based Cancer Registry in Russia», Kaluga, 2006; «Analytic information systems of cancer service in Russia», St. Petersburg, 2008.

In accordance with the Order of the Ministry of Public Health № 420 the N.N.Petrov Research Institute of Oncology is responsible to supervise the system of development of population-based cancer registries in the North-West Federal area. By January 1, 2010 of 10 administrative territories of the North-West Federal area of Russia 7 has formed registries, which function according to our programs. Development of cancer registries in full international requirements is hampered by the lack of proper level of funding and staffing.

In 2005 the results of a many-year work of oncologists of the North-West Federal area of Russia have been realized in published collective monograph «Cancer in the North-West Federal area of Russia» (edited by V.M.Merabishvili and K.P.Khanson).

At present collaborators of both the Population-based Cancer Registry in St. Petersburg and Cancer Control Department of the N.N.Petrov Research Institute of Oncology have published 18 annuals on analysis of operative reporting of oncological service of St. Petersburg and on precise analysis of database of the Registry on actual problems of cancer control.

It is important to underline that in 2011 there has been published the 2-Volume monograph «Survival of cancer patients» and the 2-Volume guidelines for physicians «Oncological statistics. Traditional methods, new information technologies».

It is significant to pay attention to the fact that the whole range of activities are

количеством методологических дефектов, а разработка аналитической деятельности онкослужбы города, как и других административных территорий СЗФО России, полностью перешла к научному отделу организации противораковой борьбы НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова.

В апреле 2015 г. впервые в России издана наша монография «Злокачественные новообразования в Санкт-Петербурге (анализ базы данных ракового регистра по международным стандартам: заболеваемость, смертность, выживаемость)», где все представленные данные сформированы на основе БД ПРР, а не на основе форм государственной отчетности (ф. № 7 и ф. № 35). Это касается, прежде всего, расчета показателей заболеваемости, аналитических показателей и выживаемости больных. Обобщены данные с 1980 по 2012 гг. по дате заболевания, а не по дате взятия на учет, как это практикуется в России [99].

performed by employees of the Registry to the limits of their possibilities because state-wide, by the Russian Ministry of Public Health, to carry out the Registry's activities staffing is determined three times greater than the existing.

In April 2015 for the first time in Russia we published our monograph "Cancer in St. Petersburg (analysis of cancer registry's database according to international standards: morbidity, mortality and survival" where all information is generated on the basis of the Population-based Cancer Registry' DB and not on the basis of the Forms of state reporting (F. №7 and F. №35). This mainly concerns an estimation of incidence rates, analytical parameters and survival of patients. There are summarized data from 1980 to 2012 in accordance with the date of disease rather than by the date of registering as it happens in Russia [99].



Сотрудники Популяционного ракового регистра. Слева направо, 1 ряд: И.В. Кисельникова, проф. О.Ф. Чепик, проф. В.М. Мерабишвили, доцент О.Т. дятченко, И.В. Апалькова. 2 ряд: Т.Г. Попова, С.В. Кичерова, Е.П. Жемкова, Л.Н. Жемкова, А.Ю. Юзефович, М.В. Стогний

The staff the Population-based Cancer Registry. From left to the right 1st row: I.V. Kiselnikova, Prof. O.F.Chepik, Prof. V.M. Merabishvili, O.T. Dyatchenko, I.V. Apalkova. 2nd row: T.G. Popova, S.V. Kicherova, E.P. Zhemkova, L.N. Zhemkova, A.Yu. Yuzefovich, M.V. Stogny.

**Основные издания, подготовленные сотрудниками научного отдела
организации противораковой борьбы НИИ онкологии
им. Н.Н. Петрова и Популяционного ракового регистра
Санкт-Петербурга**

1. Parkin D.M., ..., Merabishvili V.M. at al. Childhood Leukemia Following the Chernobyl Accident: The European Childhood Leukemia - Lymphoma Incidence Study (ECLIS) // *Euro. J. Cancer.* -1993. - Vol. 29A. - №1. - P. 87-95.
2. Инструктивно-методические указания по заполнению и кодированию "Информационной карты больного злокачественным новообразованием (ф. № 30-6-PP)". Подготовлены проф. В.М. Мерабишвили. СПб. - 1994. - 49 с.
3. Инструктивно-методические указания по кодированию гистологических типов злокачественных новообразований (на основе МКБ 0-2). Подготовлены проф. В.М. Мерабишвили. - СПб. - 1994. - 32 с.
4. Инструктивно-методические указания по использованию полного перечня кодов морфологии опухолей (МКБ-0-2) и их переводу в коды единой системы популяционных раковых регистров России. Подготовлены д.м.н. О.Ф. Чепиком, проф. В.М. Мерабишвили. - СПб. - 1996. - 31 с.
5. Актуальные вопросы онкологии (Материалы международного симпозиума, Санкт-Петербург, 14-17 мая 1996 г.) / Под ред. чл.-корр. РАМН, проф. К.П. Хансона, д.м.н., проф. В.М. Мерабишвили. - СПб. - 1996. - 279 с.
6. Злокачественные новообразования в Санкт-Петербурге // Под ред. проф. В.М.Мерабишвили. СПб. - 1996. - 215 с. // *Cancer incidence in St. Petersburg. Ed. prof. V.M. Merabishvili. St. Petersburg, - 1996.- 215 p.*
7. Parkin D.M., Merabishvili V.M. at al. Childhood leukemia in Europe after Chernobyl: 5 year follow-up. // *British Journal of Cancer* (1996). - 73.- P. 1006-1012.
8. Merabishvili V.M., Tsvetkova T.L., Reznikova T.V. Morphological aspects of survival from breast cancer in Petersburg. // *IACR 30 the annual meeting. Abstracts, Edinburgh, - 1996. - P. 92.*
9. Мерабишвили В.М. Злокачественные новообразования в Санкт-Петербурге в 1994 году (заболеваемость, смертность, летальность, выживаемость). - СПб. - 1997. - 120 с.
10. Справочник сопоставления кодов Международной классификации болезней 9 и 10 пересмотров по классу новообразований / Под ред. проф. В.М. Мерабишвили.- СПб. - 1997. - 91 с.
11. Мерабишвили В.М., Старинский В.В. Методические и организационные проблемы создания государственного ракового регистра // *Вопр. онкол.* - 1997. - Т.44. - №2. - С. 233-237.
12. Методические рекомендации по заполнению "Информационной карты больного злокачественным новообразованием (ф. № 30-6-PP)". Подготовлены проф. В.М. Мерабишвили, к.м.н. С.П. Поповой. - СПб. - 1998. - 12 с.
13. Злокачественные новообразования в Санкт-Петербурге в 1995 году (заболеваемость, смертность, летальность, выживаемость) / Под ред. проф. В.М. Мерабишвили. - СПб. - 1998. - 126 с. // *Cancer incidence in St. Petersburg in 1995 (morbidity, mortality, lethality, survival. Statistical Annual). Ed. prof. V.M. Merabishvili. St. Petersburg, 1998. - 126 p.*
14. Актуальные вопросы организации и развития раковых регистров (материалы международного симпозиума) / Под ред. проф. В.М. Мерабишвили, проф. В.В. Старинского - СПб. - 1998. - 208 с.

15. Мерабишвили В.М., Попова С.П. Раковый регистр. Назначение, новые возможности для практического здравоохранения и научных исследований // Мир медицины. - 1998. - № 11-12. - С. 61-62.
16. Мерабишвили В.М., Попова С.П., Чепик О.Ф., Таранда Н.Н. Международная статистическая классификация болезней десятого пересмотра по классу новообразований особенности структуры и преемственности в сопоставлении кодов // Вопр. онкол. - 1998. - Т.44. - № 6. - С. 745-748.
17. Основные показатели деятельности онкологической службы Санкт-Петербурга за 1997год (краткая справка оперативной отчетности) / Под ред. проф. В.М. Мерабишвили. - СПб. - 1998. - 51 с.
18. Злокачественные новообразования в Санкт-Петербурге в 1996 году (заболеваемость, смертность, летальность, выживаемость) / Под ред. проф. В.М.Мерабишвили. - СПб. - 1999. - 219 с. // *Cancer incidence in St. Petersburg in 1996 (morbidity, mortality, lethality, survival. Statistical Annual)*. Ed. prof. V.M. Merabishvili. St. Petersburg, 1999. - 219 p.
19. Merabishvili V. M., Popova S.P., Ourmantcheeva N.R., Safronnicova N.R. Morbidity of gynecologic cancer in St.Petersburg // *Journal of obstetrics and women,s diseases* v.68. Book of abstract the VII-th Baltic Sea Congress, May 1999. - Saint-Petersburg. - 1999. - P. 111.
20. Основные показатели деятельности онкологической службы Санкт-Петербурга за 1998 год (краткая справка оперативной отчетности) / Под ред. проф. В.М. Мерабишвили. - СПб. - 1999. - 42 с.
21. Основные показатели деятельности онкологической службы Санкт-Петербурга за 1999 год (аналитический обзор оперативной отчетности, включая расчеты показателей выживаемости онкологических больных) / Под ред. проф. В.М. Мерабишвили. - СПб. - 2000. - 219 с.
22. Мерабишвили В.М. Выживаемость онкологических больных по данным популяционного ракового регистра Санкт Петербурга. //Злокачественные новообразования в России в 1999 году / Под. ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского. - М. - 2000. - С. 220-221.
23. Мерабишвили В.М., Попова С.П., Чепик О.Ф., Юрин А.Г. Регистрация и учет больных с первично-множественными злокачественными новообразованиями // Вопр. онкол. - 2000.Т. - 46. - № 1. - С. 40-43.
24. Мерабишвили В.М., Цветкова Т.В., Лебедев В.В., Попова С.П., Резникова Т.В., Апалькова И.В. Расчет критерия выживаемости онкологических больных на территориальном уровне // Вопр. онкол. - 2000. - Т. 46. - № 2. - С. 149-152.
25. Мерабишвили В.М., Попова С.П., Апалькова И.В., Дятченко О.Т., Резникова Т.В. Выживаемость онкологических больных на популяционном уровне (данные первого в России канцеррегистра) // Вопр. онкол. - 2000. - Т. 46. - № 3. - С. 263-273.
26. Деятельность онкологической службы Санкт-Петербурга в 2000 году (краткий обзор оперативной отчетности по городу и административным районам) / Под ред. проф. В.М. Мерабишвили. - СПб. - 2001. - 23 с.
27. Онкологическая помощь населению // Под ред. проф. В.М. Мерабишвили. - СПб. - 2001. - 199 с. // *Cancer patient care*. Ed. prof. V.M. Merabishvili. St. Petersburg. - 2001. - 199 p.
28. Новые информационные технологии в онкологической статистике (материалы международного симпозиума) / Под ред. проф. В.М. Мерабишвили. - СПб. - 2001. - 276 с. // *New information in oncology statistics*. Ed. prof. V.M. Merabishvili. - St. Petersburg. - 2001. - 276 p.
29. Мерабишвили В.М., Попова С.П., Чепик О.Ф. Проблемы регистрации и учета новообразований с неопределенным характером поведения // Вопр. онкол. - 2000. - Т. 47. - № 3. - С. 290-293.

30. Онкологическая служба Санкт-Петербурга в 2001 году (ежегодник популяционного ракового регистра) / Под ред. проф. В.М. Мерабишвили. - СПб. - 2002. - 98 с. // *Cancer control in St.-Petersburg in 2001. Annual of the Population - Based Cancer Registry. Ed. prof. V.M. Merabishvili. - St. Petersburg. - 2002. - 98 p.*
31. Мерабишвили В.М. Злокачественные новообразования в Санкт-Петербурге (1980-2000 год). СПб. - 2002. - 225 с. // *V.M. Merabishvili Cancer incidence in St. Petersburg (1980-2000).*
32. Мерабишвили В.М. Выживаемость онкологических больных по данным популяционного ракового регистра Санкт-Петербурга. // *Злокачественные образования в России в 2000 году (заболеваемость и смертность) / Под. ред. В.И. Чисова, В.В. Старинского. - М. - 2002. - С. 245-259.*
33. Мерабишвили В.М. Погодичная летальность континентов онкологических больных Санкт-Петербурга // *Злокачественные образования в России в 2000 году (заболеваемость и смертность) / Под. ред. В.И. Чисова, В.В. Старинского. - М. - 2002. - С. 260-262.*
34. *Merabishvili V. M. Cancer incidence in North-Western Russia // 24 Annual Meeting of the International Association of Cancer Registries. Tampere, - Finland. - 2002. - P. 51.*
35. *Merabishvili V.M., Safronnicova N.R. Observed and relative survival of cancer patients (according to data of the population - based cancer registry in St.Petersburg) // 24 Annual Meeting of the International Association of Cancer Registries. - Tampere, Finland. - 2002. - P. 119.*
36. *Merabishvili V.M., Tsvetkova T.L., Popova S.P. Russia, St.Petersburg. Cancer incidence in Five Continents. Vol.VIII Ed. D.M. Parkin, S.L. Whelan, J. Ferlay, L. Teppo, D.B. Thomas. IARS. Sci. publ. № 155. Lyon. 2002. p. 416 - 417; 516 - 771.*
37. Показатели деятельности онкологической службы по Санкт-Петербургу и районам города в 2002 году (краткий обзор оперативной отчетности) / Под ред. проф. В.М. Мерабишвили. - СПб. - 2003. - 52 с.
38. Мерабишвили В.М. Материалы к истории онкологической статистики в России. (К 50-летию повсеместной и обязательной регистрации онкологических больных) // *Вопр. онкол. - 2003. - Т.49. - № 3. - С. 407-421.*
39. Старинский В.В., Мерабишвили В.М., Грецова О.П., Попова С.П., Петрова Г.В., Дятченко О.Т., Простов Ю.И., Цветкова Т.Л., Апалькова И.В. Развитие системы популяционных раковых регистров в России // *Вопр. онкол. - 2003. - Т.49. - № 4. - С. 422-426.*
40. Роль раковых регистров в оценке эффективности противораковой борьбы. Научно - практическая конференция онкологов России / Под ред. В.М. Мерабишвили. - СПб. - 2003. - 218 с.
41. Злокачественные новообразования в Санкт-Петербурге (1970-2003) / Под ред. проф. В.М. Мерабишвили. - СПб. - 2004. - 249 с.
42. Показатели деятельности онкологической службы по Санкт-Петербургу и районам города в 2003 году (экспресс-информация Популяционного ракового регистра). - СПб. - 2004. - 12 с.
43. Сафронникова Н.Р., Мерабишвили В.М. Профилактика вирусозависимых заболеваний. Диагностика и лечение папилломавирусной инфекции. Пособие для врачей. - СПб. - 2005. - 34 с.
44. Мерабишвили В.М. Онкологическая служба в Санкт-Петербурге и районах города в 2004 году (экспресс-информация Популяционного регистра). - СПб. - 2005. - 32 с.
45. Злокачественные новообразования в Северо-Западном Федеральном округе России / Ред. В.М. Мерабишвили, К.П. Хансона. - СПб. - 2005. - 313 с. (*Cancer in north - West Federal Region of Russia*); Ed. V.M. Merabishvili, K.P. Hanson; Spb. - 2005. - 313 p.

46. Петрова Г.В., Грецова О.П., Старинский В.В., Харченко Н.В., Мерабишвили В.М. Характеристика и методы расчета статистических показателей, применяемых в онкологии. Практическое пособие. - М. - 43 с.
47. Организация и проведение скрининга на наличие онкогенных вирусов папилломы человека в целях профилактики злокачественных новообразований органов репродуктивной системы. Методические рекомендации. Авторы Л.В. Лялина, Ф.С. Носков, А.Б. Жербин, О.В. Нарвская, В.М. Мерабишвили, Н.Р. Сафронникова, А.Б. Чухловин и др. - СПб. - 2005. - 25 с.
48. Мерабишвили В.М., Цветкова Т.Л. Программный комплекс разработки данных выживаемости онкологических больных на популяционном уровне // Материалы VI Всероссийского съезда онкологов. Современные технологии в онкологии. Т.1.- Ростов-на-Дону. - 2005. - С. 34-35.
49. Мерабишвили В.М. Онкологическая служба в Санкт-Петербурге и районах города в 2005 году (предварительные данные Популяционного ракового регистра). - СПб. - 2006. - 16 с.
50. Мерабишвили В.М. Выживаемость онкологических больных. - СПб. - 2006. - 440 с.
51. Мерабишвили В.М. Злокачественная меланома – современные тенденции (заболеваемость, смертность, морфологическая верификация) // Вопр. онкол. - 2006. - Т. 52. - № 3. - С. 275-286.
52. Мерабишвили В.М., Чепик О.Ф. Анализ выживаемости и годичной летальности больных злокачественной меланомой кожи на популяционном уровне) // Вопр. онкол. - 2006. - Т. 52. - № 4. - С. 385-391.
53. Мерабишвили В.М. Онкологическая служба в Санкт-Петербурге и районах города в 2005 году (предварительные данные Популяционного ракового регистра). - СПб. - 2006. - 17 с.
54. Мерабишвили В.М. Онкологическая служба в Санкт-Петербурге и районах города в 2005 году (заболеваемость, смертность, выживаемость) – экспресс-информация Популяционного ракового регистра. - СПб. - 2006. - 128 с.
55. Этапы формирования в России информационной системы «Популяционный раковый регистр». Материалы научно-практической конференции онкологов России. / Ред. В.В. Старинского, В.М. Мерабишвили, В.А. Эфендиева. - Калуга. - 2006. - 60 с.
56. Мерабишвили В.М. Онкологическая служба в Санкт-Петербурге и районах города в 2006 году. Ежегодник Популяционного ракового регистра. - СПб. - 2007. - 140 с. // V.M.Merabishvili Cancer incidence in St. Petersburg and districts in 2006. Express information of the population-based Cancer Registry. - St. Petersburg. - 2007. - 140 p.
57. Берштейн Л.М., Мерабишвили В.М., Семенова Н.В., Карпова И.А., Ковалевская А.Ю. Популяционный анализ сочетания рака и сахарного диабета: частота и особенности // Вопр. онкол. - 2007. - Т. 53. - № 3. - С. 285-290.
58. Мерабишвили В.М. Злокачественные новообразования в мире, России, Санкт-Петербурге. - СПб. - 2007. - 423 с. // V.M.Merabishvili Cancer incidence in the World, Russia, St. Petersburg. - St. Petersburg. - 2007. - 423 p.
59. Мерабишвили В.М. Сравнительные данные пятилетней выживаемости больных злокачественными новообразованиями желудочно-кишечного тракта, леченных в специализированных онкологических учреждениях и хирургических стационарах общей сети // Вопр. онкол. - 2007. - Т. 53. - № 3. - С. 269-273.
60. Мерабишвили В.М. Методологические подходы к оценке риска возникновения опухолей и анализа онкологической ситуации на популяционном уровне // Медицинский академический журнал. - 2007. - Т. 7. - №3. - С. 18-43.

61. Мерабишвили В.М. Злокачественные новообразования в Санкт-Петербурге. 1970-2006 (издание третье). - СПб. - 2007. - 424 с. // V.M.Merabishvili Cancer incidence St. Petersburg 1970-2006. - St. Petersburg. - 2007. - 424 p.
62. Мерабишвили В.М. Статистическая оценка возникновения риска злокачественных новообразований и анализ онкологической ситуации на популяционном уровне // *Вопр. онкол.* - 2008. - Т. 54. - № 2. - С. 148-156.
63. Мерабишвили В.М. Онкологическая служба в Санкт-Петербурге и районах города в 2007 году (заболеваемость, смертность, выживаемость). Ежегодник Популяционного ракового регистра. - СПб. - 2008. - 256 с.
64. Мерабишвили В.М., Дятченко О.Т. Динамика онкологической заболеваемости и смертности детского населения (0-14) в Санкт-Петербурге // *Вопр. онкол.* - 2008. - Т. 54. - № 3. - С. 272-280.
65. Аналитические информационные системы онкологической службы России. Материалы Всероссийской научно-практической конференции онкологов / *Ред. В.М. Мерабишвили, В.В. Старинский, В.Ф. Семиглазов, Ю.А. Щербук.* - СПб. - 2008. - 176 с.
66. Данилова И.А., Мерабишвили В.М., Аничков Н.М., Чепик О.Ф. Анализ современного патоморфоза рака желудка на популяционном уровне // *Международный академический журнал.* - 2008. - Т. 8. - № 3. - С. 35-45.
67. Мерабишвили В.М. Динамика кумулятивной 5 и 10 летней наблюдаемой и относительной выживаемости детей (0-14) в Санкт Петербурге (популяционное исследование) // *Вопр. онкол.* - 2008. - Т. 54. - № 5. - С. 573-581.
68. Merabishvili V.M., Tsvetkova T.L., Chepik O.F., Dyatchenco O.T., Apalkova I.V., Kiselnikova I.V. Russia, St.Petersburg // *Cancer incidence in Five Continents., Eds. Curado M.P. at al. Vol. IX. IARC Sci. Publ. No 160.* - Lyon. - 2008. - 1522 p.
69. Мерабишвили В.М. Динамика онкологической заболеваемости и выживаемости подростков от злокачественных новообразований в Санкт Петербурге // *Вопр. онкол.* - 2008. - Т. 54. - № 6. - С. 706-709.
70. Мерабишвили В.М. О недоступности расчета показателей относительной выживаемости онкобольных большинству стран СНГ. // *V съезд онкологов и радиологов СНГ. - Ташкент.* - 2008. - С. 25.
71. Мерабишвили В.М., Щербук Ю.А. Современное развитие информационных систем онкологической службы. - СПб. - 2008. - 242 с.
72. Динамика показателей деятельности онкологической службы Санкт-Петербурга по районам города в 2007-2008 гг / *Под ред. проф. В.М. Мерабишвили. Экспресс-информация Популяционного ракового регистра.* - СПб. - 2009. - 16 с.
73. Мерабишвили В.М., Щербук Ю.А. Современное развитие информационных систем онкологической службы. Издание второе, дополненное. - СПб. - 2009. - 242 с.
74. Мерабишвили В.М., Богданова Е.М., Урманчеева А.Ф., Чепик О.Ф., Сафронникова Н.Р., Лалианцы Э.И. Возрастные особенности заболеваемости, смертности, морфологической верификации злокачественных новообразований яичника // *Вопр. онкол.* - 2010. - Т. 56. - № 2. - С. 144-151.
75. Мерабишвили В.М., Щербук А.Ю., Щербук Ю.А. Злокачественные новообразования мозговых оболочек головного и спинного мозга (С70-72) в Санкт-Петербурге // *Вопр. онкол.* - 2010. - Т. 56. - № 5. - С. 521-533.
76. Мерабишвили В.М., Щербук Ю.А. Онкологическая служба в Санкт-Петербурге и районах города в 2009 году. Ежегодник Популяционного ракового регистра (№16). - СПб. - 2010. - 224 с.
77. Мерабишвили В.М. Онкологическая статистика (традиционные методы, новые информационные технологии). Руководство для врачей. Часть I. - СПб. - 2011. - 221 с.

78. Мерабишвили В.М. Онкологическая статистика (традиционные методы, новые информационные технологии). Руководство для врачей. Часть II. - СПб. - 2011. - 248 с.
79. Мерабишвили В.М., Апалькова И.В. Медиана кумулятивной наблюдаемой выживаемости больных злокачественными новообразованиями. Онкологическая статистика (традиционные методы, новые информационные технологии). Руководство для врачей. Часть II. - СПб. - 2011. - С. 127-135.
80. Мерабишвили В.М. Медико-статистический терминологический словарь. Онкологическая статистика (традиционные методы, новые информационные технологии). Руководство для врачей. Часть II. - СПб. - 2011. - С. 217-244.
81. Мерабишвили В.М. Выживаемость онкологических больных. Выпуск второй, часть I. / Под ред. Ю.А. Щербука. - СПб. - 2011. - 332 с.
82. Мерабишвили В.М. Злокачественные новообразования соединительной и мягких тканей (заболеваемость, смертность, выживаемость) // *Вопр. онкол.* - 2011. - Т. 57. - № 4. - С. 434-442.
83. Мерабишвили В.М. Выживаемость онкологических больных. Выпуск второй, часть II. - СПб. - 2011. - 344 с.
84. Мерабишвили В.М. Онкологическая служба Санкт-Петербурга (оперативная отчетность за 2010 год, углубленная разработка базы данных регистра по международным стандартам) Ежегодник Популяционного ракового регистра (№17) / Под ред. Ю.А. Щербука, А.М. Беляева. - СПб. - 2011. - 336 с.
85. Мерабишвили В.М. Динамика показателей деятельности онкологической службы Санкт-Петербурга по районам города в 2010-2012 гг. (заболеваемость, смертность, контингенты, выживаемость больных). Экспресс-информация Популяционного ракового регистра (№ 221 IACR). - СПб. - 2013. - 48 с.
86. Мерабишвили В.М. Онкологическая служба Санкт-Петербурга (оперативная отчетность за 2011-2012 годы, углубленная разработка базы данных регистра по международным стандартам). PPP (IACR №221), том 18 / Под ред. В.М. Колабутина, А.М. Беляева. - СПб.: Коста. - 2013. - 364 с.
87. Мерабишвили В.М. Методологические аспекты анализа деятельности онкологической службы на основе новых разработок информационных технологий // *Вопр. онкол.* - 2012. - Т. 58. - № 2. - С. 171-179.
88. Мерабишвили В.М. Наблюдаемая и относительная выживаемость онкологических больных (популяционное исследование). // *Росс. онкологический журнал.* - Москва: «Медицина». - 2012. - № 3. - С. 25-29.
89. Мерабишвили В.М., Мерабишвили Э.Н. Динамика наблюдаемой и относительной выживаемости больных злокачественными новообразованиями глаза и его придаточного аппарата // *Офтальмология.* - 2012. - Т. 9. - № 2. - С. 49-53.
90. Мерабишвили В.М., Мерабишвили Э.Н. Злокачественные новообразования глаза и его придаточного аппарата, заболеваемость и смертность (популяционное исследование) // *Офтальмология.* - 2012. - Т. 9. - № 3. - С. 71-76.
91. Мерабишвили В.М. Закономерности риска возникновения злокачественных опухолей и анализ эффективности противораковой борьбы на современном этапе // *Биосфера.* - 2013. - Т. 9. - № 1. - С. 104-118.
92. Мерабишвили В.М. Заболеваемость, смертность и анализ эффективности организации онкологической помощи больным раком пищевода // *Вопр. онкол.* - 2013. - Т. 59. - № 1. - С. 30-40.
93. Мерабишвили В.М. Динамика наблюдаемой и относительной выживаемости больных раком пищевода (популяционное исследование) // *Вопр. онкол.* - 2013. - Т. 59. - № 2. - С. 41-46.

94. Мерабишвили В.М. Эпидемиология и выживаемость больных раком молочной железы // *Вопр. онкол.* - 2013. - Т. 59. - № 3. - С. 314-319.
95. Мерабишвили В.М. Аналитическая эпидемиология рака желудка // *Вопр. онкол.* - 2013. - Т. 59. - № 5. - С. 565-570.
96. Мерабишвили В.М. Динамика наблюдаемой и относительной выживаемости больных раком желудка (популяционное исследование) // *Вопр. онкол.* - 2013. - Т. 59. - № 6. - С. 701-707.
97. E. Ulrikh, D. Khalimbekova, D. Matzcko, V. Merabishvili, A. Sidoruk, A. Urmancheeva. Clear cell endometrial carcinoma (clinical and morphologic features) // *Int. J. Gynecol. Cancer.* - 2013. - Vol. 23. - Iss.8. - Suppl. 1. - P. 79.
98. Мерабишвили В.М. Злокачественные новообразования в Северо-Западном федеральном округе России (заболеваемость, смертность, контингенты, выживаемость больных). Экспресс-информация. Первый выпуск. - СПб., Ладога. - 2014. - 140 с.
99. Мерабишвили В.М. Злокачественные новообразования в Санкт-Петербурге (анализ базы данных ракового регистра по международным стандартам: заболеваемость, смертность, выживаемость) / Под ред. А.М. Беляева, СПб. - 2015. - 295 с. V.M. Merabishvili *Malignant tumors in Saint Petersburg (analysis of cancer registry database according to international standards:morbidity, mortality, survival)* Editor: Prof. A.M. Belyaev. SPb, 2015, 295 p.

Более детальный перечень работ ПРР Санкт-Петербурга изложен в последней указанной работе (№ 99)

Глава 9. Общество онкологов Санкт-Петербурга и области. 60 лет существования

Е.В. Цырлина, Ю.И. Комаров

60th anniversary of Scientific Oncology Society of St. Petersburg and Leningrad region

E.V. Tsyrlina, Yu.I. Komarov

60 лет назад в 1953 г было организовано Общество онкологов Ленинграда и Ленинградской области. Создание его было инициировано Ученым Советом МЗ СССР и осуществлено ведущими онкологами нашего города. Первым председателем общества был академик АМН СССР Н.Н. Петров, первым научным секретарем профессор С.А. Холдин. Тогда же был написан и утвержден Устав общества, который не менялся до настоящего времени. Изменение жизни в стране повлекло за собой и изменение характера работы общества онкологов. В последние годы оно утратило юридические и административные функции, но продолжало быть местом, где обсуждались актуальные вопросы экспериментальной и клинической онкологии. Были сделаны попытки выйти за рамки только онкологической аудитории, в связи с чем проводились заседания совместно с Ассоциацией акушеров-гинекологов Санкт-Петербурга и Ленинградской области и Хирургическим обществом Пирогова. Подробные протоколы выступлений и научных дискуссий публиковались в журнале «Вопросы онкологии». На 500-м юбилейном заседании общества проф. А.М. Беляев довел до сведения собравшихся, что принято решение переработать Устав Общества онкологов с преимуществом тем задачам, которые ставились раньше, но которые должны отвечать современным юридическим требованиям к общественным организациям. Предполагается также привлечь новые информационные технологии, изменить формат заседаний, чтобы они были продуктивны, интересны и охватывали широкую аудиторию.

The Scientific Oncology Society of St. Petersburg and Leningrad region was organized 60 years ago in 1953. It was initiated by the Academic Council of the USSR Ministry of Healthcare and by the leading oncologists of our city. The first chairman of the society was academician of the USSR Academy of Medical Sciences N.N. Petrov, the first academic secretary was professor S.A. Kholdin. Then the Charter of the Society was written and approved, it has never been changed. Changes of life in the country resulted in changes in the essence of work of the Scientific Oncology Society. In recent years it has lost the legal and administrative functions, but it continues to be a place where topical problems of experimental and clinical oncology are discussed. The attempts were made to go beyond oncology audience; in connection with which meetings were held together with the Association of Obstetricians and Gynecologists of St. Petersburg and Leningrad region and the Pirogov Surgical Society. Detailed records of presentations and discussions were published in the scientific journal "Problems in Oncology." On the 500th anniversary meeting of the society professor A.M. Belyaev informed the audience about the decision to revise the Charter of the Scientific Oncology Society corresponding to the continuity of the tasks that were set before, but they should meet current legal requirements for public organizations. It is also expected to use new information technologies, to make meetings more productive, interesting and to cover a wide audience.

Общество онкологов в г. Ленинграде было создано в 1953 году по решению Ученого совета Министерства здравоохранения СССР. Вслед за этим решением и письмом председателя Оргкомитета Всесоюзного общества онкологов чл. корр. АМН СССР профессора А.И. Савицкого, содержащего поручение организовать общество онкологов Ленинграда и Ленинградской области, 8 декабря 1954 года состоялось собрание инициативной группы онкологов под председательством академика АМН СССР профессора Н.Н. Петрова, был утвержден Устав общества и тайным голосованием избрано Правление. В его состав вошли действительный член АМН СССР профессор Н.Н. Петров (председатель) действительный член АМН СССР профессор А.В. Мельников, чл.-корр. АМН СССР профессор АИ. Серебров, чл. корр. АМН СССР профессор М.Ф. Глазунов, (казначей) чл. корр. АМН СССР профессор Л.М. Шабад, профессора С.А. Холдин (ученый секретарь), М.Н. Побединский, А.И. Раков и А.И. Шапиро.

26 февраля 1955 г Устав научного общества онкологов Ленинграда и Ленинградской области был утвержден Ленинградским Горздравотделом. Согласно Уставу Ленинградское Общество подчинялось Всесоюзному Обществу онкологов, пользовалось правами юридического лица и не имело своей целью извлечения материальных выгод, В качестве главных задач, которые, среди прочих, должно было решать общество онкологов были:

- Научная разработка вопросов теории и практики медицины в области онкологии
- Оказание научно-методической органам здравоохранения в деле улучшения медицинского обслуживания населения и внедрения в практику новейших достижений медицинской науки.

Первое научное заседание Общества онкологов состоялось 7 апреля 1955 г. Оно открылось докладом Н.Н. Петрова и соавторов «Первоначальные опыты экспериментального канцерогенеза посредством радиоактивного серебра Ag_{110} ». В течение первых 10 лет на заседаниях общества доклады касались вопросов канцерогенеза и онтогенеза опухолей, а также обсуждались вопросы диагностики и лечения опухолей.

До произошедшей в стране перестройки Общество онкологов играло важную административную роль, участвуя в выдвижении кандидатов на должности главных онкологов, в обсуждении планов издательств медицинской литературы, в организации съездов онкологов. Членские взносы давали возможность обществу премировать некоторые работы, в частности, оплатой авторам командировочных расходов для участия во Всесоюзных съездах онкологов.

В 2004 г исполнилось 50 лет со дня организации Общества онкологов, что было отмечено специальным заседанием и публикацией статьи в монографии «Злокачественные новообразования в северо-западном федеральном округе России» (СПб. 2005). За прошедшие с этого дня 10 лет Общество онкологов Санкт-Петербурга и области продолжало функционировать, было проведено еще 56 заседаний. В отличие от первых лет существования общества в последнее десятилетие доклады, главным образом, были посвящены вопросам клинической онкологии. Развитие

новых информационных технологий, возможность, благодаря интернету, познакомиться с литературой и лекциями ведущих специалистов естественно не могли не повлиять на стиль работы Общества онкологов. Однако живые дискуссии по некоторым актуальным вопросам, а также доклады, содержащие обзор современных методов диагностики и лечения опухолей, оправдывали целесообразность проведения заседаний.

Обсуждались экспериментальные работы. В частности, большой интерес у членов общества вызвало сообщение сотрудника СПбАУ-НОЦ нанотехнологий РАН и СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздравсоцразвития РФ чл. корр. РАМН профессора М.В. Дубины «Нанобиотехнологии и рак: война или переговоры?», в котором автор высказал идею, что перспективным направлением в решении онкологических задач должно быть использование нанотехнологий не только для «войны против рака», но и для мониторинга молекулярных и физиологических изменений, происходящих при развитии опухоли, а также направленная регуляция ключевых биологических процессов в реальном масштабе времени, как в самой опухоли, так и в организме пациентов. Были и традиционные экспериментальные доклады «Экспериментальная оценка гепатопротективных свойств метрота при применении цитостатиков», представленный сотрудниками МАПО, Федерального медико-биологического агентства, ФГБУ «Институт токсикологии» и ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Н.Х. Абдуловой, С.Е. Колбасовым, А.Н. Стуковым и В.М. Моисеенко. Слушателей привлекли также сообщения по биотерапии больных солидными опухолями (И.А. Балдуева и соавторы) и роли антидиабетических и гиполипидемических средств для профилактики и терапии рака (Л.М. Берштейн), а также доклад Л.М. Берштейна и соавторов «Активность ароматазы и ее ингибиторов в онкологии вне проблем рака молочной железы».

На нескольких заседаниях были представлены работы сотрудников лаборатории клеточных технологий при отделении терапевтической онкологии ФГБУ НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова, руководимой д.м.н. И.А. Балдуевой. Это были исследования по «Разработке, обоснованию и оценке современной биотерапии у больных солидными опухолями» и «Клинико-лабораторная оценка иммуносупрессирующих факторов в контексте создания и применения противоопухолевых вакцин».

Рассмотрены вопросы цитологического скрининга рака шейки матки в России (В.И. Новик и Б.Я. Ковнатор), а также использование компьютерной денситоморфометрии в дифференциальной цитологической диагностике опухолей молочной железы (А.А. Мехетько).

Несколько заседаний были посвящены проблемам лекарственной терапии опухолей. В рамках исследований по индивидуализации в выборе химиотерапевтического лечения на основе молекулярных маркеров следует отметить доклад Н.В.Брежнева и Е.Н. Имянитова по эффективности монотерапии цисплатином у больных раком молочной железы и опухолью неизвестной первичной локализации с мутацией BRCA-1. Сотрудниками ГОД доложены результаты разработки индивидуализированной химиотерапии колоректального рака на основе предиктивных

опухолевых маркеров (Г.М. Манихас и соавт.). На нескольких заседаниях обсуждались результаты таргетной терапии. От НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова и ГОД были представлены доклады по высокодозной терапии гефитинибом при метастатическом поражении головного мозга НМРЛ с мутацией EGFR (Ф.В. Моисеенко с соавторами), по таргетной терапии диссеминированного HER2-позитивного рака молочной железы (Т.Ю. Семиглазова с соавт.) В.Г. Иванов с соавторами доложили клинический случай длительной (7.5 лет) эффективной терапии Her-2 позитивного метастатического рака молочной железы препаратом Герцептин. Е.Н. Имянитов выступил с лекцией «Молекулярная онкология для клиницистов». Сотрудники кафедры урологии ВМА, НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова, Университета г. Лейден (Нидерланды) показали, что сунитиниб может быть эффективен при лечении метастатической эпителиоидной гемангиоэндотелиомы почки. Доложены современные направления в лечении лимфомы Ходжкина (Л.В. Филатова) и результаты применения ритуксимаба (мабтеры) при индолетных и агрессивных неходжкинских лимфомах (сотрудники отделения НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова, руководитель М.Л. Гершанович).

Интересным было сообщение, показавшее, что золедроновая кислота позволяет достичь эффекта в лечении диссеминированного аденокарциномы рака (Ю.И. Комаров и соавт.).

Продемонстрированы ортопедические операции онкологическим больным (В.Г. Петров) в том числе эндопротезирование суставов у пациентов, оперированных по поводу остеосарком (Г.И. Гафтон и соавт.). Оригинальная методика реконструкции сквозного дефекта щеки свободным лучевым реvascularизированным лоскутом после хирургического лечения плоскоклеточного рака слизистой оболочки щеки представлена сотрудниками Областного онкологического диспансера А.В. Карпенко и соавторами.

В последние годы широко обсуждалось усовершенствование техники хирургических вмешательств, и в частности, возможность применения органосохраняющих операций при опухолях молочной железы (В.Г. Иванов и соавт.) и при раке почки (А.К. Носов и соавт.). В 4-х случаях заседания Общества онкологов проходили совместно с Хирургическим обществом Пирогова. Большой интерес вызвали доклады от ФГБУ НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова и 40-ой больницы г. Санкт-Петербурга по радикальным эндовидеохирургическим вмешательствам в терапии солидных опухолей (А.М. Карачун и соавт.) и по малоинвазивным методам при лечении эпителиальных новообразований желудочно-кишечного тракта (Л.Д. Роман и соавт.), а также сообщение о первом опыте миниинвазивных вмешательств в хирургии рака пищевода (А.М. Карачун, Е.В. Левченко). Активная дискуссия прошла по докладу А.А. Доманского с соавторами по применению пластики при брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки с экстралеваторной диссекцией при лечении дистального рака прямой кишки и по комплексному химиолучевому и оперативному лечению рака пищевода (Е.В. Левченко и соавт.). Были представлены 5-ти летние результаты комбинированной терапии при аденокарциноме сигмовидной кишки с метастатическим поражением печени (Б.Н.

Котив и соавторы) и отдаленные результаты современной внутриартериальной химиотерапии и циторедуктивной хирургии рака желудка с множественными метастазами в печень (А.В. Павловский и соавторы). Вопросы эндовидеохирургического лечения (С.В. Попов и соавт. Кафедра урологии МАПО) и использования малоинвазивных хирургических методов (Д.Г. Прохоров и соавт., ФГБУ РНЦРХТ) были представлены и в отношении лечения рака почки на заседании общества онкологов, которое проводилось на базе ВМедА. Были также показаны возможности использования лапароскопических операций при раке тела матки (И.В. Берлев и соавт.), злокачественных опухолях яичника (А.А. Цыпурдеева и соавт.) и опухолевых поражениях органов брюшной полости (С.Ф. Басос).

Неоднократно обсуждались вопросы кинетики роста (А.Е. Михнин), диагностики и терапии меланом кожи. Помимо доклада в онкологической аудитории по неоадьювантной фотодинамической терапии этого заболевания (М.Л. Гельфонд и соавт.) на совместном заседании Общества онкологов и Хирургического общества Пирогова доложены принципы лечения рецидивов (В.В. Анисимов и соавт.) и результаты регионарной перфузии при местно диссеминированной меланоме кожи конечностей (Г.И. Гафтон и соавт.). На отдельном заседании общества рассматривались вопросы особенностей метастазирования меланом кожи во внутренние органы (И.И. Алиев и соавт.) и трудности диагностики подногтевой меланомы кожи (М.П. Королев и соавторы Городская Мариинская больница и НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова). Сотрудники ГОД М.В. Зинкевич и соавторы представили результаты дня диагностики меланомы кожи, проведенного в Санкт-Петербурге.

Рак молочной железы был темой нескольких заседаний. Председатель общества В.Ф. Семиглазов знакомил онкологов с современными принципами диагностики, выделения биологических подтипов и лечения этого заболевания, в том числе, основанными на решениях, принятых на международных конференциях в Сан-Галлене и в Сан-Антонио. Разбирались также тактические вопросы терапии местно-регионарных рецидивов рака молочной железы (В.Г. Иванов и соавт.) Сотрудниками ГОД дважды докладывались результаты успешного использования системы интраоперационной лучевой терапии при органосохраняющих операциях при раке молочной железы (А.Г. Манихас и соавт.). О.А. Мельникова и О.Л. Чагунова показали, как организована маммологическая служба в больнице РАН.

Гинекологами были сделаны сообщения по эффективности неоадьювантной гормонотерапии при раке эндометрия (Ю.А. Бараш и соавт.), особенностям лечения рецидивов рака шейки матки (А.Г. Баженов и соавт.) и рака яичников у лиц старше 70 лет (Е.А. Богданова и соавт.). Ряд заседаний, на которых были затронуты такие темы, как «Злокачественные опухоли яичника у молодых», «Беременность и злокачественные опухоли» «Я.В. Бохман — его вклад в развитие отечественной онкогинекологии» были проведены совместно с Ассоциацией акушеров-гинекологов Санкт-Петербурга и Ленинградской области.

В докладах, касающихся лечения рака пищевода, обсуждались вопросы эффективности консервативного лечения (А.М. Щербаком и соавт.) и индукционной химиолучевой терапии с внутрисветной брахитерапией в сочетании с оператив-

ным лечением (Е.В. Левченко и соавт.). В докладе А.В. Нохрина и др. сотрудников СПбГОД : «Резекция пищевода в связи с его стриктурой через 22 года после лучевого лечения рака пищевода» было показано, что в ряде случаев и при этом виде опухоли можно получить длительную ремиссию

Лечение рака легкого на протяжении этих 10 лет было темой нескольких сообщений. В частности, были доложены результаты эндоскопической реканализации в сочетании с лучевой терапией в лечении опухолевых стенозов бронхов и трахеи (А.И. Арсеньев и соавт.), первый опыт перфузии изолированного легкого цитостатиками и новые подходы в лечении немелкоклеточного рака легкого (Е.В. Левченко и соавт.).

Обсуждались морфология (А.И. Урбанский и соавт.), показания к хирургическому лечению, осложнения и прогноз рака предстательной железы (С.Б. Петров и соавт.), а также результаты первой фазы исследований фокальной абляции рака предстательной железы высоко сфокусированным ультразвуком под МРТ контролем (А.К. Носов и соавт.).

Одно из заседаний было посвящено проблеме герминогенных опухолей. Были представлены особенности диагностики и лечения внегонадной герминогенной опухоли (Т.Д. Михайличенко и соавт.), лечения несеминомной герминогенной опухоли средостения (Е.В. Левченко и др.) и распространенных форм этого вида новообразований (С.А.Проценко и соавт.), а также возможности хирургического лечения больных герминогенными опухолями яичка (А.К. Носов и соавт.).

В отношении рака щитовидной железы дискуссия на заседании касалась возможностей хирургического метода в комбинированном лечении этой патологии (Е.В. Левченко и соавт.), а также представлены преимущества и опасности профилактической центральной лимфаденэктомии (А.Ф. Романчишен и соавт.)

24 февраля 2011 г на 481 заседании был заслушан отчет В.Ф. Семиглазова о работе общества и прошли перевыборы правления. В результате председателем общества вновь был избран чл.-корр. РАМН проф. В.Ф. Семиглазов. В состав правления вошли А.С. Барчук, А.М. Беляев, Р.И. Вагнер, А.М. Гранов, Г.М. Манихас, В.М. Моисеенко, Л.Д. Роман, М.Д. Ханевич, О.Л. Чагунава , С.Ю. Кожевников, Е.В. Цырлина. В этом составе правление проработало до мая 2014 г.

12 мая 2014 г прошло 500 юбилейное заседание общества, на котором с приветственным словом от имени НИИ онкологии выступил А.М. Беляев, было заслушано сообщение Е.В. Цырлиной по истории Общества онкологов, а также доклады Л.М. Берштейна, В.Ф. Семиглазова, И.В. Берлева и А.Е. Михнина по вопросам патогенеза и терапии гормонзависимых опухолей. Это заседание подвело черту под старой формацией общества онкологов, которое просуществовало практически 60 лет. В своем вступительном слове А.М. Беляев сказал, что Институт онкологии, общество онкологов, объединяющее онкологов-специалистов Ленинграда и области, журнал «Вопросы онкологии» все эти важные позиции позволили успешно развиваться и занимать лидирующие позиции в стране онкологической службе города и Северо-западного Федерального региона РФ. Однако, сегодня, учитывая , что в городе помимо НИИ онкологии в городе имеются два крупных городских

онкологических центра, оснащенных современным оборудованием, обладающими самыми современными технологиями сложного комбинированного лечения опухолей, федеральные центры, в том числе два специализированных института, даже многопрофильные городские лечебные учреждения, которые могут конкурировать в лечебных технологиях, быть учебными базами и заниматься научной деятельностью в вопросах лечения и диагностики онкологических заболеваний. Информационные технологии позволяют, не выходя из дома получать исчерпывающую научную и образовательную информацию. Все это требует реорганизации деятельности общества в соответствии с объективной реальностью времени. От имени учредителей новой формы общества онкологов А.М. Беляев сказал, что создан Устав Общества с преемственностью тем задачам, которые ставили наши учителя, которые должны быть по современным юридическим требованиям к общественным организациям и буквально в ближайшее время он будет передан в Минюст на перерегистрацию. Есть надежда, что уже в этом году Общество онкологов продолжит свою работу в новом формате.

Глава 10. Общественные противораковые организации в Санкт-Петербурге

В.М. Мерабишвили, Е.В. Демин, Б.В. Афанасьев, И.П. Жильцова,
И.А. Фоминцев

Social anti-cancer organizations in St. Petersburg

V.M.Merabishvili, E.V.Demin, B.V.Afanasev, I.P.Zhiltsova, I.A.Fomintsev

В России становится все больше общественных организаций, чья деятельность направлена на оказание помощи онкологическим больным. С 2000 года ежегодно 4 февраля проводится международный «День борьбы с онкологическими заболеваниями». Санкт – Петербургская организация «Надежда» — первая российская общественная организация помощи онкологическим больным. С 1988 года она работает в области реабилитации онкологических больных: организует тематические конференции для больных и родственников, организует занятия лечебной физкультурой, помогает женщинам после мастэктомии решать вопросы протезирования и покупки специализированного белья. Общественная организация «Ассоциация помощи онкологическим больным «Антирак», созданная в 1991 году на базе горонкодиспансера, с самого начала своей деятельности помогала онкологическим больным в обеспечении лекарственными препаратами, расходными материалами, инструментами, питанием, витаминами и многим другим. Санкт-Петербургский Региональный Благотворительный Фонд «Профилактика рака», являющийся некоммерческим общественным объединением, создан в мае 2002 года. Главной задачей Фонда является разработка и поддержка программ информационных технологий, направленных на изучение эпидемиологии рака, проведения профилактической работы среди населения, совместной деятельности с учреждениями здравоохранения города, направленной на раннее выявление и лечение новообразований. В апреле 2010 года был организован еще один Фонд «Профилактика рака», который осуществляет большую работу по организации научно-практических конференций и оказывает помощь в проведении широкомасштабных исследований по

In Russia there are more and more non-governmental organizations whose activities are aimed at helping cancer patients. The St. Petersburg Organization “Hope” is the first Russian social organization of such direction. Social organization as the “Association of helping cancer patients “Anticancer”, established on the basis the City Oncology Dispensary in 1991, from the very beginning supported cancer patients in medications, supplies, tools, food, vitamins and many others. The St. Petersburg Regional foundation “Cancer Prevention”, which is a non-profit social association, was established in May 2002. The main objective of this foundation is development and support of programs of information technologies aimed at the study of cancer epidemiology, preventive work among the population. In April 2010 it was organized another foundation “Cancer Prevention”, which carries out a lot of work on the organization of scientific and practical conferences and assists in conducting large-scale research on the early detection of cancer. In St. Petersburg there are a number of social organizations to provide moral and material assistance to families with a sick child. The Regional social organization “Children and

раннему выявлению рака и скрининговых программ. Большую благотворительную работу и помощь онкологическим больным осуществляет диагностический центр женского здоровья «Белая роза» (Санкт-Петербургский филиал московского центра). В Санкт-Петербурге работает ряд общественных организаций по оказанию моральной и материальной помощи семьям с больным ребенком. К таким объединениям можно отнести некоммерческую организацию — благотворительный фонд «AdVita» («Ради жизни»). Региональная общественная организация «Дети и родители против рака» охватывает не только детское население, но и всех заболевших в Северо-Западном федеральном округе. Фонд помощи детям с онкологическими заболеваниями «Свет» создан по инициативе родителей для оказания реальной помощи детям, проходящим лечение на детском онкологическом отделении городской больницы №31 Санкт-Петербурга. В городе имеется и ряд других общественных организаций, оказывающих психологическую помощь больным детям.

Parents Against Cancer” are among them. The charitable foundation “AdVita” (non-profit organization) also provides assistance to children with severe disease. The foundation for children with cancer “Light” is an initiative of parents to provide real help to children. The city has a number of other social organizations that provide psychological support to cancer patients.

С увеличением возраста популяции на 1 год, начиная с 35 лет, риск возникновения рака возрастает на 10%, а каждая последующая пятилетка увеличивает вероятность поражения организма злокачественным новообразованием на 50-70%. Учитывая постоянный рост средней продолжительности жизни и совершенствования систем диагностики, возрастает и уровень онкологической заболеваемости, который на большинстве административных территорий России существенно отстает от уровня, регистрируемого в странах с развитой экономикой.

Рост числа больных, а, главное, рост числа излеченных больных, в связи с развитием эффективности раннего выявления пациентов и эффективностью лечения, способствует накоплению огромного числа больных, требующих постоянного внимания и заботы, проведения комплекса реабилитационных работ.

В России становится все больше общественных организаций, чья деятельность направлена на оказание помощи онкологическим больным. С 2000 года ежегодно 4 февраля проводится международный «День борьбы с онкологическими заболеваниями».

Санкт – Петербургская организация «Надежда» — первая российская общественная организация помощи онкологическим больным. С 1988 года она работает в области реабилитации онкологических больных: организует тематические конференции для больных и родственников, организует занятия лечебной физкультурой, помогает женщинам после мастэктомии решать вопросы протезирования и покупки специализированного белья. Благодаря «Надежде», с 1996 года все прооперированные женщины бесплатно получали силиконовые протезы.

Общественная организация «Ассоциация помощи онкологическим больным «Антирак», созданная в 1991 году на базе горнокодиспансера, с самого начала своей деятельности помогала онкологическим больным в обеспечении лекарственными препаратами, расходными материалами, инструментами, питанием, витаминами и многим другим. Вот уже много лет она работает для того, чтобы помогать и поддерживать онкологических больных и их родственников: проводит коллективные занятия в отделении онкодиспансера с участием онкологов, психологов, специалистов в области питания, юристов. Волонтеры организации посещают больных, которым предстоит операция, беседуют с родственниками, ухаживают за одинокими больными. Одно из главных направлений в деятельности Ассоциации – реабилитация. Совместно с канадскими и финскими коллегами осуществляется программа «Обследуй себя сам и оставайся здоровым». Издательская деятельность и деятельность, направленная на пропаганду здорового образа жизни, занимает одно из главных мест в работе Ассоциации.

Санкт-Петербургский Региональный Благотворительный Фонд «Профилактика рака», являющийся некоммерческим общественным объединением, создан в мае 2002 года. Главной задачей Фонда является разработка и поддержка программ информационных технологий, направленных на изучение эпидемиологии рака, проведения профилактической работы среди населения, совместной деятельности с учреждениями здравоохранения города, направленной на раннее выявление и лечение новообразований. Фонд оказал содействие в создании областного ракового регистра в Вологодской области и ряда районных раковых регистров в Санкт – Петербурге, помог в издании коллективной монографии «Злокачественные новообразования в Северо-Западном Федеральном округе России» (2005 г.), монографии «Превентивная онкогинекология» (2008 г.), издано пособие для врачей «Профилактика вирусозависимых онкологических заболеваний (2005,2006 г.). Фонд издает научно-популярный журнал «Профилактика, здоровье, красота» (вышло 38 номеров).

В апреле 2010 года был организован еще один Фонд «Профилактика рака», который осуществляет большую работу по организации научно-практических конференций и оказывает помощь в проведении широкомасштабных исследований по раннему выявлению рака и скрининговых программ. Ближайший Петербургский онкологический форум «Белые ночи» при поддержке Фонда намечен на 8-10 июня 2015 года.

Большую благотворительную работу и помощь онкологическим больным осуществляет диагностический центр женского здоровья «Белая роза» (Санкт-Петербургский филиал московского центра).

В последние годы наметились серьезные успехи в лечении детей с онкопатологией, что привело к существенному увеличению числа контингентов излеченных детей. 15 февраля ежегодно отмечается «Всемирный день детского рака».

В Санкт-Петербурге работает ряд общественных организаций по оказанию моральной и материальной помощи семьям с больным ребенком. К таким объединениям можно отнести некоммерческую организацию — благотворительный фонд «AdVita» («Ради жизни»). Санкт-Петербургский негосударственный благо-

творительный фонд был основан в 2002 году коллективом врачей Клиники трансплантации костного мозга СПбГМУ им. Академика Павлова. AdVita помогает детям и взрослым с онкологическими заболеваниями и онкологическим отделениям больниц. Задача фонда — сделать современную медицинскую помощь доступной любому человеку независимо от возраста, уровня дохода и прогноза заболевания. AdVita оплачивает лекарства, обследования, поиск донора костного мозга, оказывает материальную и социальную помощь онкологическим больным и их семьям, оказывает системную помощь онкологическим отделениям больниц, привлекает доноров крови и костного мозга, развивает волонтерство.

Региональная общественная организация «Дети и родители против рака» охватывает не только детское население, но и всех заболевших в Северо-Западном федеральном округе.

Фонд помощи детям с онкологическими заболеваниями «Свет» создан по инициативе родителей для оказания реальной помощи детям, проходящим лечение на детском онкологическом отделении городской больницы №31 Санкт-Петербурга.

В городе имеется и ряд других общественных организаций, оказывающих психологическую помощь больным детям. Немалая роль в этом принадлежит и хосписам для взрослых и первому детскому хоспису, основанному Санкт-Петербургской Епархией Русской Православной Церкви и осуществляющему паллиативную помощь детям с 1 июня 2010 года.

**ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ
В СЕВЕРО-ЗАПАДНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ
ОКРУГЕ РОССИИ**

Выпуск второй

*Под ред. проф. В.М. Мерабишвили,
проф. А.М. Беляева*



Подписано в печать 12.05.2015. Тираж 300 экз. Заказ № 83.

Отпечатано в ООО ИПП «Ладога»
191028, Санкт-Петербург, ул. Пестеля, д. 13/15, лит. Б, пом. 6Н,
www.ladoga-print.ru, e-mail: ladoga.05@mail.ru

