

ГЛАВА V

ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКИМИ КАДРАМИ И ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ

Экономические и социальные последствия неуклонного увеличения заболеваемости раком и распространенности злокачественных опухолей делают необходимым совершенствование всех компонентов противораковой борьбы: профилактического, лечебного и социального. Необходимо значительное улучшение помощи людям на поздних этапах онкологического заболевания и особенно в заключительный период их жизни. Ключевым принципом противораковой борьбы должно стать признание того, что рак становится явлением социальным и что вред, причиняемый злокачественным новообразованием здоровью заболевшего человека, разрушает также благополучие его ближайшего окружения и пагубно влияет на духовное состояние и здоровье общества.

Напалков Н.П., 2004

Основной целью онкологической службы Краснодарского края является создание системы социальных и медицинских мероприятий, направленной на улучшение профилактики, ранней диагностики и лечения современными методами злокачественных новообразований.

В 40-е годы прошлого столетия в структуре здравоохранения края была сформирована самостоятельная онкологическая служба. В основу ее организации легли такие принципы, как единый, плановый характер работы, обеспечение общедоступной квалифицированной помощью, профилактическая направленность. Созданные в крупных городах (гг. Армавире, Краснодаре, Новороссийске, Сочи) онкологические диспансеры явились организационно-методическими центрами на территории своего обслуживания. Успехи работы онкологических диспансеров в большой степени обеспечивались широкими контактами с общей лечебной сетью, рядом специализированных служб, хорошей подготовкой медицинских работников общей медицинской сети. Создание многопрофильных онкологических учреждений, которые тесно связаны с лечебно-профилактическими учреждениями общего типа, несомненно, привело к дальнейшему значительному улучшению онкологической помощи.

Однако, на протяжении последних лет при неуклонном росте числа заболевших и численности наблюдаемого контингента, число специализированных онкологических учреждений, их штаты, объем онкологического коечного фонда не претерпели существенной динамики.

Онкологическая служба Краснодарского края представлена ГУЗ «Краевой клинический онкологический диспансер» департамента здравоохранения Краснодарского края (ГУЗ ККОД ДЗ КК), 4-мя онкологическими диспансерами (гг. Армавир, Ейск, Новороссийск и Сочи) и 42-мя онкологическими кабинетами в центральных районных и городских больницах в муниципальных образованиях края. Два диспансера (Краевой – 845 коек и Сочинский – 150) имеют мощный коечный потенциал.

Обеспечение доступной и на должном уровне помощи онкологическим больным в процессе реформирования здравоохранения является актуальнейшей задачей. Намерение сосредоточить специализированную с высокими технологиями медицинскую помощь, а именно к таковой относится онкологическая помощь, в территориальных центрах при больших расстояниях, должно иметь задачу не только сосредоточения дорогого лечебно-диагностического оборудования в едином месте, но и обеспечения ее доступности широким слоям населения. При этом должно быть обеспечено функционирование всех звеньев онкологической службы с сохранением ее самостоятельности, с финансированием транспортных расходов больных и проживания на период обследования.



Рис. 5.1. Структура онкологической службы Краснодарского края

Учитывая большое количество больных, нуждающихся в специализированном лечении, территориальную отдаленность многих районов края от ГУЗ «Краевой клинический онкологический диспансер» и его ограниченную пропускную способность, в целях улучшения организационно-методической и лечебно-диагностической помощи жителям отдаленных районов приказом департамента здравоохранения в 2004 г. были утверждены межтерриториальные онкологические центры (рис. 5.2.).

1. Армавирский, оказывает медицинскую помощь 674,5 тыс. человек из: г. Армавира, Гулькевичского, Лабинского, Мостовского, Новокубанского, Отрадненского, Успенского районов.
2. Новороссийский, 628,5 тысяч человек из: гг. Новороссийска, Геленджика, Анапского, Крымского районов.
3. Сочинский, 524,2 тысяч человек из: гг. Сочи, Туапсе и Туапсинского района.

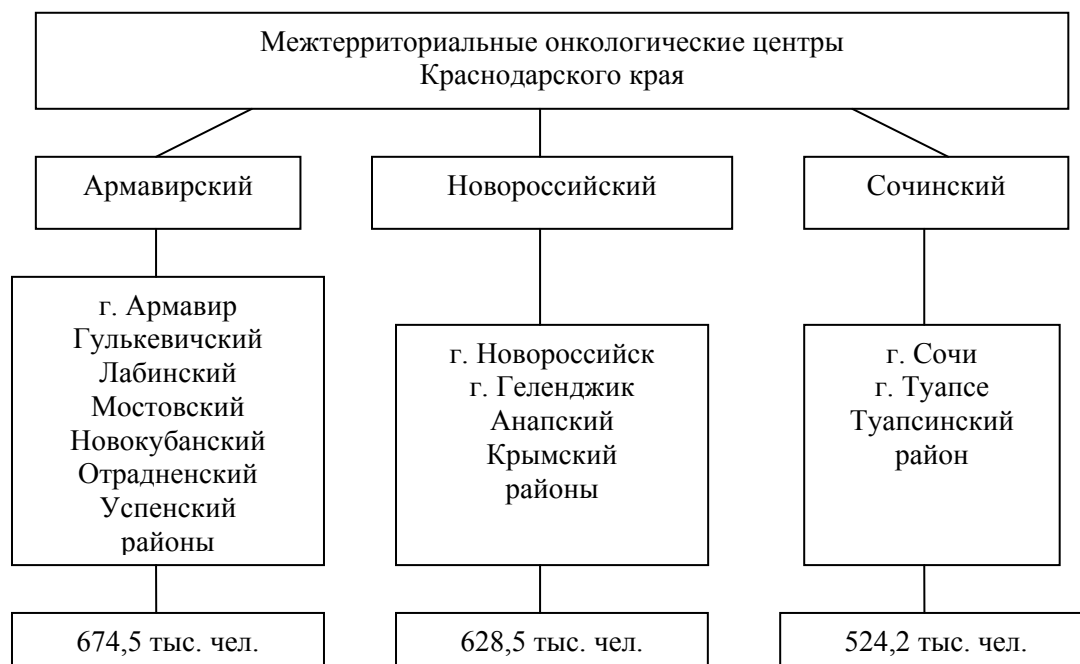


Рис. 5.2. Межтерриториальные онкологические центры и закрепленные за ними территории обслуживания онкологических больных

Создание межрайонных диспансеров позволило решить многие задачи оказания специализированной онкологической помощи населению отдаленных районов не только организационно-методического, но и лечебно-профилактического плана: снизить транспортные расходы обращающихся за медицинской помощью пациентов, усилился контроль руководителей данных центров за проводимой в прикрепленных территориях диспансеризацией онкобольных, выпиской для льготной категории граждан лекарственных препаратов по программе дополнительного лекарственного обеспечения; ужесточился контроль за оказанием диагностических и лечебных услуг врачами общей лечебной сети онкологическим пациентам в закрепленных районах; расширился спектр проводимых межрайонными диспансерами санитарно-просветительных мероприятий по профилактике злокачественных новообразований в отдаленных от Краевого онкологического учреждения территориях и т.д.

Однако расширение сети специализированных учреждений края выявило и ряд глобальных проблем в организации оказания онкологической помощи, требующих огромных материальных вложений.

В г. Новороссийске в ближайшее время необходимо решить вопрос о строительстве стационара ГУЗ ОД г. Новороссийска, что станет этапом в приведении коечного фонда Новороссийского онкологического диспансера как межтерриториального онкологического центра в соответствие с нормативными документами. На учете онкологической службы г. Новороссийска и прикрепленных территорий обслуживания состоит 15 тыс. больных злокачественными новообразованиями. Ежегодно онкологи ставят на учет около 2300 онкологических больных с впервые установленным диагнозом злокачественного новообразования. Тем не менее, межтерриториальный онкологический диспансер г. Новороссийска – единственный в крае онкологический диспансер, который не имеет полноценного количества стационарных онкологических коек.

Онкологическая служба г. Армавира существует с 1958 г. Однако, в настоящее время ресурс существующих радиологических аппаратов выработан. Без реорганизации радиологического отделения в полноценное стационарное отделение с современной аппаратурой и каньоном для лучевых установок оказание качественного комбинированного лечения онкологическим больным невозможно. Аналогичная ситуация складывается и в Сочинском онкологическом диспансере.

Обращает на себя внимание значительное уменьшение числа онкологических кабинетов в крае с 56 в 1996 г. до 42 в 2008 г. Коечный фонд онкологической сети края, который располагается в онкологических и лечебно-профилактических учреждениях, насчитывал в 2008 г. 1069 коек (2,1 на 10000 населения при нормативе 4,0): 839 онкологических и 230 радиологических коек (рис. 5.1.). В 1996 г. в крае было 1428 онкологических коек, т.е. несмотря на ввод новых мощностей, отмечается отрицательная динамика коечного фонда. Это можно объяснить частично ликвидацией маломощных онкологических отделений в больницах общей лечебной сети (г. Лабинске и др.).

Рассчитанная с учетом заболеваемости в крае потребность в коечном фонде в настоящее время составляет 1820 коек. Причем, к стационарному фонду для больных злокачественными новообразованиями вряд ли целесообразно подходить с позиций реструктуризации, которая может поощряться в других областях стационарной помощи.

Имеющийся дефицит онкологических коек частично мог бы быть уменьшен за счет интенсификации хирургической деятельности онкологических диспансеров, но для этого требуется изменение штатного расписания с уменьшением нагрузки на хирурга и строительство дополнительных операционных с организацией реанимационных отделений. Увеличение коечной мощности может быть достигнуто и за счет строительства новых диспансеров в крупных городах края.

Согласно данным статистической отчетности, оборот на онкологической койке в 1996 г. был равен 15,7 больных. В 2008 г. отмечена положительная динамика увеличения оборота онкологической койки до 17,4.

Учитывая сложившуюся ситуацию с коечным фондом и объективные трудности финансового порядка, в качестве альтернативного варианта можно рекомендовать более интенсивное использование амбулаторного лечения и проведения более полного обследования на догоспитальном этапе. Это особенно актуально при переходе краевого департамента здравоохранения на принцип финансирования не койки, а за пролеченного больного, по законченному случаю.

В 2008 г. в Краснодарском крае штат онкологов (табл. 5.2.) составил 244,25 врачебных должностей, по сравнению с 1996 г. (154,0) их количество увеличилось на 90,25 (при расчете на 1000 выявленных больных показатели за этот период возросли с 9,5 до 12,8). Это свидетельствует о стабильности кадрового состава и о пополнении службы новыми кадрами. В 1996 г. врачей-онкологов в Краснодарском крае работало на 46 человек меньше, чем в 2008 г. По сравнению

с 1996 г. количество штатных должностей врачей-онкологов амбулаторно-поликлинического звена в 2008 г. стало больше на 31,5 (129,5 должностей в 2008 г. против 98,0 должности в 1996 г.).

Таблица 5.1

Коечный фонд онкологической службы края, 2008 г.

Территория	Онкологические	Радиологические	Гематологические
<i>Край – всего</i>	<i>839+20 детских</i>	<i>230</i>	<i>180+70 детских</i>
Армавир	50	10	20
Кропоткин	10		
Сочи	70	40	40
Ейск	30		10
ККБ №1	30		
ККОД	585	180	80
ДКБ	20		70
Выделенные койки для проведения химиотерапевтического лечения онкологическим больным			
Новороссийская ГБ № 1	20		
Новороссийская ГБ № 3			30
Абинск	3		
Холмская районная б-ца	2		
Гулькевичи	7		
Динская	10		
Приморско-Ахтарск	2		

В 2008 г. в Краснодарском крае штат радиологов по сравнению с 1996 г. увеличился на 3,5 штатных единицы и составил 78,5 врачебных должностей. Однако фактически работают 46 врачей-радиологов. Радиологическая служба представлена в гг. Армавире, Ейске, Краснодаре, Новороссийске и Сочи.

Существенный недостаток специалистов отмечается в сельской местности. Число штатных единиц онкологов в муниципальных учреждениях здравоохранения сельских районов в расчете на 1000 выявленных больных за период с 1996 по 2008 гг. снизилось на 10,3%. При этом значительное число ставок онкологов в ЦРБ не заняты или закреплены за врачами других специальностей, не имеющих соответствующей квалификации для обеспечения диагностической и лечебной помощи онкологическим больным (г. Кропоткин, Мостовский, Отрадненский и др. районы). Очевиден рост нагрузки на врача-онколога. За 13-летний период среднее число больных со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете, в расчете на одного врача возросло с 867,4 до 995,7. Аналогично возросла нагрузка на онколога, состоящего в штате центральной районной больницы.

Таблица 5.2.

Сведения о кадрах врачей-онкологов и радиологов по Краснодарскому краю в динамике, 1996 г., 2008 г.

Врачебная специальность / годы	Онкологи		Радиологи	
	1996	2008	1996	2008
Число должностей	154,0	244,25	75,0	78,5
из них в поликлинике	98,0	129,5	-	-
Число физических лиц	128	174	50	46

Онкологи, 2008 г.

Субъект	Число должностей в целом по учреждению: штатных	Число должностей в целом по учреждению: занятых	В том числе в поликлинике, диспансере: штатных	В том числе в поликлинике, диспансере: занятых	Число физических лиц основных работников
Гор. пол-ка № 1 г. Геленджик	1,25	2,25	2,25	1,25	1
Центральная гор. б-ца г. Горячий Ключ	1,00	1,300	1,00	1,00	1
Гор. б-ца № 2 г. Краснодар	4,00	1,50	4,00	1,5	1

Гор. клин. б-ца СП г. Краснодар	1,25	1,00	-	-	1
МСЧ МЖК г. Краснодар	0,25	0,25	-	-	-
Гор. б-ца г. Кропоткин	0,25	0,25	0,25	0,25	-
Гор. б-ца № 1 ул. Революции г. Новороссийск	1,75	1,25	-	-	1
Гор. п-ка № 1 г. Сочи	0,50	0,50	0,50	0,50	1
Центральная гор. б-ца г. Тихорецк	1,00	1,00	1,00	1,00	-
Центральная гор б-ца № 1 г. Туапсе	2,00	2,00	2,00	2,00	1
Холмская районная б-ца № 2 (Абинский р-н)	0,25	0,25	0,25	0,25	-
Ахтырской районная б-ца № 3 (Абинский р-н)	0,50	0,50	0,50	0,50	-
ЦРБ Абинского р-на	1,25	1,25	1,00	1,00	1
Гор. б-ца г. Анапа	2,5	2,5	2,00	2,00	1
Гор. б-ца № 1 г. Хадыженск (Апшеронский р-н)	0,50	0,50	0,50	0,50	-
ЦРБ Апшеронского р-на	1,25	1,25	1,25	1,25	1
ЦРБ Белоглинского р-на	1,00	1,00	1,00	1,00	-
ЦРБ Белореченского р-на	1,50	0,50	1,50	0,50	-
ЦРБ Брюховецкого р-на	1,00	1,00	1,00	1,00	1
ЦРБ Выселковского р-на	1,00	1,00	1,00	1,00	1
Районная б-ца Динского р-на	0,75	0,75	0,75	0,75	1
ЦРБ Динского р-на	1,00	1,00	1,00	1,00	1
Онкологический диспансер г. Ейска	7,00	7,00	4,5	4,5	5
ЦРБ Кавказского р-на	1,00	1,00	1,00	1,00	1
ЦРБ Калининского р-на	1,00	1,00	1,00	1,00	1
ЦРБ Каневского р-на	1,75	1,75	1,50	1,50	1
ЦРБ Кореновского р-на	1,00	1,00	1,00	1,00	-
ЦРБ Красноармейского р-на	1,00	1,00	1,00	1,00	-
ЦРБ Крыловского р-на	1,00	1,00	1,00	1,00	1
ЦГБ г. Крымского р-на	2,75	2,75	2,50	2,50	2
ЦРБ Курганинского р-на	1,50	1,50	1,50	1,50	1
ЦРБ Кушевского р-на	1,25	1,00	1,25	1,00	-
ЦРБ Лабинского р-на	3,00	3,00	2,00	2,00	3
ЦРБ Ленинградского р-на	1,00	1,00	1,00	1,00	1
ЦРБ Мостовского р-на	1,00	-	1,00	-	-
ЦРБ Новокубанского р-на	1,00	1,00	1,00	1,00	1
ЦРБ Новопокровского р-на	1,00	1,00	1,00	1,00	-
ЦРБ Павловского р-на	1,50	1,50	1,50	1,50	1
ЦРБ П-Ахтарского р-на	2,00	2,00	2,00	2,00	1
ЦРБ Северского р-на	1,00	1,00	1,00	1,00	1
ЦРБ Славянского р-на	2,50	2,00	2,50	2,00	1
ЦРБ Староминого р-на	0,50	0,50	0,50	0,50	-
ЦРБ Тбилисского р-на	1,00	1,00	1,00	1,00	-
ЦРБ Темрюкского р-на	1,25	1,25	1,25	1,25	1
ЦРБ Тимашевского р-на	1,25	1,25	1,25	1,25	1
ЦРБ Тихорецкого р-на	1,00	1,00	1,00	1,00	1
ЦРБ Туапсинского р-на	1,00	1,00	1,00	1,00	1
ЦРБ Успенского р-на	0,50	0,50	0,50	0,50	-
ЦРБ Усть-Лабинского р-на	1,50	1,50	1,00	1,00	1

ЦРБ Щербиновского р-на	1,00	1,00	1,00	1,00	1
ГУЗ Онкодиспансер г. Армавир	13,50	13,50	6,75	6,75	9
ГУЗ Онкодиспансер г. Новороссийск	11,50	11,50	10,25	10,25	7
ГУЗ Онкодиспансер № 2 г. Сочи	23,50	23,50	11,50	11,50	17
ГУЗ Психбольница г. Краснодар	0,50	0,50	-	-	-
ККБ № 1 им. Очаповского	15,00	14,00	3,50	2,50	4
ККГ ветеранов войн	1,00	1,00	1,00	1,00	1
Краевой клинический онкодиспансер	109,25	109,25	36,50	36,50	95
Новороссийский медицинский центр МЗ РФ	0,50	0,50	0,50	0,50	-
РЦФГ	1,50	0,50	-	-	-
ИТОГО	244,25	236,25	129,50	123,25	174

Физические лица, 2008 г.

Субъект	Гематологи	Онкологи	Детские онкологи	Радиологи
ГУЗ Онкодиспансер г. Армавир	3	9	-	2
ГУЗ Онкодиспансер г. Новороссийск	1	9	-	2
ГУЗ Онкодиспансер № 2 г. Сочи	4	17	-	7
ККБ № 1 им. Очаповского	2	4	-	5
Краевая клиническая детская б-ца г. Краснодар	4	-	-	-
ККГ для ветеранов войн	-	1	-	-
Краевой клинический онкодиспансер	8	95	-	26
Кубанская медакадемия	-	1	-	-
Медучилище г. Краснодар	-	1	-	-
Медучилище г. Новороссийск	-	1	-	-
ИТОГО	22	138	-	42

Детские онкологи

Субъект	Число долж- ностей в це- лом по учре- ждению: штатных	Число долж- ностей в це- лом по учре- ждению: за- нятых	В том числе в поликлинике, диспансере: штатных	В том числе в поликлинике, диспансере: занятых	Число физи- ческих лиц основных работников
Городская детская б-ца г. Армавир	0,50	0,50	0,50	0,50	-
Городская детская б-ца г. Анапа	0,25	0,25	0,25	0,25	-
ЦРБ Ленинградского р-на	0,50	0,50	0,50	0,50	1
ЦРБ Славянского р-на	0,50	0,50	0,50	0,50	-
Краевая клиническая детская б-ца г. Краснодар	1,25	1,00	-	-	1
ИТОГО	3,00	2,75	1,75	1,75	2

Радиологи, 2008 г.

Субъект	Число долж- ностей в це- лом по учре- ждению: штатных	Число долж- ностей в це- лом по учре- ждению: за- нятых	В том числе в поликлинике, диспансере: штатных	В том числе в поликлинике, диспансере: занятых	Число физи- ческих лиц основных работников
Гор. б-ца № 2 г. Краснодар	4,50	4,00	4,00	4,00	3
Онкологический диспансер г. Ейска	1,00	1,00	1,00	1,00	-

ЦРБ Лабинского р-на	1,00	1,00	-	-	-
ЦРБ Славянского р-на	1,00	1,00	-	-	-
ГУЗ Онкодиспансер г. Армавир	4,50	4,50	4,00	4,00	2
ГУЗ Онкодиспансер г. Новороссийск	3,00	3,00	-	-	2
ГУЗ Онкодиспансер № 2 г. Сочи	11,00	11,00	1,00	1,00	7
ККБ № 1 им. Очаповского	10,00	10,00	-	-	5
КК детская б-ца г. Краснодар	1,00	1,00	-	-	1
Краевой клинический онкодиспансер	40,50	40,50	-	-	26
РЦФГ	1,00	-	-	-	-
ИТОГО	78,50	77,00	10,00	10,00	46

Гематологи, 2008 г.

Субъект	Число должностей в целом по учреждению: штатных	Число должностей в целом по учреждению: занятых	В том числе в поликлинике, диспансере: штатных	В том числе в поликлинике, диспансере: занятых	Число физических лиц основных работников
Гор. б-ца № 2 г. Краснодар	1,00	0,50	1,00	0,50	-
Городская детская п-ка № 7 г. Краснодар	1,00	1,00	1,00	1,00	1
ГКБ скорой помощи г. Краснодар	0,50	-	-	-	-
Гор. б-ца № 3 ул. Суворова г. Новороссийск	3,50	3,50	-	-	2
Онкологический диспансер г. Ейска	2,25	2,25	1,50	1,50	1
ЦРБ Ейского р-на	0,25	0,25	-	-	-
ЦРБ Ленинградского р-на	0,50	0,50	0,50	0,50	-
ГУЗ Онкодиспансер г. Армавир	4,25	4,25	1,75	1,75	3
ГУЗ Онкодиспансер г. Новороссийск	1,50	1,50	1,50	1,50	1
ГУЗ Онкодиспансер № 2 г. Сочи	4,00	4,00	1,00	1,00	4
ККБ № 1 им. Очаповского	2,50	2,50	2,50	2,50	2
КК детская б-ца г. Краснодар	7,00	5,75	1,00	1,00	6
Краевой клинический онкологический диспансер	11,00	11,00	3,00	3,00	8
ИТОГО	39,25	37,00	14,75	14,25	28

Рост заболеваемости злокачественными новообразованиями требует совершенствования кадровой и материально-технической базы онкологической службы. В последние годы эффективность работы онкологических учреждений сдерживалась из-за нехватки эндоскопической, ультразвуковой, лучевой (рентгеновской и радиоизотопной) диагностической аппаратуры. В последнее время диспансеры края имеют возможность ими оснащаться, как и учреждения общей лечебной сети. По нацпроекту «Здоровье» в каждое муниципальное учреждение здравоохранения закуплена диагностическая аппаратура – эндоскопическая, рентгенологическая и др. Число подразделений, оснащенных современной эффективной диагностической аппаратурой в медицинских учреждени-

ях края, увеличилась на 65,8%. В крае начали функционировать компьютерные томографы, современные маммографические установки, эндоскопическая аппаратура последнего поколения.

Анализируя динамику показателей качества онкологической помощи больным злокачественными новообразованиями за 1996-2008 гг. следует, прежде всего, отметить их стабильность (табл. 5.3). Морфологическая верификация является основным критерием надежности и достоверности диагноза, так как, только зная его величину можно судить о том, в какой степени анализируемые данные действительно отражают сведения об онкологических больных. В 2008 г. диагноз злокачественного новообразования подтверждался морфологически в Краснодарском крае в 84,3% случаев, что выше, чем в среднем по России (81,8%). Следует заметить динамику к улучшению этого показателя на протяжении всех исследуемых лет (в 1996 г. он составлял 74,2%). Это является свидетельством улучшающегося качества специализированной помощи онкологическим больным.

Таблица 5.3

Динамика основных показателей состояния онкологической помощи больным Краснодарского края (1996-2008 гг.).

Годы	Морфологическая верификация диагноза (%)	Выявлено при профилактических осмотрах в % к новым больным	Распределение вновь выявленных больных по стадиям процесса (%)				Одногодичная летальность
			I-II	III	IV	стадия не установлена	
1996	74,2	8,9	43,8	25,2	24,8	6,2	25,1
1997	76,1	9,3	45,6	23,5	24,8	6,1	25,2
1998	80,1	5,9	45,7	24,2	24,1	6,0	24,9
1999	82,6	4,3	47,6	22,7	25,3	4,4	24,6
2000	83,6	6,2	49,1	23,3	22,8	4,8	24,7
2001	82,2	6,0	53,5	17,1	24,3	5,1	25,2
2002	83,9	7,2	54,8	17,8	21,0	6,4	23,4
2003	83,5	6,5	54,9	17,1	21,2	6,9	22,9
2004	85,0	6,4	54,8	17,7	19,2	8,3	23,0
2005	86,0	7,0	53,6	17,6	20,0	8,8	20,0
2006	85,5	8,7	52,8	17,1	21,2	9,0	21,0
2007	85,0	7,8	54,0	16,7	20,2	9,1	20,2
2008	84,3	7,5	54,0	17,1	20,1	7,8	19,9

Показатели верификации диагноза злокачественного новообразования в разрезе основных локализаций онкологической патологии в динамике за 1999-2008 гг. представлены в табл. 5.4.

Таблица 5.4

Удельный вес морфологической верификации диагноза злокачественного новообразования в Краснодарском крае (%)

Локализация	Годы									
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Всего	82,6	83,6	82,2	83,9	83,5	85,0	86,0	85,5	85,0	84,3
Пищевод	66,5	71,2	66,4	63,1	65,2	68,9	73,2	78,1	73,0	73,2
Желудок	77,0	79,6	76,6	75,4	80,6	83,2	83,5	82,4	82,2	80,8
Ободочная кишка	80,4	84,5	81,0	80,4	83,7	84,4	85,2	85,3	87,0	84,3
Прямая кишка	86,6	89,9	84,5	86,3	89,3	87,9	86,9	87,3	90,1	87,0
Гортань	95,6	92,9	88,8	96,0	87,2	93,1	92,3	94,3	93,8	93,5
Трахея, бронхи, легкое	51,8	55,6	58,7	58,6	53,2	54,3	60,0	64,0	56,8	58,3
Молочная железа	93,8	94,3	93,3	96,1	88,9	93,8	96,4	93,0	94,5	92,3
Шейка матки	98,7	97,1	96,3	96,3	95,7	97,5	97,4	97,0	98,5	95,1
Тело матки	97,9	96,1	94,4	98,2	96,9	98,1	98,9	97,6	98,7	97,5
Щитовидная железа	99,1	97,5	98,7	96,8	99,2	99,0	99,7	99,4	99,2	98,6

Диагноз злокачественного новообразования был подтвержден морфологически в 84,3% случаев в 2008 г., что выше уровня 1999 г. (82,6%). За последние 10 лет удельный вес морфологической верификации диагноза новообразований пищевода возрос – с 66,5% в 1999 г. до 73,2%

в 2008 г., желудка – с 77,0% до 80,8%, ободочной кишки – с 80,4% до 84,3%, прямой кишки – с 86,6% до 87,0%, трахеи, бронхов, легкого – с 51,8% до 58,3%.

В табл. 5.5 представлены данные об удельном весе морфологически верифицированных диагнозов злокачественных новообразований в территориях края.

Таблица 5.5

Удельный вес морфологической верификации диагноза злокачественного новообразования в муниципальных образованиях Краснодарского края, 1999, 2008 гг.

Территория	C00-97 (всего)		C16 желудок		C33,34 бронхи, легкое		C50 молочная железа		C53 шейка матки	
	1999	2008	1999	2008	1999	2008	1999	2008	1999	2008
КРАЙ	82,6	84,3	77,0	80,8	51,8	58,3	93,8	92,3	98,7	95,1
Анапский	84,6	80,6	82,1	59,4	76,5	60,9	100	89,8	100	90,0
Армавир	72,6	82,2	66,0	87,8	31,8	50,0	78,8	89,7	100	93,3
Белореченский	79,7	92,7	24,4	73,3	45,2	95,9	100	94,4	100	94,1
Геленджик	87,4	84,7	96,3	92,6	65,4	56,5	100	96,2	100	100
Горячий Ключ	83,3	86,7	78,6	77,8	47,8	70,4	93,8	94,1	71,4	100
Ейский	81,5	88,4	53,1	94,1	37,7	62,5	91,7	97,8	84,6	93,8
Краснодар	86,0	80,1	87,7	64,6	49,0	32,4	96,6	86,7	100	90,7
Кропоткин	87,5	85,0	100	76,9	69,7	59,4	100	85,3	100	100
Крымский	74,5	79,3	77,1	81,6	31,7	56,7	76,5	95,0	100	100
Лабинский	79,7	84,9	85,0	96,4	14,6	69,8	100	93,3	100	100
Новороссийск	80,9	92,9	71,7	95,3	30,7	61,7	100	95,8	100	100
Славянск-на-Кубани	79,2	90,9	80,6	92,6	52,1	72,3	90,5	95,7	100	90,0
Сочи	79,5	82,8	72,0	75,0	25,1	42,1	85,4	94,9	97,1	83,7
Тихорецк	86,7	89,9	80,0	100	70,6	57,1	90,5	100	100	100
Туапсе	96,7	93,2	100	100	100	66,7	100	100	100	100
Абинский	92,3	85,0	84,6	93,9	86,1	57,5	100	94,6	100	100
Апшеронский	88,7	84,4	94,4	87,5	82,8	58,6	93,9	97,1	100	100
Белоглинский	86,0	81,4	61,5	100	71,4	80,0	83,3	100	100	100
Брюховецкий	85,8	88,9	93,8	78,6	45,8	52,6	100	100	100	100
Выселковский	92,7	86,3	88,9	75,0	100	63,4	100	96,7	100	100
Гулькевичский	68,4	86,9	33,3	71,4	50,0	69,7	86,8	94,6	100	100
Динской	87,4	88,5	72,2	81,3	51,0	63,0	100	94,7	100	100
Кавказский	90,5	76,6	100	62,5	72,0	45,0	100	100	100	100
Калининский	84,1	79,7	88,9	75,0	70,0	56,5	85,7	90,9	100	83,3
Каневский	76,1	88,5	73,3	100	59,1	77,6	100	100	100	100
Кореновский	63,7	83,7	63,2	85,7	53,8	58,7	100	89,3	100	100
Красноармейский	98,9	92,3	95,8	94,1	100	77,3	100	100	100	100
Крыловский	87,6	84,4	100	100	58,8	70,6	100	91,7	100	50,0
Курганинский	72,4	77,1	48,6	57,6	49,2	50,0	83,3	100	100	100
Кушевский	85,2	80,7	94,4	90,0	87,5	54,3	90,5	93,8	100	90,9
Ленинградский	72,2	78,8	53,8	83,3	8,0	65,5	90,5	89,3	100	90,9
Мостовский	82,2	74,6	70,0	57,1	47,4	48,1	95,5	89,5	100	100
Новокубанский	84,8	91,4	80,0	95,5	62,5	82,4	100	97,1	100	100
Новопокровский	96,2	84,1	100	66,7	100	66,7	100	93,8	100	100
Отраденский	74,6	74,4	66,7	66,7	25,0	33,3	91,7	93,8	85,7	77,8
Павловский	69,6	77,2	57,1	72,2	53,1	57,6	75,0	66,7	100	100
Прим.-Ахтарский	85,8	77,4	94,1	55,6	78,8	40,5	91,7	70,4	100	87,5
Северский	86,7	85,1	84,2	93,3	39,4	49,0	100	97,9	100	100
Староминский	92,3	83,6	100	83,3	92,3	69,2	94,1	100	100	100
Тбилисский	77,7	80,8	62,5	72,7	63,2	55,6	88,9	94,1	100	100
Темрюкский	83,8	87,4	63,3	91,3	78,7	60,0	92,1	84,9	100	100
Тимашевский	83,4	85,3	96,7	64,0	54,5	69,2	93,5	95,2	94,1	92,3
Тихорецкий	85,6	94,9	73,7	100	47,8	83,0	100	100	100	100
Туапсинский	91,8	86,2	85,7	100	80,0	76,2	100	92,9	100	100
Успенский	81,3	76,2	90,9	75,0	46,2	60,0	100	66,7	100	-
Усть-Лабинский	90,3	83,0	100	81,0	65,8	60,4	92,7	95,3	100	100
Щербиновский	73,7	76,6	63,6	77,8	60,9	57,1	85,7	85,7	100	100

Наиболее низкий уровень морфологической верификации диагноза отмечается в Отрадненском (74,4%), Мостовском (74,6%), Успенском (76,2%), Кавказском (76,6%) и Щербиновском (76,6%) районах. Наиболее высокий – в гг. Туапсе (93,2%), Новороссийске (92,9%), Тихорецком (94,9%), Белореченском (92,7%), Красноармейском (92,3%), Новокубанском (91,4%) районах.

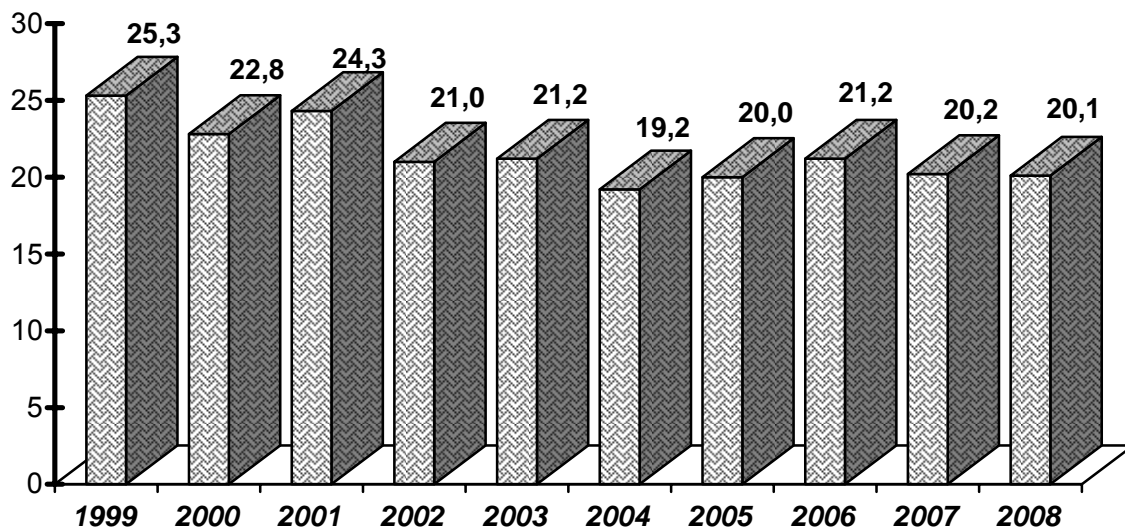


Рис. 5.3. Динамика удельного веса числа больных, взятых на учет с IV стадией заболевания в 1999-2008 гг. (%)

Одним из основных критериев оценки диагностического компонента помощи онкологическим больным в учреждениях общей лечебной сети является показатель запущенности. В РФ показатель запущенности в 2006 г. составил 23,0%. Его уровень в крае в течение 10-ти лет постепенно снижается: с 25,3% в 1999 г. до 20,1% в 2008 г. – рис. 5.3. Процент снижения данного показателя за 10 лет составил 20,6. Та же тенденция наблюдается по ряду локализаций (табл. 5.6).

**Таблица 5.6
Удельный вес числа больных, взятых на учет с IV стадией заболевания (%)**

Годы	все локализации	пищевод	желудок	ободочная кишка	прямая кишка	легкие	молочная железа	шейка матки	тело матки	яичник	щитовидная железа
1999	25,3	55,5	50,0	35,1	27,9	44,6	14,8	10,3	7,0	29,3	4,5
2000	22,8	43,1	46,2	35,8	26,5	38,1	12,1	7,3	7,3	28,8	4,4
2001	24,3	45,0	50,2	30,7	25,6	41,5	11,4	14,3	7,0	30,9	1,6
2002	21,0	47,5	46,8	29,4	23,5	40,6	11,0	12,2	5,0	24,2	1,5
2003	21,2	40,0	46,0	30,5	23,0	40,1	10,4	12,4	6,9	23,2	1,9
2004	19,2	41,1	45,8	26,9	23,9	40,9	9,9	11,3	5,3	22,2	3,7
2005	20,0	39,4	45,0	28,9	21,7	49,0	9,1	13,0	5,8	24,1	2,8
2006	21,2	39,8	51,0	29,7	25,5	52,9	9,9	12,7	6,6	21,9	3,0
2007	20,2	42,1	50,0	25,9	23,2	51,6	9,6	12,9	7,3	19,2	3,9
2008	20,1	33,3	46,9	22,8	22,1	52,1	8,5	13,2	6,6	22,0	4,4

Реальный показатель запущенности выше (28-30%), так как следует учитывать больных с новообразованиями визуальных локализаций, диагностированными в III стадии (табл. 5.7).

Таблица 5.7

**Удельный вес числа больных злокачественными новообразованиями
визуально обозримых локализаций, взятых на учет с III - IV стадиями заболевания (%)**

Годы	губа	полость рта (рото-, носо-, гортанно- глотка)	прямая кишка	меланома кожи	кожа	молочная железа	шейка матки	щитовидная железа
1999	5,9	64,4	74,0	35,9	4,5	41,0	35,1	13,3
2000	8,3	67,9	66,0	31,6	2,4	37,5	38,1	12,6
2001	8,9	65,3	40,6	29,4	2,7	32,8	38,6	5,7
2002	6,3	60,6	37,0	31,4	1,4	32,0	37,8	4,7
2003	8,3	68,1	36,5	33,6	1,5	32,0	39,7	5,1
2004	7,0	65,7	37,8	32,1	1,8	31,7	43,8	10,5
2005	11,6	66,2	37,2	32,0	2,1	30,8	50,8	9,4
2006	9,6	67,0	38,9	29,5	1,5	33,5	43,1	9,1
2007	12,1	68,3	36,6	18,9	1,7	34,7	45,2	11,7
2008	9,2	61,6	38,6	22,5	2,3	36,4	50,6	13,1

Обращает на себя внимание значительное снижение за последние 10 лет удельного веса числа больных, выявленных в III-IV стадиях заболевания злокачественным новообразованием прямой кишки (с 74,0% в 1999 г. до 38,6% в 2008 г.), кожи (с 4,5% до 2,3%), молочной железы (с 41,0% до 36,4%), полости рта (с 64,4% до 61,6%), меланомой (с 35,9% до 22,5%), щитовидной железы (с 13,3% до 13,1%). Выросли показатели запущенности злокачественных новообразований губы, шейки матки.

Значительная доля больных в инкурабельном состоянии выявлена в 2008 г. в Отрадненском, Курганинском, г. Краснодар, Тбилиском, Кавказском, Туапсинском, Мостовском, Успенском и Выселковском районах (табл. 5.8). Высокий темп прироста показателя запущенности отмечается в Кавказском, Кореновском, Туапсинском, Крымском, г. Краснодар, Выселковском и Усть-Лабинском районах.

Таблица 5.8

Запущенность (% IV стадии)

Территория	Годы										% прироста к 1999 г.
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	
КРАЙ	25,3	22,8	24,3	21,0	21,2	19,2	20,0	21,2	20,2	20,1	-20,6
Анапский	26,5	33,8	28,7	29,4	27,9	24,3	24,5	22,8	26,5	23,3	-12,1
Армавир	27,9	28,5	36,8	25,4	25,5	21,9	20,1	19,3	20,3	18,1	-35,1
Белореченский	19,6	23,0	23,4	23,3	28,0	18,1	23,6	26,5	20,6	20,5	4,6
Геленджик	27,8	18,9	22,4	22,1	15,4	20,5	19,9	18,8	17,4	20,0	-28,1
Горячий Ключ	30,2	32,8	19,6	19,1	19,3	22,5	18,4	23,0	19,1	20,5	-32,1
Ейский	22,6	23,2	27,6	22,1	20,0	18,2	17,5	19,0	22,7	16,0	-29,2
Краснодар	22,4	20,2	18,8	16,6	19,6	16,4	16,9	19,2	17,6	27,5	22,8
Кропоткин	25,8	19,0	26,2	25,1	29,6	18,3	21,5	20,9	21,1	22,9	-11,2
Крымский	9,5	5,5	9,4	10,7	10,4	14,1	11,9	16,3	10,3	11,8	24,2
Лабинский	23,2	21,3	18,7	18,1	20,8	18,7	18,2	25,6	23,6	16,5	-28,9
Новороссийск	24,5	24,7	21,6	22,3	20,5	19,8	21,9	19,2	19,9	18,5	-24,5
Славянск-на-Кубани	25,4	28,5	26,1	18,5	17,7	17,8	16,2	18,3	17,4	19,6	-22,8
Сочи	23,3	22,1	29,3	19,4	18,1	13,3	14,5	11,2	10,1	11,5	-50,6
Тихорецк	21,1	10,2	9,9	14,7	16,2	13,1	18,4	28,8	19,5	13,9	-34,1
Туапсе	14,5	21,0	18,0	16,7	19,9	18,4	20,6	16,6	16,7	13,9	-4,1
Абинский	26,8	32,1	31,1	19,9	24,4	21,9	25,6	24,3	23,7	22,1	-17,5
Апшеронский	25,7	28,5	26,1	23,7	23,4	26,2	27,4	26,1	24,5	24,4	-5,1
Белоглинский	29,8	19,0	36,5	22,9	25,2	15,4	20,5	17,1	26,6	21,9	-26,5
Брюховецкий	30,5	40,7	32,4	25,5	29,6	20,9	16,3	18,5	25,7	17,8	-41,6
Выселковский	21,4	17,2	26,1	22,7	25,0	22,5	31,2	24,0	28,6	25,9	21,0
Гулькевичский	37,0	29,9	30,2	24,8	25,7	19,9	22,1	21,6	27,3	16,0	-56,8

Динской	20,2	14,8	17,9	15,4	17,6	16,0	16,3	24,9	19,3	17,8	-11,9
Кавказский	15,5	24,4	26,2	31,2	24,5	12,8	26,0	25,6	24,7	26,5	71,0
Калининский	23,8	28,3	29,1	33,8	26,2	30,3	26,0	26,3	42,7	19,5	-18,1
Каневский	22,6	20,6	23,6	17,4	17,3	20,7	19,5	21,9	18,4	15,4	-31,9
Кореновский	15,0	16,1	13,5	12,2	14,6	11,3	25,5	27,2	24,9	24,8	65,3
Красноармейский	16,2	11,2	18,4	18,6	5,7	5,8	5,6	6,5	6,0	6,3	-61,1
Крыловский	23,9	26,0	24,0	24,8	21,5	21,3	36,9	21,5	32,4	21,3	-10,9
Курганинский	29,1	29,5	30,0	26,6	24,0	23,9	25,1	21,6	24,6	28,1	-3,4
Куцевский	15,7	12,1	24,3	16,5	22,5	25,9	23,4	32,4	20,4	16,4	4,5
Ленинградский	22,5	24,8	25,7	19,5	21,8	15,6	19,3	30,9	26,2	20,7	-10,7
Мостовский	23,6	26,7	31,5	29,3	30,2	26,3	20,7	28,6	29,2	26,2	11,0
Новокубанский	30,4	26,9	28,4	21,5	22,5	19,7	23,1	23,2	18,5	20,5	-32,6
Новопокровский	14,8	15,2	23,6	16,6	20,9	16,9	15,5	17,4	15,7	15,7	6,1
Отраденский	38,8	39,5	34,2	33,7	35,4	28,0	26,7	31,2	31,3	33,7	-13,1
Павловский	30,8	23,6	35,2	31,4	25,5	29,6	27,9	22,4	25,8	23,1	-25,0
Приморско-Ахтарский	32,7	26,2	37,4	28,1	25,4	29,0	31,6	29,0	26,6	22,7	-30,6
Северский	20,2	20,0	20,7	26,6	20,6	29,7	21,0	24,1	26,2	18,8	-6,9
Староминский	25,4	23,3	31,3	21,3	22,1	23,6	18,4	22,7	11,8	12,6	-50,4
Тбилисский	29,2	23,1	27,1	24,2	29,5	24,7	24,0	31,6	27,8	27,3	-6,5
Темрюкский	28,9	28,8	37,7	31,1	27,2	26,7	28,4	23,8	22,3	20,5	-29,1
Тимашевский	28,8	22,9	23,4	29,4	26,3	22,1	24,5	18,2	20,2	20,6	-28,5
Тихорецкий	21,0	23,0	15,6	12,9	14,6	12,2	12,4	31,4	13,6	11,5	-45,2
Туапсинский	17,5	20,1	25,2	23,0	19,4	18,6	24,2	22,7	18,8	26,4	50,9
Успенский	35,4	41,8	34,2	29,0	30,8	22,4	26,4	32,7	32,1	26,1	-26,3
Усть-Лабинский	19,4	19,0	26,0	20,7	19,1	19,2	19,0	24,7	21,3	22,8	17,5
Щербиновский	36,0	35,9	36,8	26,7	27,5	29,5	25,7	33,1	33,7	24,5	-31,9

Подтверждением качества уровня диагностики злокачественных новообразований является показатель одногодичной летальности, который в 2008 г. в Краснодарском крае составил – 19,9%. Снижение этого показателя на протяжении последних несколько лет рассматриваемого периода (1996-2008 гг.) факт радостный, ибо он свидетельствует о том, что врачи стали устанавливать правильный диагноз, учитывающий степень распространенности опухолевого процесса при злокачественных новообразованиях. Он говорит и об уровне подготовки, как онкологов, так и врачей лечебной сети по диагностике злокачественных опухолей, качестве работы смотровых кабинетов по раннему выявлению опухолей, эффективности проведения профилактических осмотров населения. Внедрение современных диагностических технологий в крае, отмеченных выше, привело к снижению одногодичной летальности.

Показатель летальности в течение первого года после установления основного диагноза является одним из наиболее объективных в комплексной оценке состояния диагностической и лечебной помощи больным. Следует отметить особенности интерпретации показателя одногодичной летальности применительно к муниципальным образованиям. Как отмечают Чиссов В.И., Старинский В.В. (2001) и другие авторы, такая интерпретация должна проводиться с учетом качества слежения за состоянием больных, оценки достоверности диагностики. Отсутствие дисциплины мониторинга больных, несвоевременное получение данных о смерти больных, неверное определение причин смерти могут привести к некорректной трактовке этого показателя летальности. На рост или снижение показателя большое влияние, в том числе, оказывает и изменение структуры онкозаболеваний (значительный удельный вес рака пищевода, легкого, желудка). В то же время значение рассматриваемого коэффициента позволяет детерминировать адекватность ряда диагностических параметров, в частности, оценку распространенности опухолевого процесса различных локализациях.

В РФ показатель одногодичной летальности в 2006 г. – 31,0%.

В табл. 5.9 представлены расчеты показателя одногодичной летальности по основным локализациям опухолей. В последние 10 лет одногодичная летальность онкологических больных находится в пределах 20-25%. В 2005-2008 гг. показатель заметно снизился по отношению к 1999 г. на 19,1%. Максимальный уровень одногодичной летальности наблюдается в 2008 г. при злокачественных опухолях пищевода (51,3%), на втором месте – новообразования легких – 50,2%, на третьем – желудка – 45,3%.

Таблица 5.9

Одногодичная летальность (%)

Локализация злокачественных новообразований	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	% прироста к 1999 г.
ЗНО – всего (С00-97)	24,6	24,7	25,2	23,4	22,9	23,0	20,0	21,0	20,2	19,9	-19,1
пищевода (С15)	46,3	47,7	61,9	47,0	56,0	73,3	51,3	38,0	51,6	51,3	10,8
желудка (С16)	43,5	45,8	46,5	41,2	51,7	38,9	41,4	43,0	41,5	45,3	4,1
ободочной кишки (С18)	33,3	33,0	31,0	29,6	26,6	26,4	25,2	22,5	20,9	22,7	-31,8
прямой кишки (С19-21)	29,5	28,0	29,0	27,1	29,0	23,9	22,2	24,4	23,2	24,0	-18,6
гортани (С32)	23,2	22,8	25,7	29,9	23,7	30,8	22,4	27,7	21,1	19,4	-16,4
легких (С33,34)	49,3	50,6	52,0	51,1	46,5	49,9	45,9	50,7	44,7	50,2	1,8
молочной железы (С50)	9,9	10,0	13,3	8,7	9,7	10,1	8,8	8,0	9,1	8,3	-16,2
шейки матки (С53)	12,8	14,4	16,4	11,8	18,2	14,5	14,1	14,8	9,9	14,7	14,8
тела матки (С54)	10,6	9,6	12,1	7,6	7,2	6,0	7,3	6,5	8,0	5,7	-46,2
яичника (С56)	25,3	30,8	23,1	23,7	23,0	21,5	19,5	21,0	15,0	16,8	-33,6
предстательной железы (С61)	17,0	16,8	15,3	17,7	9,6	14,9	9,3	13,8	9,8	10,4	-38,8
мочевого пузыря (С67)	18,4	18,2	21,3	15,1	17,1	17,2	15,2	15,3	19,0	13,3	-27,7
щитовидной железы (С73)	3,0	1,6	2,7	1,3	2,0	2,4	1,4	1,6	1,5	2,1	-30,0
Зл. лимфомы (С81-85, 88, 90, 96)	27,8	21,1	24,8	19,1	19,9	21,6	16,9	16,9	18,2	15,0	-46,0
Лейкозы (С91-95)	24,7	26,7	29,4	22,1	20,6	20,7	19,2	19,5	17,5	18,2	-26,3

При анализе динамики одногодичной летальности больных злокачественными новообразованиями не выявлено снижения этого показателя (табл. 5.10). Стабильность данного показателя в течение последних лет не говорит об улучшении качества оказания медицинской помощи этой категории больных.

Соотношение показателей одногодичной летальности и запущенности характеризует уровень несоответствия между долей больных с опухолевым процессом IV стадии и фактической запущенностью. Этот факт свидетельствует о весьма высокой частоте клинических ошибок в части оценки распространенности опухолевого процесса у больных. Из табл. 5.10 следует, что, в 2001, 2003, 2004 и по 2006 гг., при определении стадии злокачественного процесса показатель запущенности был занижен в 1,1-1,2 раза.

Таблица 5.10

Соотношение показателей запущенности (З) и одногодичной летальности (ОЛ) у больных злокачественными новообразованиями, взятых на учет в 1996-2008 гг. в Краснодарском крае

Годы	Одногодичная летальность анализируемого года (%)	Запущенность предыдущего года (%)	Индекс ОЛ/З
1996	25,1	24,9	1,0
1997	25,2	24,8	1,0
1998	24,9	24,8	1,0
1999	24,6	24,1	1,0
2000	24,7	25,3	1,0
2001	25,2	22,8	1,1
2002	23,4	24,3	1,0
2003	22,9	21,0	1,1
2004	23,0	21,2	1,1
2005	20,0	19,2	1,0
2006	21,0	20,0	1,1
2007	20,2	21,2	0,9
2008	19,9	20,2	1,0

Таблица 5.11

Соотношение показателей запущенности (З) и одногодичной летальности (ОЛ) у больных, взятых на учет в 2007 г. по основным локализациям злокачественных новообразований в Краснодарском крае

Локализация	Одногодичная летальность 2008 г. (%)	Запущенность 2007 г. (%)	Индекс ОЛ/З
Всего (C00-97)	19,9	20,2	1,0
Рак пищевода (C15)	51,3	42,1	1,2
Рак желудка (C16)	45,3	50,0	0,9
Рак ободочной кишки (C18)	22,7	25,9	0,9
Рак прямой кишки (C19-21)	24,0	23,2	1,0
Рак гортани (C32)	19,4	19,9	1,0
Рак легких (C33-34)	50,2	51,6	1,0
Рак молочной железы (C50)	8,3	9,6	0,9
Рак шейки матки (C53)	14,7	12,9	1,1
Рак тела матки (C54)	5,7	7,3	0,8
Рак яичников (C56)	16,8	19,2	0,9
Рак предстательной железы (C61)	10,4	17,5	0,6
Рак мочевого пузыря (C67)	13,3	12,1	1,1
Рак щитовидной железы (C73)	2,1	3,9	0,5

Соотношение показателей одногодичной летальности и запущенности характеризует уровень несоответствия между долей больных с опухолевым процессом IV стадии и фактической запущенностью. Значительные расхождения показателей запущенности и одногодичной летальности свидетельствуют о высокой частоте клинических ошибок определения распространенности опухолевого процесса. В табл. 5.11 показано соотношение показателей запущенности в 2007 г. и одногодичной летальности в 2008 г. в разрезе основных локализаций злокачественных новообразований.

Из данных табл. 5.11 следует, что в Краснодарском крае в 2007 г. при определении стадии опухолевого процесса показатель запущенности был занижен только при определённых локализациях злокачественных опухолей (пищевод, шейка матки, мочевого пузыря) в 1,1-1,2 раза.

По мнению экспертов ВОЗ, отношение числа умерших к заболевшим является индикатором тяжести заболевания («груз заболевания»). Чем ближе его значение к единице, тем хуже прогноз для данной локализации. На основе такого соотношения наиболее распространенные локализации злокачественных новообразований можно разделить на три группы: локализации с хорошим прогнозом (соотношение составляет 0,3 и менее); с относительно хорошим прогнозом (соотношение составляет от 0,3 до 0,5); с плохим прогнозом (соотношение более 0,5).

По индексу достоверности учета (отношения числа умерших к заболевшим злокачественными новообразованиями) можно судить и о качестве учета – табл. 5.12.

Таблица 5.12

Отношение числа умерших к числу заболевших злокачественными новообразованиями в Краснодарском крае в динамике

Локализация	Годы									
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Всего (C00-97)	0,54	0,56	0,52	0,53	0,51	0,54	0,52	0,52	0,51	0,51
Пищевод	0,89	0,99	0,83	0,94	0,96	0,96	1,04	0,88	0,77	0,76
Желудок	0,83	0,86	0,79	0,88	0,76	0,94	0,86	0,89	0,99	0,85
Ободочная кишка	0,68	0,67	0,66	0,66	0,61	0,69	0,59	0,66	0,66	0,58
Прямая кишка	0,73	0,72	0,70	0,65	0,67	0,72	0,68	0,65	0,67	0,65
Гортань	0,63	0,92	0,83	0,71	0,82	0,69	0,70	0,66	0,76	0,72
Легкие	0,89	0,93	0,89	0,89	0,91	0,90	0,87	0,83	0,93	0,88
Молочная железа	0,49	0,51	0,49	0,50	0,50	0,60	0,47	0,50	0,45	0,46
Шейка матки	0,50	0,61	0,60	0,65	0,57	0,57	0,54	0,62	0,44	0,44
Тело матки	0,34	0,32	0,32	0,35	0,31	0,34	0,32	0,30	0,29	0,27
Яичники	0,61	0,71	0,50	0,57	0,60	0,55	0,55	0,53	0,53	0,51
Предстательная железа	0,49	0,45	0,42	0,38	0,45	0,46	0,45	0,48	0,42	0,38
Зл. лимфомы	0,60	0,63	0,51	0,54	0,45	0,44	0,55	0,55	0,49	0,52
Лейкозы	0,64	0,67	0,62	0,55	0,55	0,52	0,54	0,62	0,53	0,56

Необходимо отметить, что при многих локализациях злокачественных опухолей индекс достоверности учета за последние 10 лет снизился, что говорит об улучшении качества статистического учета. В первую очередь, это относится к злокачественным новообразованиям пищевода, гортани, женских половых органов.

Таблица 5.13

Отношение числа умерших к числу заболевших злокачественными новообразованиями в муниципальных образованиях Краснодарского края, 2008 г. (%)

Территория	C00-97 (всего)	C15 пищевод	C16 желудок	C32 гортань	C33,34 трахея, бронхи, легкое	C53 шейка матки
КРАЙ	50,5	76,5	85,0	71,6	87,6	43,8
Анапский	45,0	66,7	78,1	166,7	93,5	35,0
Армавир	39,5	66,7	63,4	100,0	76,3	40,0
Белореченский	35,5	100,0	46,7	100,0	34,7	11,8
Геленджик	51,4	0,0	63,0	66,7	78,3	50,0
Горячий Ключ	43,9	100,0	27,8	200,0	96,3	42,9
Ейский	43,5	50,0	64,7	133,3	53,6	50,0
Краснодар	57,0	74,1	110,9	83,9	137,0	51,2
Кропоткин	52,9	0,0	84,6	0,0	93,8	55,6
Крымский	34,1	57,1	36,8	25,0	50,7	7,7
Лабинский	53,6	100,0	89,3	42,9	79,1	38,9
Новороссийск	39,9	75,0	20,6	55,6	79,8	30,3
Славянск-на-Кубани	43,8	100,0	88,9	18,2	85,1	40,0
Сочи	53,4	57,1	132,8	107,7	102,6	34,9
Тихорецк	60,9	100,0	90,9	700,0	119,0	40,0
Туапсе	42,3	100,0	57,1	50,0	79,2	50,0
Абинский	46,1	120,0	63,6	40,0	102,5	33,3
Апшеронский	53,7	100,0	79,2	50,0	110,3	77,8
Белоглинский	37,8	0,0	100,0	150,0	50,0	0,0
Брюховецкий	95,9	100,0	107,1	300,0	42,1	133,3
Выселковский	47,5	71,4	66,7	150,0	63,4	30,0
Гулькевичский	52,0	50,0	107,1	14,3	81,8	60,0
Динской	58,3	400,0	84,4	85,7	104,3	45,5
Кавказский	63,4	0,0	100,0	33,3	130,0	75,0
Калининский	50,5	200,0	100,0	50,0	73,9	33,3
Каневский	45,4	100,0	72,0	60,0	77,6	6,7
Кореновский	57,0	50,0	90,5	20,0	97,8	100,0
Красноармейский	39,6	40,0	64,7	75,0	75,0	37,5
Крыловский	43,4	-	100,0	33,3	41,2	50,0
Курганинский	43,4	100,0	75,8	150,0	63,0	33,3
Кушевский	51,1	33,3	85,0	100,0	108,6	45,5
Ленинградский	43,4	100,0	83,3	25,0	79,3	18,2
Мостовский	72,7	100,0	121,4	100,0	122,2	77,8
Новокубанский	38,2	200,0	40,9	16,7	61,8	41,7
Новопокровский	40,0	100,0	77,8	200,0	61,9	75,0
Отрадненский	61,8	-	116,7	80,0	81,0	77,8
Павловский	47,7	0,0	83,3	100,0	75,8	28,6
Приморско-Ахтарский	54,9	100,0	122,2	50,0	97,3	0,0
Северский	42,4	33,3	70,0	57,1	75,5	69,2
Староминский	60,3	-	50,0	100,0	76,9	50,0
Тбилисский	56,6	150,0	81,8	60,0	74,1	60,0
Темрюкский	48,4	33,3	100,0	83,3	112,0	56,3
Тимашевский	66,0	300,0	136,0	66,7	100,0	92,3
Тихорецкий	45,5	100,0	64,7	16,7	63,8	30,8
Туапсинский	43,4	0,0	142,9	0,0	42,9	50,0
Успенский	106,0	-	125,0	75,0	170,0	-
Усть-Лабинский	49,2	0,0	81,0	83,3	90,6	20,0
Щербиновский	55,9	100,0	33,3	-	78,6	100,0

Из всех муниципальных образований только в Успенском районе в 2008 г. отмечен недоучет первичных больных злокачественными новообразованиями в целом – индекс превышает 100% (106,0%) – табл. 5.13. Но если в целом по краю достоверность статистического учета улучшается с каждым годом, то в ряде муниципальных образований по некоторым локализациям новообразований с высоким уровнем летальности (пищевод, желудок, легкие, гортань, шейка матки) индекс достоверности учета выше 1,0 (или 100%).

Определенно существует недоучет первичных больных **раком пищевода** в Динском, Тимашевском, Калининском, Новокубанском, Тбилисском и Абинском районах. **Раком желудка** – в гг. Краснодаре, Сочи, Тимашевском, Туапсинском, Успенском, Приморско-Ахтарском, Мостовском, Отраднинском, Брюховецком и Гулькевичском районах. **Раком гортани** – в гг. Тихорецке и Сочи, Горячеключевском, Анапском, Брюховецком, Новопокровском, Белоглинском, Курганинском, Выселковском и Ейском районах. **Раком легких** – в гг. Краснодар, Тихорецк, Сочи, Успенском, Кавказском, Мостовском, Темрюкском, Абинском, Апшеронском, Кушевском и Динском районах. **Раком шейки матки** – в Брюховецком районе.

Очевидно, что в данных районах при злокачественных новообразованиях пищевода, желудка, легких, гортани, шейки матки – локализаций с высоким уровнем летальности, часть регистрационных карт на больных с впервые в жизни установленным диагнозом не передается в раковый регистр. При рассмотрении данного показателя по основным локализациям видны большие резервы по улучшению первичного учета больных.

Одним из критериев качества учета онкологических больных является удельный вес группы больных, не состоявших на учете онкологического учреждения при жизни. В 2008 г., по данным районных онкологов, 835 умершим диагноз злокачественного новообразования был поставлен посмертно, т.е. 4,2 на 100 больных с впервые в жизни установленным диагнозом, из них на аутопсии – 577 случая злокачественных новообразований. Следует обратить внимание на тот факт, что из 835 умерших, которым диагноз злокачественного новообразования был поставлен посмертно, у 258 (т.е. у каждого третьего из числа взятых на учет посмертно) аутопсия не проводилась. Низкий процент злокачественных новообразований, выявленных на аутопсии, свидетельствует о нечеткой работе патологоанатомической службы края. Наиболее низкий процент аутопсий отмечается в г. Сочи.

В настоящее время качество организации и проведения онкопрофилактических осмотров оставляет желать лучшего по ряду причин (Чиссов В.И. и соавт., 2002):

1. В связи с появлением негосударственных форм собственности осмотры организованных контингентов проводятся не в полном объеме, так как отсутствуют регламентирующие документы по этому вопросу, а работодатели не заинтересованы в мониторинге здоровья своих сотрудников;

2. Профилактические осмотры в смотровых кабинетах в недостаточной мере контролируются организаторами здравоохранения: не все первичные больные посещают смотровые кабинеты, нагрузка в них недостаточна, нередко не обеспечивается двухсменная работа;

3. Информативность цитологических исследований недостаточная из-за несоблюдения методики забора материала на исследование, отсутствия необходимого инструментария, некорректной интерпретации данных цитологического исследования, а тактика гинекологов и акушерок смотровых кабинетов при получении его результатов отличается в ряде случаев игнорированием повторности взятия мазков;

4. Ректальное исследование при гинекологических осмотрах до настоящего времени не стало одним из обязательных атрибутов при профилактических и диагностических обследованиях женщин;

5. Далеко не всегда проводятся целенаправленные осмотры слизистой оболочки полости рта при стоматологических манипуляциях;

6. Средние медицинские работники смотровых кабинетов не уделяют должного внимания опросу пациентов, не владеют в полной мере знаниями по сигналам тревоги по поводу той или иной онкологической патологии;

7. Отчетная информация о выявленных при профилактических осмотрах больных со злокачественными новообразованиями не всегда достоверна, показатель активной выявляемости отражает еще и диагностированных по обращаемости.

Значение профилактических осмотров для организации раннего выявления злокачественных новообразований визуально обозримых локализаций сложно переоценить.

Идея проведения массовых профилактических осмотров населения впервые была высказана в России еще в 1895 г. проф. В.Ф. Снегиревым. Но только после издания постановления Совета Народных Комиссаров СССР № 935 от 30 апреля 1945 г. «О мероприятиях по улучшению онкологической помощи населению» началась повсеместная работа по организации проведения профилактических осмотров. В послевоенные годы ежегодно профилактическими осмотрами были охвачены до 20 млн. человек. Они показали эффективность в своевременном обнаружении злокачественных новообразований и предопухолевых заболеваний, что и позволило рекомендовать их для широкого использования лечебно-профилактической сетью здравоохранения страны.

Поскольку здравоохранение края функционирует в условиях ограниченности бюджета, стратегической линией развития и совершенствования онкологической помощи населению края является рациональное использование всех существующих ресурсов (организационного, кадрового и материально-технического порядка), причем не только онкологической службы, но и всего здравоохранения. В первую очередь это относится к вопросу организации раннего выявления злокачественных новообразований на популяционном уровне административных территорий края, без решения которого невозможно существенное улучшение результатов деятельности службы.

В то же время, в Краснодарском крае из общего числа больных с впервые в жизни установленным диагнозом были выявлены на профилактических осмотрах лишь 7,5% пациентов (в целом по России данный показатель немного выше и составляет 11,9%). Приходится констатировать, что в целом показатели активного выявления злокачественных новообразований не соответствуют современным возможностям здравоохранения, что объясняется, прежде всего, слабым взаимодействием онкологической службы и общей лечебной сети.

Таким образом, анализ показателей активной диагностики злокачественных опухолей в крае свидетельствует о полном отсутствии в некоторых районах системы профилактических и скрининговых обследований населения.

Сложившееся положение позволяет утверждать, что известные формы организации выявления злокачественных опухолей мало эффективны. Причины этого, на наш взгляд, кроются в следующем: профилактические осмотры населения проводятся формально, без учета принятых при их выполнении стандартов; недостаточный уровень контроля результативности профилактических осмотров; низкий уровень санитарной культуры населения; практическое отсутствие роли административных, экономических, организационных рычагов стимулирования выявления рака.

Сказанное свидетельствует и о том, что вошедшие в практику здравоохранения в предшествующие десятилетия и доказавшие свою эффективность стандартные схемы профилактических осмотров с целью своевременной диагностики злокачественных новообразований утрачены во многих административных территориях Краснодарского края.

Смотровые кабинеты как организационная структура для выявления злокачественных новообразований были созданы после опубликования методического письма Минздрава СССР от 12 августа 1959 г. «Об организации и работе смотровых кабинетов в поликлиниках и амбулаториях». В 1976 г. они выделены в структурные подразделения городских, центральных районных поликлиник или поликлинических подразделений больницы с целью проведения профилактических осмотров населения на предмет выявления злокачественных новообразований и предопухолевых заболеваний половых органов, молочной железы, кожных покровов, прямой кишки. Медицинский персонал смотровых кабинетов направлял лиц с выявленной патологией к врачам-онкологам территориальных онкологических диспансеров. Одним из реальных путей повышения эффективности деятельности смотровых кабинетов явилось применение цитологического исследования. В 1965 г. были открыты цитологические лаборатории, а в 1976 г. началось широкое внедрение в практику здравоохранения эндоскопических методов исследования.

Согласно приказу Минздрава РФ № 270 от 12.09.1997 г. и методическим рекомендациям «Выявление злокачественных новообразований и оказание медицинской помощи онкологическим больным», утвержденным Заместителем Министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации В.И. Стародубовым 27.12.2007 г. № 9588-ВС, профилактические осмотры в смотровых кабинетах должны осуществляться не только среди женщин, но также и среди мужского населения. Однако на сегодняшний день в Краснодарском крае функционируют лишь 3 мужских смотровых кабинета в районах края (Каневский район, гг. Армавир и Кропоткин) и ни одного в г. Краснодаре.

Отсутствие необходимой диагностической базы в учреждениях здравоохранения края мешает полноценной диспансеризации предраковых и онкологических больных. Этому способствует низкий охват населения профилактическими осмотрами, отсутствие должного контроля за деятельностью смотровых женских кабинетов, фактическое отсутствие мужских смотровых кабинетов, а также, в ряде районов, цитологической и гистологической службы.

На сегодняшний день в Краснодарском крае в 46 муниципальных образованиях функционируют 66 женских смотровых кабинетов (из них в 2-е смены работают 7), 3 – мужских и 7 – смешанного приема (Туапсинский, Успенский, Славянский районы и г. Новороссийск), еще в 6 районах функции женского смотрового кабинета выполняют врачи акушеры-гинекологи в общем потоке пациентов (Кореновский, Кавказский, Брюховецкий и Новокубанский районы), а также в 9 районах профилактические осмотры мужчин осуществляют врачи урологи или хирурги в общем потоке с приемом пациентов (Брюховецкий, Горяче-Ключевский, Кавказский, Кореновский, Приморско-Ахтарский, Отраденский, Усть-Лабинский, гг. Анапа и Лабинск).

В г. Краснодаре функционируют 17 женских смотровых кабинетов. Во многих поликлиниках функции мужского смотрового кабинета переданы кабинетам урологического приема в общем потоке пациентов, что несовместимо с качественной работой смотрового кабинета.

Вообще не работают смотровые кабинеты как отдельная организационная структура поликлиники в Кавказском, Павловском и Кореновском районах, а также г. Туапсе; в Ейском районе вместо 3-х смотровых кабинетов работает только один. В большинстве территорий края функционируют лишь по 1 смотровому кабинету. Положительно решен данный вопрос в гг. Краснодаре, Армави-ре, Новороссийске, Приморско-Ахтарском и Крыловском районах.

Нами проанализированы сведения о смотровых кабинетах 47 территорий Краснодарского края. Анализ показал, что в среднем на один смотровой кабинет приходится 24,2 тыс. женского населения (за вычетом детской возрастной категории). Этот показатель в Белоглинском, Щербинском, Староминском, Успенском, Кавказском, Тимашевском, Тихорецком районах колеблется от 15 до 20 тыс., в г. Кропоткине, Абинском, Апшеронском, Кореновском, Курганинском, Кушевском, Новокубанском, Отрадненском, Темрюкском и других районах превышает 25 тыс., в Крыловском, Приморско-Ахтарском районах составляет менее 5 тыс.

На неудовлетворительное качество работы смотровых кабинетов в России обращалось внимание главных акушеров-гинекологов и руководителей здравоохранения на местах более 30 лет тому назад (приказ Минздрава РФ № 129 от 9 марта 1976 г.). При этом отмечалось, что во многих поликлиниках смотровые кабинеты работают неудовлетворительно, с низкой нагрузкой, не проводится систематической учебы среднего медицинского персонала, не полностью обеспечивается цитологическое исследование материала и в связи с этим мало выявляется предопухолевых и опухолевых заболеваний шейки матки. Однако к настоящему времени мы пришли к тем показателям работы смотровых кабинетов, которые были на заре их становления.

Диагностика ранних форм опухолей в значительной степени зависит от врачей первичного звена. Профилактическое обследование пациентов должно носить массовый характер, смотровой кабинет должен работать в каждом учреждении здравоохранения, ведущим амбулаторный прием пациентов, работа смотрового кабинета должна быть организована в две смены. Каждая муниципальная поликлиника должна работать по субботам в режиме профилактического осмотра граждан, выполнять весь комплекс необходимых обследований и в полной мере использовать имеющееся современное рентгенологическое, и эндоскопическое оборудование, а также возможности клиничко-диагностических лабораторий, благо в последнее время для этого есть все возможности.

Однако наличие смотрового кабинета в медицинском учреждении не гарантирует качественного раннего выявления злокачественных новообразований. Смотровой кабинет должен обеспечивать проведение профилактического осмотра пациентов, обратившихся впервые в течение года в амбулаторно-поликлиническое учреждение, на предмет раннего выявления хронических, предопухолевых и опухолевых заболеваний всех визуальных локализаций. В подавляющем большинстве осмотр медицинским работником смотрового кабинета ограничивается гениталиями как у женщин, так и у мужчин.

Согласно рекомендациям «Выявление злокачественных новообразований и оказание медицинской помощи онкологическим больным», утвержденным Заместителем Министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации В.И. Стародубовым 27.12.2007 г. № 9588-ВС, смотровой кабинет организуется в установленном порядке как структурное подразделение амбулаторно-поликлинического учреждения, или как самостоятельное учреждение. Кабинет размещается в отдельной комнате с хорошим освещением, оснащается специальным оборудованием и инструментарием. Работа кабинета должна быть организована в двухсменном режиме. Работу в кабинете осуществляет средний медицинский работник, прошедший специальную подготовку по онкологии и имеющий соответствующий документ. Нагрузка работника кабинета – 4 человека в час (с учетом оформления документации).

Кабинет осуществляет:

- доврачебный опрос пациентов;
- проведение профилактического осмотра пациентов, обратившихся впервые в течение года в амбулаторно-поликлиническое учреждение, на предмет раннего выявления хронических, предопухолевых и опухолевых заболеваний визуальных локализаций.

Профилактический осмотр женщин включает осмотр кожных покровов и видимых слизистых оболочек, осмотр и пальпацию молочных желез, области щитовидной железы, живота, периферических лимфатических узлов, осмотр в зеркалах шейки матки и влагалища, бимануальное обследование матки и придатков, пальцевое обследование прямой кишки.

Профилактический осмотр мужчин включает осмотр кожных покровов и видимых слизистых оболочек, осмотр и пальпацию области наружных половых органов, области грудных желез, щитовидной железы, живота, периферических лимфатических узлов, пальцевое обследование прямой кишки и области предстательной железы.

- обязательное взятие у всех женщин, обратившихся в кабинет, мазков с шейки матки и цервикального канала, направление их в цитологическую лабораторию для исследования, забор материала для исследования проводить специальными цервикс-щеточками;

- направление лиц с выявленной патологией к соответствующему специалисту для уточнения диагноза и организации лечения;

– учет и регистрацию проводимых профилактических осмотров и результатов цитологических исследований по установленным формам первичной документации;

– проведение санитарно-просветительской работы среди граждан, посещающих поликлинику.

В таком объеме осмотры не проводит ни один смотровой кабинет Краснодарского края.

В организации женских смотровых кабинетов края существует еще одна проблема – цитологический скрининг рака шейки матки. Мазки с шейки матки и цервикального канала в женском смотровом кабинете должны браться у 100% женщин вне зависимости от возраста или наличия видимой патологии. Однако этот принцип соблюдается далеко не во всех административных территориях Кубани. В ряде районов существует возрастной ценз на взятие мазков для скрининга рака шейки матки.

При отсутствии цитологической службы в районе сложно говорить о качественной реализации Национального проекта «Здоровье» в разрезе диспансеризации здорового населения, особенно – работы женских смотровых кабинетов.

Многие районные и городские больницы, где нет цитологической или гистологической служб, проводят морфологические исследования по договоренности в лабораториях Краевой клинической больницы, Краевого онкологического диспансера, межтерриториальных онкологических центров или больниц из соседних территорий. Однако, во-первых, это увеличивает нагрузку на вышеперечисленные лаборатории. Во-вторых, при такой организации работы цито- и гистоисследования берутся в районе не по реальной потребности, а в минимально возможном объеме.

Критерием оценки профилактической работы специалистов муниципального здравоохранения в данном направлении могут служить показатели выявляемости и запущенности различных видов данной патологии, а также показатели смертности в конкретных муниципалитетах.

На сегодняшний день без качественно организованной работы системы смотровых кабинетов, подкрепленной на местном уровне действующей цитологической службой, решить проблемы раннего выявления злокачественных новообразований не представляется возможным. Успех организации борьбы против рака на современном этапе, а также снижение смертности от онкологических причин зависят от профилактики, ранней диагностики и, как следствие, своевременного лечения больных со злокачественными опухолями и предопухолевыми заболеваниями.

Контингенты больных злокачественными новообразованиями составили на конец 2008 г. 125697 пациентов или 2,5% населения края. Сельские жители составляют 34,3% состоящих под диспансерным наблюдением. За последние 10 лет численность контингентов онкобольных в крае увеличилась на 25289 человека или на 25,2%. Интенсивный показатель распространенности (prevalence) увеличился до 2454,2 на 100 тыс. (рис. 5.4.). Следует отметить, что за прошедший год темпы этого показателя возросли на 3,1%, что привело к увеличению контингентов онкологических больных на 4217 человек. Накопление контингентов больных злокачественными новообразованиями произошло по многим локализациям, особенно за счет рака предстательной железы, мочевого пузыря, ободочной кишки, меланомы кожи.

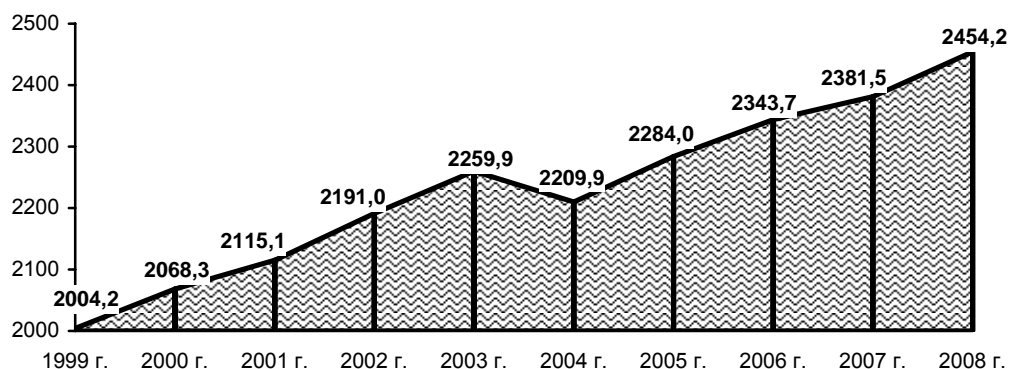


Рис. 5.4. Динамика численности контингентов больных злокачественными новообразованиями в 1999-2008 гг. (на 100 тыс. населения)

В большинстве районов показатель prevalence выше среднероссийского (2007 г. – 1723,3 на 100 тыс. населения) и среднекраевого в 2008 г. (2454,2), следовательно, в этих районах большая нагрузка на онколога – табл. 5.16 (особенно в гг. Краснодаре, Новороссийске, Туапсе, Крымском, Новопокровском и Белоглинском районах). Значительное увеличение численности контингентов онкобольных с 1999 г. регистрируется в Белоглинском, Белореченском, Туапсинском, Новопокровском районах.

Наибольшие показатели распространенности злокачественных новообразований в 2008 г. отмечаются по опухолям молочной железы (646,3 на 100 тыс. населения), кожи (507,3), тела матки (314,4) (табл. 5.17).

Таблица 5.14

Число пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования в 1999-2008 гг.

Территория	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	% прироста к 1999 г.
КРАЙ	17576	17441	17696	17534	17203	17974	18369	18494	18456	19016	8,2
Анапский	370	382	330	374	315	375	420	456	423	458	23,8
Армавир	707	641	709	744	697	758	706	765	760	792	12,0
Белореченский	316	349	349	369	307	381	403	449	374	330	4,4
Геленджик	223	275	288	308	305	288	312	357	311	333	49,3
Горячий Ключ	192	176	217	225	218	213	174	217	173	196	2,1
Ейский	487	462	522	498	455	528	548	531	431	464	-4,7
Краснодар	3678	3588	3569	3241	3098	3166	3004	2886	2909	3060	-16,8
Кропоткин	240	191	241	255	216	213	302	297	280	280	16,7
Крымский	474	471	473	495	483	532	547	547	534	498	5,1
Лабинский	423	417	410	469	423	402	429	391	441	384	-9,2
Новороссийск	791	909	895	953	973	1115	1063	1085	1033	1058	33,8
Славянк-на-Кубани	409	460	430	498	390	404	456	436	448	470	14,9
Сочи	1354	1286	1321	1207	1307	1295	1340	1342	1346	1387	2,4
Тихорецк	166	170	143	190	198	191	245	229	267	238	43,4
Туапсе	214	227	205	240	246	217	272	313	306	324	51,4
Абинский	314	338	338	331	344	352	347	416	380	414	31,8
Апшеронский	257	272	240	266	235	244	270	310	286	294	14,4
Белоглинский	114	102	115	96	107	104	117	117	143	156	36,8
Брюховецкий	197	193	231	188	189	187	196	205	202	217	10,2
Выселковский	192	217	212	255	236	262	234	271	273	278	44,8
Гулькевичский	373	288	262	242	289	267	299	292	286	275	-26,3
Динской	436	427	374	382	330	413	386	393	440	444	1,8
Кавказский	116	113	111	122	110	133	123	121	174	145	25,0
Калининский	189	161	168	148	164	165	173	190	192	182	-3,7
Каневский	327	418	383	363	347	362	435	388	425	425	30,0
Кореновский	306	275	304	319	314	381	380	346	346	374	22,2
Красноармейский	277	283	289	290	296	309	340	352	366	414	49,5
Крыловский	113	95	135	121	135	94	103	135	139	122	8,0
Курганинский	392	366	372	282	313	368	307	319	325	350	-10,7

Кушевский	236	189	242	224	191	216	192	207	211	233	-1,3
Ленинградский	209	216	244	231	197	250	238	291	267	274	31,1
Мостовский	208	224	237	212	215	217	213	196	209	209	0,5
Новокубанский	230	244	272	260	231	254	281	259	286	304	32,2
Новопокровский	183	179	151	193	172	172	168	195	191	170	-7,1
Отраденский	209	163	208	181	178	189	191	199	176	199	-4,8
Павловский	240	233	253	236	259	267	287	255	283	285	18,8
Приморско-Ахтарский	211	188	200	317	228	193	228	221	241	266	26,1
Северский	377	429	343	354	355	387	424	423	454	484	28,4
Староминский	130	125	139	127	136	123	141	150	153	146	12,3
Тбилисский	130	154	186	157	183	150	150	158	180	198	52,3
Темрюкский	339	371	388	328	367	382	387	370	260	366	8,0
Тимашевский	344	227	310	412	391	443	432	373	397	415	20,6
Тихорецкий	195	207	202	249	240	205	258	223	264	292	49,7
Туапсинский	97	95	149	139	180	140	161	172	154	159	63,9
Успенский	96	114	84	107	107	107	110	113	106	84	-12,5
Усть-Лабинский	381	412	337	415	403	448	468	409	507	459	20,5
Щербиновский	114	119	115	101	131	112	109	124	104	111	-2,6

Таблица 5.15
Численность пациентов, состоящих на диспансерном онкологическом учете на конец отчетного года в 1999-2008 гг.

Территория	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	% прироста к 1999 г.
КРАЙ	100406	103556	105726	109277	112312	112847	116489	119449	121480	125697	25,2
Анапский	1676	1744	1844	1914	2002	2128	2302	2466	2558	2802	67,2
Армавир	3535	3728	3673	3566	3818	4100	3895	3739	3797	4098	15,9
Белореченский	1220	1262	1371	1456	1555	1648	1797	2001	2221	2443	100,2
Геленджик	1357	1456	1543	1662	1811	1860	1966	2146	2223	2189	61,3
Горячий Ключ	875	891	1018	1104	1080	1190	1226	1293	1274	1402	60,2
Ейский	3136	2685	2883	2817	2937	3153	3400	3373	3320	3356	7,0
Краснодар	26879	27764	29008	29469	29087	27929	27684	27849	27466	28327	5,4
Кропоткин	1184	1075	963	1110	1198	1115	1213	1392	1384	1516	28,0
Крымский	2666	2884	3142	3134	3180	3345	3455	3674	3793	3810	42,9
Лабинский	1664	1778	1927	2123	2081	2130	2228	2287	2310	2349	41,2
Новороссийск	4477	4981	5432	5791	6300	6738	7273	7738	8380	8921	99,3
Славянск-на-Кубани	3501	3195	2739	2668	2514	2253	2194	2179	2226	2305	-34,2

Сочи	7663	8210	6937	7638	8263	8607	9082	8935	8690	9136	19,2
Тихорецк	1233	1272	1295	1329	1371	1417	1485	1452	1534	1615	31,0
Туапсе	1088	1199	1282	1178	1306	1354	1471	1657	1797	1926	77,0
Абинский	1316	1520	1554	1640	1779	1872	1909	2034	2113	2244	70,5
Апшеронский	1198	1221	1240	1312	1326	1342	1383	1498	1565	1582	32,1
Белоглинский	530	537	556	605	625	677	749	807	879	972	83,4
Брюховецкий	923	881	939	968	1006	1061	1158	1212	1285	1239	34,2
Выселковский	863	885	935	965	1050	1132	1132	1244	1293	1390	61,1
Гулькевичский	1396	1398	1468	1499	1619	1710	1806	1928	2076	2179	56,1
Динской	2749	2916	3046	3201	3210	3284	3378	3131	3134	2781	1,2
Кавказский	714	697	706	703	716	724	713	774	754	773	8,3
Калининский	990	966	981	974	1015	1033	1000	1027	1084	1085	9,6
Каневский	1698	1710	1697	1806	1925	1944	2141	2292	2252	2420	42,5
Кореновский	1133	1194	1204	1401	1371	1474	1650	1654	1775	1864	64,5
Красноармейский	1726	1734	1797	1834	1855	1921	1967	2054	2092	2194	27,1
Крыловский	574	598	622	623	657	662	682	742	767	786	36,9
Курганинский	1541	1653	1799	1721	1739	1585	1632	1722	1762	1886	22,4
Кушевский	1077	1095	1112	1141	1142	1173	1175	1180	1216	1271	18,0
Ленинградский	1015	1079	1124	1112	1158	1238	1240	1289	876	866	-14,7
Мостовский	891	927	1012	1011	1041	1075	1088	1089	1125	1140	27,9
Новокубанский	1285	1314	1356	1371	1375	1435	1440	1520	1626	1759	36,9
Новопокровский	1097	1167	1226	1316	1393	1463	1520	1623	1715	1815	65,5
Отраденский	1327	1328	1398	1424	1474	1427	1422	1447	1470	1501	13,1
Павловский	1068	1099	1120	1200	1277	1338	1389	1437	1481	1573	47,3
Приморско-Ахтарский	891	947	1020	1071	1125	1185	1252	1202	1286	1354	52,0
Северский	2174	2222	2260	2407	2535	2679	2988	3194	3376	2775	27,6
Староминский	667	674	682	682	733	735	750	798	822	853	27,9
Тбилисский	747	755	769	837	832	855	902	906	906	937	25,4
Темрюкский	2351	2518	2459	2540	2609	1338	1426	1615	1709	1880	-20,0
Тимашевский	2046	2079	2197	2412	2530	2717	2876	2703	2681	2701	32,0
Тихорецкий	1029	1038	1095	1107	1125	1082	1061	1055	1089	1171	13,8
Туапсинский	404	424	489	546	610	644	713	771	805	857	112,1
Успенский	588	541	525	532	553	529	559	591	627	627	6,6
Усть-Лабинский	1759	1821	1766	1842	1901	2000	2144	2154	2295	2439	38,7
Щербиновский	485	494	515	516	533	546	582	575	571	588	21,2

Таблица 5.16

**Динамика численности контингентов больших злокачественными новообразованиями
в муниципальных образованиях Краснодарского края (на 100 тыс. населения)**

Территория	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	% прироста к 1999 г.
КРАЙ	2004,2	2068,3	2115,1	2191,0	2259,9	2209,9	2284,0	2343,7	2381,5	2454,2	22,5
Анапский	1305,3	1454,5	1543,7	1602,3	1686,6	1616,7	1748,9	1850,5	1896,4	2037,2	56,1
Армавир	1927,5	2072,3	2055,7	1995,8	2163,3	1948,1	1855,7	1788,2	1820,6	1970,5	2,2
Белореченский	1186,8	1231,2	1332,5	1415,1	1518,1	1591,2	1734,3	1932,4	2142,5	2343,3	97,4
Геленджик	1528,2	1771,3	1872,0	2016,4	2192,5	2187,7	2302,6	2486,2	2553,4	2481,8	62,4
Горячий Ключ	1692,5	1716,8	1958,6	2124,0	2085,5	2292,3	2334,5	2432,4	2362,8	2559,0	51,2
Ейский	2248,0	1894,7	2061,6	2014,4	2099,4	2259,0	2426,7	2403,7	2362,5	2384,3	6,1
Краснодар	3532,1	3679,0	3847,8	3908,9	3888,8	3545,9	3531,1	3571,9	3525,9	3645,1	3,2
Кропоткин	1430,0	1322,3	1184,0	1364,7	1473,4	1404,7	1523,3	1743,4	1729,2	1882,6	31,7
Крымский	2047,6	2199,8	2398,3	2392,2	2428,5	2646,8	2731,2	2894,6	2969,4	2953,0	44,2
Лабинский	1598,5	1707,9	1864,8	2054,4	2044,4	2098,1	2202,2	2275,8	2307,8	2347,8	46,9
Новоросийск	1805,2	2003,6	2189,6	2334,3	2537,9	2396,0	2585,1	2745,9	2980,8	3173,7	75,8
Славянск-на-Кубани	2735,2	2488,3	2131,8	2076,6	1958,2	1729,4	1685,6	1672,5	1707,9	1760,8	-35,6
Сочи	1822,4	2076,8	1753,7	1930,9	2091,9	2170,5	2284,8	2240,0	2164,7	2245,6	23,2
Тихорецк	1784,4	1907,0	1954,2	2005,5	2090,8	2159,2	2271,8	2233,0	2371,3	2509,0	40,6
Туапсе	1658,5	1830,5	1960,4	1801,4	2018,2	2122,2	2316,1	2611,4	2830,6	3025,7	82,4
Абинский	1430,4	1643,2	1680,4	1773,4	1932,1	2091,8	2134,8	2278,5	2365,4	2492,5	74,3
Апшеронский	1286,8	1315,7	1339,5	1417,2	1432,4	1416,5	1459,0	1582,0	1648,1	1645,4	27,9
Белоглинский	1456,0	1491,7	1553,2	1690,1	1761,9	2040,4	2268,5	2455,1	2678,7	2987,4	105,2
Брюховещий	1754,8	1691,0	1810,0	1865,9	1897,2	1962,9	2155,5	2260,1	2413,2	2334,0	33,0
Выселковский	1365,5	1391,5	1461,0	1507,9	1645,3	1881,9	1880,4	2067,0	2145,8	2301,7	68,6
Гулькевичский	1379,4	1383,1	1444,0	1474,5	1606,3	1679,0	1783,7	1912,6	2063,3	2166,9	57,1
Динской	2337,6	2464,9	2559,6	2689,9	2671,1	2723,5	2778,5	2554,4	2540,2	2230,5	-4,6
Кавказский	1600,9	1580,5	1626,1	1619,2	1649,1	1624,0	1599,3	1780,5	1744,4	1796,3	12,2
Капнинский	2004,0	1955,5	1983,9	1969,8	2062,1	2065,8	2003,7	2063,7	2180,3	2169,3	8,2
Каневский	1639,0	1657,0	1640,1	1745,5	1860,1	1900,9	2089,1	2234,2	2190,9	2347,1	43,2
Кореновский	1320,5	1390,0	1404,8	1634,7	1601,4	1731,9	1934,6	1939,9	2076,2	2164,0	63,9
Красноармейский	1695,5	1711,7	1778,8	1815,5	1841,7	1856,8	1898,2	1984,9	2015,2	2100,5	23,9
Крыловский	1530,7	1586,2	1651,2	1653,9	1746,6	1759,7	1822,0	1987,4	2061,7	2114,5	38,1
Курганинский	1422,9	1534,8	1674,2	1601,6	1635,2	1537,3	1587,8	1678,1	1714,8	1824,9	28,3
Кушевский	1512,6	1551,0	1574,6	1615,6	1618,1	1668,7	1667,7	1677,2	1726,7	1798,4	18,9
Ленинградский	1466,8	1552,5	1624,9	1607,5	1691,2	1871,2	1883,6	1966,7	1340,4	1327,9	-9,5
Мостовский	1218,9	1271,6	1391,0	1389,6	1456,7	1489,3	1512,2	1517,7	1574,7	1597,8	31,1
Новокубанский	1542,6	1573,7	1625,6	1643,6	1666,0	1660,7	1669,3	1771,9	1898,8	2047,3	32,7
Новопокровский	2185,3	2343,4	2476,3	2658,1	2873,7	3105,6	3267,2	3525,0	3755,1	4003,1	83,2
Отрадненский	1957,2	1967,4	2071,2	2109,8	2211,0	2154,8	2167,0	2215,3	2257,5	2304,1	17,7

Павловский	1525,7	1576,8	1609,5	1724,4	1855,0	1960,1	2035,4	2107,4	2174,4	2309,5	51,4
Приморско-Ахтарский	1472,7	1583,6	1715,7	1801,5	1915,2	1957,8	2078,4	2007,6	2157,5	2277,2	54,6
Северский	2052,9	2084,4	2114,4	2251,9	2372,9	2491,3	2770,5	2946,4	3099,4	2523,7	22,9
Староминский	1618,9	1715,0	1741,4	1741,4	1895,1	1797,9	1831,8	1942,9	1998,9	2067,6	27,7
Тбилисский	1453,3	1460,3	1493,0	1625,1	1630,7	1766,8	1867,6	1882,8	1890,3	1949,2	34,1
Темрюкский	1990,7	2112,4	2058,0	2125,8	2193,9	1163,4	1242,6	1400,6	1477,9	1616,3	-18,8
Тимашевский	1937,5	1989,5	2115,0	2322,0	2449,1	2543,8	2688,1	2526,0	2513,9	2532,6	30,7
Тихорецкий	1703,6	1732,9	1838,4	1858,6	1907,6	1781,4	1761,0	1765,0	1827,1	1968,6	15,6
Туапсинский	642,3	755,8	872,4	974,1	1087,4	1053,9	1166,2	1254,1	1297,5	1367,9	113,0
Успенский	1437,7	1326,0	1288,8	1306,0	1368,1	1292,9	1341,9	1437,6	1520,9	1515,6	5,4
Усть-Лабинский	1633,2	1701,9	1665,9	1737,6	1822,9	1748,3	1889,3	1911,7	2045,0	2180,7	33,5
Щербиновский	1237,2	1260,2	1314,4	1317,0	1367,6	1416,2	1523,2	1507,0	1493,8	1556,5	25,8

Таблица 5.17

Динамика численности контингентов онкобольных в 1999-2008 гг. (на 100 тыс. населения)

Локализация опухоли	Годы										
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	
ЗНО – всего	2004,2	2068,3	2115,1	2191,0	2259,9	2209,9	2284,0	2343,7	2381,5	2454,2	
губы	88,4	87,3	84,0	83,1	82,5	75,3	74,2	70,8	68,8	66,7	
полости рта и глотки	38,3	38,5	39,8	40,2	39,4	38,1	38,8	39,1	39,5	40,9	
пищевода	6,0	5,9	6,3	6,3	5,8	5,1	4,9	4,9	5,1	5,5	
желудка	80,2	81,5	83,7	83,6	86,4	82,0	82,3	82,2	79,7	79,4	
ободочной кишки	79,1	84,6	87,3	91,9	97,7	98,5	104,6	108,2	111,9	117,4	
прямой кишки	67,4	71,7	73,7	76,1	79,8	79,8	82,3	86,2	88,2	91,5	
горгани	32,8	30,8	30,6	31,2	31,7	31,5	32,0	32,7	32,0	31,2	
трахеи, бронхов, легкого	75,1	75,0	75,3	78,0	76,5	72,9	73,5	74,8	72,2	72,2	
костей и мягких тканей	32,6	32,8	33,0	34,8	35,8	35,7	36,1	37,0	37,9	38,2	
меланома кожи	35,7	39,4	40,7	44,2	47,0	47,6	50,4	52,6	54,0	58,0	
др. новообразования кожи	538,3	535,2	529,1	527,8	530,7	498,6	504,8	499,3	495,5	507,3	
молочной железы*	523,4	552,8	558,7	561,1	581,1	560,4	579,8	599,0	623,2	646,3	
шейки матки*	314,8	312,2	306,4	284,7	283,9	268,7	269,6	267,6	270,4	273,6	
тела матки*	233,8	247,8	258,4	256,6	267,2	271,0	284,3	301,7	302,7	314,4	
яичника*	100,2	104,6	112,0	110,5	115,4	114,7	120,5	123,5	126,4	131,2	
предстательной железы**	70,2	80,2	92,6	118,1	129,2	139,3	152,9	165,1	178,4	193,7	
мочевого пузыря	49,9	53,2	57,2	61,0	63,8	63,9	66,7	69,4	71,8	74,1	
щитовидной железы	69,4	84,4	99,6	114,2	127,8	136,5	151,7	168,6	178,7	186,0	
злокачественные лимфомы	41,4	43,4	44,4	47,3	50,8	53,1	56,7	59,5	63,5	67,0	
лейкемии	42,3	44,3	42,7	45,4	47,9	49,5	53,3	55,7	58,1	60,6	

* - расчет проведен на женское население

** - расчет проведен на мужское население

Структура контингентов онкологических больных отражена в табл. 5.18. Ведущая роль принадлежит злокачественным новообразованиям кожи (20,7%), молочной железы (14,1%), щитовидной железы (7,6%), тела (6,9%) и шейки (6,0%) матки.

Таблица 5.18

Структура контингентов онкологических больных в 2008 г. в Краснодарском крае

Ранг	Локализация	Абсолютное число	%
1	Кожа	25981	20,7
2	Молочная железа	17761	14,1
3	Щитовидная железа	9526	7,6
4	Тело матки	8640	6,9
5	Шейка матки	7518	6,0
6	Ободочная кишка	6012	4,8
7	Прямая кишка	4687	3,7
8	Предстательная железа	4597	3,7
9	Желудок	4069	3,2
10	Мочевой пузырь	3793	3,0
11	Легкое	3698	2,9
12	Яичник	3604	2,9
13	Злокачественные лимфомы	3429	2,7
14	Губа	3416	2,7
15	Лейкемии	3104	2,5
16	Меланома	2969	2,4
17	Полость рта и глотки	2092	1,7
18	Кости и мягкие ткани	1955	1,6
19	Гортань	1599	1,3
20	Пищевод	283	0,2
	Прочие	6964	5,5
	ВСЕГО	125697	100

В табл. 5.19 представлено распределение больных злокачественными новообразованиями основных локализаций по стадиям заболевания.

В 54% случаев злокачественные новообразования в 2008 г. диагностировались в 1-2 стадиях, что позволяло провести полноценное радикальное лечение опухоли. Максимальная доля больных с 1-2 стадиями процесса зарегистрирована при раке кожи (97,7%), губы (90,9%), щитовидной железы (86,7%), меланомы (77,4%).

Низкая ранняя выявляемость отмечена при злокачественных новообразованиях легких (24,5%), гортани (32,3%), желудка (34,3%), предстательной железы (37,9%), полости рта и глотки (38,4%).

Таблица 5.19

Распределение онкологических больных, впервые взятых на учет в 2008 г., по стадиям опухолевого процесса (%)

Локализация	Стадия заболевания			
	I-II	III	IV	Стадия не установлена
Всего (C00-97)	10269 (54,0%)	3219 (16,9%)	3821 (20,1%)	1707 (9,0%)
Рак губы (C00)	129 (90,9%)	5 (3,5%)	8 (5,6%)	0
Рак полости рта и глотки (C01-14)	166 (38,4%)	111 (25,7%)	155 (35,9%)	0
Рак пищевода (C15)	60 (39,2%)	42 (27,5%)	51 (33,3%)	0
Рак желудка (C16)	392 (34,3%)	211 (18,4%)	537 (46,9%)	4 (0,4%)
Рак ободочной кишки (C18)	722 (59,7%)	210 (17,4%)	275 (22,8%)	2 (0,1%)

Рак прямой кишки (C19-21)	578 (61,4%)	155 (16,5%)	208 (22,1%)	0
Рак гортани (C32)	74 (32,3%)	109 (47,6%)	46 (20,1%)	0
Рак легких (C33, 34)	487 (24,5%)	437 (22,0%)	1035 (52,1%)	29 (1,4%)
Рак костей и мягких тканей (C40, 41, 46, 47, 49)	38 (17,5%)	20 (9,2%)	40 (18,4%)	119 (54,9%)
Меланома (C43)	299 (77,4%)	45 (11,7%)	42 (10,9%)	0
Рак кожи (C44)	3080 (97,7%)	54 (1,7%)	18 (0,6%)	0
Рак молочной железы (C50)	1212 (62,8%)	538 (27,9%)	164 (8,5%)	15 (0,8%)
Рак шейки матки (C53)	291 (49,1%)	222 (37,4%)	78 (13,2%)	2 (0,3%)
Рак тела матки (C54)	596 (79,8%)	58 (7,8%)	49 (6,6%)	44 (5,8%)
Рак яичников (C56)	159 (35,3%)	191 (42,4%)	99 (22,0%)	2 (0,3%)
Рак предстательной железы (C61)	315 (37,9%)	397 (47,7%)	119 (14,3%)	1 (0,1%)
Рак мочевого пузыря (C67)	315 (67,6%)	67 (14,4%)	84 (18,0%)	0
Рак щитовидной железы (C73)	555 (86,7%)	56 (8,8%)	28 (4,4%)	1 (0,1%)

Состояние диагностики и лечения онкологических больных нашло свое отражение в таком показателе, как удельный вес больных, состоящих пять и более лет на учете в Государственном учреждении здравоохранения «Краевой клинический онкологический диспансер» департамента здравоохранения Краснодарского края (табл. 5.20). На конец 2008 г. в целом по краю этот показатель составил 40,6% (для сравнения приведем данные 1999 г. – 53,9%).

Таблица 5.20

**Доля онкобольных, состоявших на учете в онкологических учреждениях
Краснодарского края 5 лет и более с момента установления диагноза
злокачественного новообразования в 1999-2008 гг., %**

Локализация опухоли	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	% прироста к 1999 г.
ЗНО – всего	53,9	54,0	51,7	51,6	50,0	50,1	49,9	49,3	51,2	40,6	-24,7
губы	74,7	74,4	71,6	72,1	70,7	70,9	69,9	73,6	68,1	66,4	-11,1
полости рта и глотки	57,5	56,7	56,8	55,8	54,1	50,8	52,5	53,6	52,4	50,5	-12,2
пищевода	23,7	17,2	21,8	21,8	22,6	25,4	21,4	30,1	26,3	26,2	10,5
желудка	47,5	47,5	48,9	48,3	48,4	47,9	49,0	49,6	48,7	37,2	-21,7
ободочной кишки	47,0	45,6	45,7	45,3	44,6	43,5	46,3	47,3	47,8	40,0	-14,9
прямой кишки	50,1	51,9	52,9	51,4	51,6	52,1	50,4	51,4	49,7	36,8	-26,5
гортани	55,0	53,3	53,3	54,9	53,8	54,0	52,4	53,8	53,2	52,5	-4,5
трахеи, бронхов, легкого	36,2	38,6	39,2	38,7	38,7	35,5	35,3	36,7	37,9	26,9	-25,7
костей и мягких тканей	48,9	52,2	52,1	52,5	51,0	50,5	55,8	52,7	51,8	42,9	-12,3
меланома кожи	51,3	54,3	53,3	54,0	53,0	51,0	44,2	53,0	53,7	52,6	2,5
др. новообразования кожи	60,0	60,2	53,5	53,9	52,6	53,9	48,2	49,3	50,8	31,8	-47,0
молочной железы	52,7	52,6	50,3	50,4	45,9	49,9	50,7	39,2	51,4	33,7	-36,1
шейки матки	66,0	63,6	62,1	64,9	61,8	60,7	62,2	61,4	62,4	49,8	-24,5

тела матки	58,5	57,1	57,8	56,7	55,1	53,6	53,8	53,0	53,4	43,3	-26,0
яичника	55,3	58,1	53,6	52,9	50,6	48,3	52,4	52,9	50,3	35,7	-35,4
предстательной железы	38,5	39,7	37,4	37,0	38,6	37,7	36,1	39,6	40,8	40,0	3,9
мочевого пузыря	44,1	43,7	45,0	44,6	43,2	43,2	43,6	46,5	46,8	45,4	2,9
щитовидной железы	37,6	37,3	36,7	38,1	37,9	39,9	53,7	55,7	57,6	55,0	46,3
зл. лимфомы	48,7	50,5	53,9	51,6	52,2	49,5	47,8	49,3	50,5	42,6	-12,5
лейкемии	44,2	46,5	50,2	50,6	47,5	45,3	46,1	46,2	45,7	41,0	-7,2

Лечение больных со злокачественными новообразованиями в Краснодарском крае в 2008 г. осуществлялось как в специализированных онкологических учреждениях, так и в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения неонкологического профиля. Из 19016 больных с впервые в жизни установленным в 2008 г. диагнозом злокачественного новообразования на конец года: 11745 (61,8%) пациентов закончили специальное лечение по радикальной программе, 1630 (8,6%) человек продолжали лечение по радикальной программе. При этом из пациентов, закончивших специальное противоопухолевое лечение, получили только хирургическое лечение – 41,8%, только лучевое – 18,6%, только лекарственное – 4,7%, комбинированное или комплексное – 34,1%, химиолучевое – 0,8%.

Современные принципы лечения онкологических больных – единство и взаимное оптимальное дополнение хирургии, лучевой и лекарственной терапии. Так, в структуре методов лечения процент онкобольных, получивших комбинированное или комплексное лечение, увеличился за 13 лет на 14,4% (с 29,8% – в 1996 г. до 34,1% – в 2008 г.), а получивших химиолучевое лечение – снизился на 55,6% (с 1,8% – в 1996 г. до 0,8% – в 2008 г.). При этом выбор метода или их сочетания определяется дифференцированно в зависимости от локализации опухоли, стадии заболевания, анатомо-морфологических особенностей новообразования и окружающих тканей. В 2008 г. комбинированный или комплексный метод лечения использовали в наибольшем объеме при злокачественных новообразованиях молочной железы (86,8%), яичников (82,4%), тела матки (64,9%). Наиболее высокие показатели использования химиолучевого метода отмечены при лечении злокачественных новообразований лимфатической и кроветворной ткани (9,1%).

Необходимо подчеркнуть, что при определенных состояниях и локализациях опухолевого процесса отдельные методы в самостоятельном виде не утратили своего значения, продолжают совершенствоваться и использоваться с хорошими результатами. При высоком уровне диагностических методик, позволяющих максимально уточнять распространенность опухоли, ее морфологическую характеристику и биологическую агрессивность, указанные методики лечения должны находить все большее применение. В 2008 г. высокие показатели использования хирургического метода в качестве самостоятельного вида лечения отмечены при раке желудка (83,5%), прямой кишки (61,7%), меланоме кожи (78,3%), раке мочевого пузыря (47,1%). За последние 3 года врачами ГУЗ ККОД ДЗ КК внедрены новые органосохраняющие радикальные хирургические технологии.

Лучевой метод в качестве самостоятельного вида лечения преобладал при лечении злокачественных опухолей шейки матки (52,2%), полости рта и глотки (57,8%), гортани (32,2%). Лекарственную терапию в качестве самостоятельного метода применяли в основном при злокачественных новообразованиях лимфатической и кроветворной ткани (84,7%).

Важнейшим принципом современной онкологии является соблюдение стандартов как диагностики, так и лечения в учреждениях здравоохранения в зависимости от уровня объемов оказания помощи.

К сожалению, несмотря на достижения современной медицины, с учетом преимущественного преобладания среди онкологических больных людей пожилого и старческого возраста с многочисленными сопутствующими заболеваниями, доля пациентов, имеющих противопоказания к радикальному лечению, остается относительно стабильной в течение 13 лет с тенденцией к увеличению в минувший год (3,6% – в 1996 г., 4,7% – в 2008 г.). Относительно стабильным (с небольшой тенденцией к увеличению) остается и удельный вес среди них пациентов с I-II стадиями заболевания (26,6% – в 1996 г., 28,4% – в 2008 г.).

Значительной медико-социальной проблемой является отказ онкологических больных от проведения противоопухолевого лечения. В 2008 г. 507 больных со злокачественными опухо-

лями, т.е. 4,3% от числа подлежащих специальному лечению, от проведения специального противоопухолевого лечения отказались. Из них 42,2% составили больные с I-II стадией опухолевого процесса.

Таблица 5.21

Методы лечения больных злокачественными новообразованиями в 1996-2008 гг. в Краснодарском крае.

Год	Количество больных, закончивших специальное лечение		Методы лечения				
			только хирургическое	только лучевое	только лекарственное	комбинированное или комплексное (кроме химиолучевого)	химиолучевое
	абс.	на 100 впервые взятых на учет	% больных				
1996	9254	59,7	32,6	27,3	8,5	29,8	1,8
1997	10166	62,9	35,6	26,3	7,5	28,3	2,3
1998	11144	63,9	36,8	25,3	7,2	29,2	1,5
1999	11720	66,7	37,7	23,0	6,5	31,3	1,5
2000	11438	65,6	39,2	17,9	8,2	31,9	2,8
2001	11608	65,6	42,2	19,1	4,5	30,3	3,9
2002	10952	62,5	39,6	18,5	7,5	30,6	3,8
2003	9969	57,9	39,1	18,4	6,2	32,6	3,7
2004	10467	58,2	34,2	23,2	3,7	36,4	2,4
2005	10334	56,3	39,9	20,0	4,9	33,6	1,5
2006	10132	54,8	40,6	21,6	5,0	31,5	1,4
2007	10766	58,3	43,4	19,3	4,0	32,3	1,0
2008	11745	61,8	41,8	18,6	4,7	34,1	0,8

Среди пациентов, подлежащих специальному противоопухолевому лечению (больные с опухолевым процессом I-III стадии), полный его курс получили 87,1%. Крайне низким в течение ряда лет остается удельный вес больных, закончивших лечение по поводу злокачественных новообразований трахеи, бронхов, легкого – 20,5% (44,1% больных с опухолевым процессом I-III стадии). Объясняется это, прежде всего, объемом оперативного лечения по радикальной программе, сложной послеоперационной реабилитацией, что предъявляет повышенные требования к функциональным способностям организма. Высокий процент охвата специальным лечением в полном объеме, по сравнению с другими локализациями рака, отмечен в группе больных со злокачественными новообразованиями тела матки (82,9%), шейки матки (81,5%) и с меланомой кожи (85,0%).

Важным свидетельством улучшения качества онкологической помощи населению края является плановое снижение удельного веса пациентов, умерших от осложнений, связанных с проведенным лечением, с 0,4% от числа всех, получавших лечение в 1996 г., до 0,1% в 2008 г.

Состояние диагностики и лечения больных злокачественными новообразованиями нашло свое отражение в таком показателе, как удельный вес больных, состоящих пять и более лет на учете в Государственном учреждении здравоохранения «Краевой клинический онкологический диспансер» департамента здравоохранения Краснодарского края. В течение 13 лет он несколько снижался, оставаясь на уровне около 50%. Однако, на конец 2008 г. в целом по краю этот показатель составил 40,6% (для сравнения приведем данные 1996 г. – 52,2%).

Таким образом, несмотря на возросшие возможности лечения пациентов со злокачественными новообразованиями, улучшение качества онкологической помощи, реальный путь к стабилизации эпидемиологической ситуации с онкологическими заболеваниями и снижению их социальных последствий лежит в совершенствовании системы ранней диагностики рака, в том числе в условии первичного звена здравоохранения и развитии профилактического направления в онкологии.

Основными мероприятиями, которые могут способствовать улучшению онкологической помощи больным злокачественными новообразованиями, на наш взгляд, должны быть: правильная и качественная работа смотровых кабинетов, открытие их во всех без исключения амбулаторно-поликлинических учреждениях, обязательное взятие мазков для цитологического исследования при всех видах медицинских осмотров, более совершенная система повышения квалификации

врачей первичного звена по онкологии; проведение для врачей общей лечебной сети тематических семинаров по ранней диагностике и лечению злокачественных новообразований; обязательное знание региональных особенностей распространения злокачественных опухолей.

Новые возможности специальных методов лечения дадут результат только в условиях совершенствования организационных форм медицинского обслуживания и, прежде всего диспансерного метода, показавшего свою эффективность в прошлом. Усиление организационно-методической деятельности онкологических учреждений и в первую очередь онкологических диспансеров, их тесная связь с органами и учреждениями всей системы здравоохранения края являются неперенными условиями повышения качества онкологической помощи.

Таким образом, анализируя динамику показателей оказания специализированной онкологической помощи больным, необходимо отметить следующее. В онкологической службе края существует множество нерешенных практических задач. Однако, для большинства локализаций опухолей визуально обозримых локализаций достаточно правильного использования доступных и информативных методов морфологической диагностики. Исключительное значение во всей проблеме рака имеет ранее выявление с помощью профилактических осмотров и обследования в смотровых кабинетах.

Развитие онкологической службы Краснодарского края на ближайший период предопределено подпрограммой «Неотложные меры по совершенствованию специализированной онкологической помощи населению Краснодарского края», которая утверждена Законодательным Собранием края от 26 декабря 2007 г. в Законе Краснодарского края «Об утверждении краевой целевой программы «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера» на 2008-2010 гг. Этот документ был разработан по инициативе департамента здравоохранения края с привлечением ведущих онкологов Кубани.

Для организации санитарно-просветительной работы среди населения по пропаганде здорового образа жизни с привлечением средств массовой информации необходимо разработать механизмы реализации и ее правовую базу, предлагается организовать отделение профилактики и просветительской работы в Краевом онкодиспансере. Основными задачами отделения станет разработка соответствующих методических пособий, издание Кубанского онкологического журнала, подготовка и издание пропагандистского материала в сотрудничестве со средствами массовой информации. Работа отделения должна быть тесно связана с деятельностью отделений профилактики центральных районных больниц и межтерриториальных онкодиспансеров.

Эффективность работы по воспитанию здорового образа жизни существенно возросла бы при принятии краевых законов, запрещающих пропаганду табака и алкоголя. Сохранению здоровья способствуют и законодательные акты, обеспечивающие контроль качества продуктов питания, запрещение генетически измененных, трансгенных продуктов.

Как известно, наиболее результативно активное выявление опухолевых заболеваний при проведении массовых профилактических осмотров, при организации скрининговых обследований определенных контингентов населения. Однако в настоящее время сложилась ситуация, когда необходимость проведения профилактических осмотров и отсутствие ответственности и контроля за качеством их проведения привели к сокращению вдвое объемов проводимых обследований. В связи с чем, в правовом плане, прежде всего, необходимо восстановить государственную отчетность руководителей муниципальных учреждений здравоохранения за организацию и проведение различных форм профосмотров населения подведомственных территорий, проводить анализ причин запущенности и восстановить положительный опыт по оценке качества проводимой работы органами здравоохранения.

Более того, необходимо законодательно обязать руководителей фирм, учреждений и предприятий любой формы собственности активно участвовать в проведении таких мероприятий, т.е. быть юридически ответственными за здоровье членов своего трудового коллектива.

В организационном плане необходимо восстановить необходимое число смотровых кабинетов в крае и организовать отделения или кабинеты профилактики во всех поликлиниках.

Улучшению качества проводимых мероприятий по раннему выявлению и диагностике опухолевых заболеваний будет способствовать планомерная и регулярная работа по повышению онкологических знаний врачей общего профиля, по подготовке специалистов и среднего медицинского персонала первичного звена здравоохранения. Регулярное повышение квалификации врачей-онкологов и их специализация по усовершенствованным программам обучения.

Повсеместному повышению уровня и доступности консультативной помощи населению будет способствовать организация телекоммуникационной системы «Онкология», которая позволит передавать диагностическую информацию из регионарных онкоучреждений в ведущие Московские клиники (РОНЦ им. Н.Н. Блохина, РАМН, МНИОИ им. П.А. Герцена), осуществлять обработку ее специалистами и обратную передачу данных, содержащих конкретные рекомендации по ведению больного.

Обеспечение качества медицинской помощи в онкологии, как и во всем здравоохранении, требует эффективной системы контроля деятельности лечебных учреждений. В соответствии с концепцией развития здравоохранения и медицинской науки в РФ решение этой задачи достигается путем проведения государственного лицензирования отдельных видов деятельности. Это позволяет определить потенциальную готовность соискателя лицензии к выполнению заявленных видов услуг. Эти проблемы нашли понимание на Федеральном уровне: в подпрограмме «Онкология» федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007-2011 гг.)» предусматривается развитие ряда направлений в целях совершенствования онкологической помощи населению (повышение эффективности профилактических осмотров, расширение и укрепление материально-технической базы онкологической службы) (Давыдов М.И. с соавт., 2005).

Однако инициативы Федерального центра не могут и не должны подменять активности регионов в решении стоящих перед онкологической службой задач.

Первоочередными мероприятиями в целях совершенствования онкологической помощи населению края являются, на наш взгляд, следующие:

- разработка стандартов оснащенности этапов онкологической помощи (доврачебный, общий врачебный, врачебный многопрофильный, специализированный);
- разработка стандартов диагностики и лечения злокачественных новообразований, обязательных для выполнения на этапах онкологической помощи;
- организация межрегиональных специализированных (по отдельным локализациям) центров для оказания профильной онкологической помощи населению края на базе существующих диспансеров.

Увеличение продолжительности жизни человека само по себе является достойной целью, стремление к которой тем более оправдано, когда это увеличение достигается за счет прибавления лет без болезней, страданий и немощности. Поэтому при рассмотрении мероприятий, относящихся к противораковой борьбе, следует задумываться не только об ожидаемом увеличении продолжительности жизни вообще, но и об ожидаемом увеличении продолжительности здоровой жизни. Ключевым принципом противораковой борьбы должно стать признание того, что вред, причиняемый онкологическим заболеванием здоровью одного человека, подрывает здоровье общества.

Общепринято считать, что в противораковой борьбе приоритетное внимание должно уделяться вопросам профилактики рака. Однако требования жизни таковы, что необходимость обеспечения уже заболевших злокачественными опухолями адекватным лечением продолжает оставаться первоочередной задачей национальных служб здравоохранения. Решение этой задачи непосредственно связано с последовательным расширением сети, укреплением и развитием соответствующих специализированных лечебных учреждений, которые должны учитывать демографические изменения в обществе, ожидаемые сдвиги в уровне и структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями. Вместе с тем нужно отдавать себе отчет и в том, что не подлежащая обсуждению необходимость оказания адекватной лечебной помощи людям, уже заболевшим злокачественными новообразованиями, даже в случае ее предоставления всем нуждающимся, мало повлияет на улучшение общенациональных показателей состояния здоровья населения. К сожалению, возможности стойкого излечения при раке многих и часто встречающихся локализаций до сих пор весьма ограничены. Тем не менее, лечебная составляющая национальной программы противораковой борьбы в любой как развивающейся, так и промышленно развитой стране, всегда найдет более энергичную общественную поддержку, нежели профилактическая составляющая, и это не должно быть недооценено органами здравоохранения и правительствами (Напалков Н.П., 2004).