

## **Глава 3**

# **СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ОНКОЛОГИИ**

- 3.1 Основные задачи и перспективные направления развития клинической онкологии
- 3.2 Статистика злокачественных новообразований
- 3.3 Региональные особенности распространения злокачественных новообразований
- 3.4 Структура онкологической службы и ее задачи
- 3.5 Общая характеристика состояния онкологической помощи в Республике Казахстан за 2004 год
- 3.6 Использованная литература – 14 источников
- 3.7 Иллюстрационный материал – 1 рисунок

### 3.1 Основные задачи и перспективные направления развития клинической онкологии

Одним из важнейших видов специализированной медицинской помощи и сложным разделом здравоохранения является профилактика, ранняя диагностика и лечение больных со злокачественными новообразованиями, так как по своей частоте и распространенности онкологические заболевания занимают одно из первых мест в общей структуре инвалидности и смертности.

Рассматривая борьбу со злокачественными новообразованиями, как одну из важнейших задач здравоохранения и медицины, необходимо четко и ясно представлять, что это проблема – комплексная, включающая медико-биологические и социальные аспекты. Медико-биологические аспекты связаны с изучением причин возникновения злокачественных опухолей, с определением взаимосвязи уровня и динамики заболеваемости с изменяющимися экологическими факторами, и прежде всего загрязнением окружающей среды (выбросы промышленных и коммунальных отходов и в особенности выхлопных газов бурно развивающегося автотранспорта, повышение радиоактивности в зонах экологического бедствия), а также изменениями возрастной структуры населения, распространением вредных привычек (курение, злоупотребление алкоголем и ряд других).

Социальная значимость этой патологии заключается в том, что онкологические заболевания поражают в основном контингенты населения в активном трудоспособном возрасте, что не только наносит большой экономический ущерб государству, но и ставит перед здравоохранением ряд сложных организационных проблем, для решения которых необходимо наличие трех ведущих факторов:

- 1) научно-обоснованной рациональной системы организации онкологической помощи населению;
- 2) улучшение состояния материально-технической базы онкологических учреждений и поликлиник общей лечебной сети, обеспечение их квалифицированными кадрами;
- 3) разработка и широкое внедрение в практику здравоохранения современных методов профилактики ранней диагностики и лечения злокачественных новообразований.

Ныне действующая государственная система организации онкологической помощи была создана в соответствии с постановлением Совета Народных комиссаров СССР № 935 от 30.04.1945 года “О мероприятиях по улучшению онкологической помощи населению”. Этим постановлением в основу организации онкологической помощи было положено создание строго районированной сети онкологических учреждений, имеющие строго очерченные функции и задачи, направленные на профилактику, диагностику, лечение и реабилитацию онкологических больных, а также диспансерное наблюдение за ними после лечения.

Существующая система онкологической помощи построена по диспансерному принципу и она в своей деятельности тесно связана лечебно-профилактическими учреждениями общей лечебной сети, которые в силу возложенных на них обязанностей осуществляют профилактические мероприятия, активное выявление опухолевых и предопухолевых заболеваний, диспансеризацию и лечение больных с предопухолевыми и хроническими заболеваниями.

**Задачи онкологической службы** исходят из потребностей практического здравоохранения. Основными из этих задач являются:

- 1) учет онкологических больных и заболеваний;
- 2) анализ заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований;
- 3) обеспечение высококвалифицированной специализированной (стационарной и поликлинической) медицинской помощью онкологических больных;
- 4) анализ функциональной деятельности онкологических учреждений;
- 5) осуществление методического руководства по организации и проведению мероприятий по раннему выявлению злокачественных новообразований;
- 6) разработка территориальных программ противораковых мероприятий;
- 7) осуществление диспансерного наблюдения за онкологическими больными;
- 8) организация санитарно-просветительной работы по предупреждению злокачественных новообразований.

К важным и перспективным **научным направлениям** в онкологии можно отнести исследования по разработке новых и оптимизации существующих методов ранней диагностики, лечения, профилактики злокачественных новообразований, внедрению в практику новой медицинской технологии и др.

В частности перспективным научным направлением в области **диагностики** злокачественных опухолей относятся:

- усовершенствование методов ранней диагностики (скрининга и алгоритма) диагностики опухолей и их рецидивов как в общей лечебной сети, так и в онкологических учреждениях;
- широкое внедрение в практику методов УЗИ, КТ и МРТ и других в дифференциальную диагностику и уточнение стадии опухолевого процесса;
- совершенствование метода интервенционной радиологии;
- разработка и усовершенствование метода сонографии и эндоскопии для оценки распространенности опухолевой инфильтрации в полых органах и метастазов в регионарных лимфатических узлах;
- внедрение методов иммуноморфологической диагностики и молекулярно-биологического исследования злокачественных опухолей, оценки и их биологической агрессивности и чувствительности к терапевтическому воздействию.

В области **лечения** злокачественных новообразований перспективными являются следующие научно-практические направления:

- обоснование показаний к выполнению расширенных, комбинированных, симультанных операций, а также объема лимфаденэктомии при раке;
- выполнение и научный анализ результатов циторедуктивных операций при запущенных раках;
- поиск оптимальных вариантов лучевой терапии с использованием различных видов и энергий пучков ионизирующих излучений при органосохраняющих и функционально-щадящих операциях;
- разработка новых и совершенствование существующих технологий при локализованных местнораспространенных онкологических заболеваниях;
- дальнейшие разработки радиомодификаторов различных направлений действия и их сочетаний;
- разработка новых схем комбинированной химио-, гормоно- и иммунотерапии для самостоятельного, адьювантного и неадьювантного лечения.

## 3.2 Статистика злокачественных новообразований

Основная цель статистики злокачественных новообразований – обеспечение здравоохранения такой информацией и такими критериями оценки, которые позволили бы научно-обоснованное решение следующих задач:

- конкретное планирование сил и средств (потребность в койках, кадрах, средствах диагностики, лечения, реабилитации и пр.);
- сравнительная оценка состояния онкологической помощи на отдельных территориях (группах населения), или в динамике на одной территории (группе населения);
- выбор приоритетных направлений научных исследований в практической реализации определенных государственных и региональных программ;
- оценка эффективности вновь реализуемых лечебно-профилактических мероприятий;
- прогнозирование их эффективности.

Основными статистическими показателями, характеризующими распространенность злокачественных новообразований, являются показатели заболеваемости и смертности. Изучение и анализ количественных показателей заболеваемости злокачественными новообразованиями различных групп населения и смертности от них, позволяет органам управления системы здравоохранения разрабатывать и совершенствовать программы противораковой борьбы.

Ежегодно на основании основных источников информации из числа первичных документов “Извещений о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования” (форма № 090/4) и “Контрольных карт диспансерного наблюдения больных злокачественными новообразованиями” (форма № 030-6у), составляется “Отчет о заболеваниях злокачественными новообразованиями” (по форме № 7) и “Отчет о больных злокачественными новообразованиями” (по форме № 35). На основании отчета по форме № 7, определяется структура заболеваемости: рассчитываются показатели заболеваемости злокачественными новообразованиями, выявляются особенности распространенности онкологических заболеваний и удельный вес каждой отдельной локализации (в %).

На основании отчета по форме №35, выявляются контингенты больных злокачественными новообразованиями, состоящих на учете, сведения об умерших от злокачественных новообразований, сведения о больных, подлежащих специальному лечению.

На основании полученных данных рассчитываются:

1. показатели заболеваемости и смертности злокачественными новообразованиями:
  - *интенсивный показатель* – впервые выявленные больные злокачественными новообразованиями (в абсолютных цифрах) и среднегодовая численность населения территории (расчитывается на 1000, 10000, 100000 населения), этот показатель характеризует фактическую частоту заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований. Величина его зависит от возрастного состава населения: чем старше возраст жителей данного региона, тем выше заболеваемость и смертность, чем моложе население, тем этот показатель ниже. Как отмечает А.А.Шайн (2000 г.), что в районах крупных промышленных новостроек, числен-

ность населения которых быстро увеличивается преимущественно за счет притока людей молодого возраста, уровень заболеваемости злокачественными новообразованиями и смертность от них ниже, чем на территориях со стабильным населением. Это имеет место в западных областях Республики Казахстан (Атырауской, Мангистауской, Актюбинской, Кызылординской), где в последние годы бурно развивается промышленность по добыче нефти и газа.

Зависимость интенсивного показателя заболеваемости и смертности от возрастного состава населения не позволяет использовать его для сравнения частоты злокачественных новообразований на различных территориях и для суждения о влиянии факторов внешней среды на заболеваемость злокачественными новообразованиями.

Сравнение заболеваемости и смертности в различных регионах осуществляют с помощью стандартизированных показателей, которые дают возможность исключить влияние различий в возрастном составе населения (А.М. Мерков, Л.М. Поляков, 1974 г.).

- *стандартизированные показатели* рассчитываются для выравнивания влияния различий возрастной структуры на заболеваемость и смертность. Их вычисляют с помощью прямого, обратного или косвенного методов стандартизации. В зависимости от задач исследования используют различные стандарты распределения населения: стандарт Segi, мировой, европейский, республиканский или среднеобластные стандарты. Сравнить между собой можно только вычисленные одинаковым способом стандартизированные показатели.

Для сравнения уровня заболеваемости и смертности в разных странах используют *мировой* стандарт, стандарт Segi, в районах нашей страны – *среднеобластной*.

Особенности распространенности онкологических заболеваний выявляются путем сравнительного изучения влияния соответствующих показателей их частоты и структуры на заболеваемость и смертность. Распространенность онкологических заболеваний как показатель, позволяет оценить, какая доля населения в определенный период времени имеет данную патологию.

### **3.3 Региональные особенности распространения злокачественных новообразований**

Изучением закономерности распространения злокачественных новообразований в различных географических регионах занимается **онкоэпидемиология**. Природные условия среды обитания, генетические особенности этнических групп, населяющих определенную географическую зону, традиционные привычки питания – это далеко не весь перечень факторов, воздействующих на население и определяющих возрастные закономерности и структурные соотношения различных форм злокачественных новообразований. Многие факторы риска возникновения и развития новообразования обусловлены региональными особенностями условий жизни населения, стилем и правилами поведения людей, связанными с их религиозными убеждениями. Например, эпидемиологами замечено, что у людей, проживающих в жарких климатических условиях, чаще наблюдаются системные заболевания, обусловленные иницирующим влиянием вирусов и микроорганизмов (лейкоз, злокачественные лимфомы, рак носоглотки, рак печени, рак мочевого пузыря, а у людей отказавшихся от табакокурения и алкоголя по религиозным соображениям, отмечается низкий

уровень заболеваемости злокачественными опухолями губы, полости рта, гортани, легких, пищевода и желудка).

**Уровень заболеваемости.** По данным ВОЗ (2002 г.) ежегодно в мире регистрируется 10 млн. новых случаев злокачественных новообразований и более 6,2 млн. смертей от них. Уровень заболеваемости злокачественными новообразованиями среди населения всех стран и народов на пяти континентах мира неодинаков. Уровень заболевания в промышленно развитых странах значительно выше, чем в развивающихся. Это обусловлено существенными различиями в условиях жизни людей и более пожилым возрастным составом населения.

Стандартизированные показатели заболеваемости (мировой стандарт) во всем мире в 2002 году составили у мужчин  $201,9\text{‰}$ , у женщин  $157,8\text{‰}$ . В различных странах мира показатели заболеваемости у мужчин варьировались от  $95\text{‰}$ – $100\text{‰}$  (Мали, Индия, Индонезия), до  $300\text{‰}$ – $405\text{‰}$  (Канада, США, Германия, Венгрия, Чехия, Австралия), а у женщин от  $90\text{‰}$ – $120\text{‰}$  (Египет, Китай, Вьетнам, Турция), до  $250\text{‰}$ – $300\text{‰}$  (Дания, Нидерланды, Швеция, Новая Зеландия, Израиль).

В некоторых странах СНГ в 2003 году заболеваемость злокачественными опухолями на 100 000 населения составляла: в России – 315, Белоруссии – 351,9, Армении – 210,5, Республике Казахстан – 194,1, Молдове – 176,1, Грузии – 120,9, а смертность в России – 189,8, Белоруссии – 187,7, Армении – 135,6.

Среди мужского населения наиболее высокий уровень заболеваемости в промышленно развитых странах регистрируется: рак легкого, желудка, кожи, предстательной железы, толстой кишки. Среди женского: рак молочной железы, кожи, желудка, тела матки.

В структуре злокачественных новообразований в 2003 году первые три места у мужчин занимают в России и Белоруссии рак легкого, желудка, предстательной железы, Узбекистане – гемабластомы, желудка, легкого, Киргизии – легкого, желудка, печени, в Республике Казахстан – легкого, желудка, кожи. А у женщин во всех указанных республиках первое место занимает рак молочной железы, второе место в России, Белоруссии, Республике Казахстан – рак желудка, в Узбекистане и Киргизии – рак шейки матки, третье место в России – рак ободочной кишки, Белоруссии – рак тела матки, Республике Казахстан – рак шейки матки, Узбекистане – рак тела матки, Киргизии – рак желудка (М.И. Давыдов, Е.М. Аксель, 2005 г.).

В Республике Казахстан в 2003 году взято на учет 28 834 больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования, что составляет  $194,1\text{‰}$ , тогда как в 1970 году интенсивный показатель равнялся  $154,7\text{‰}$ . Повышение показателей заболеваемости связано не сколько с постарением населения, сколько с истинным ростом заболеваемости злокачественными новообразованиями. Рост заболеваемости лиц мужского пола происходит более существенно, чем женского. Заболеваемость отдельными формами злокачественных новообразований были разнородными. Начиная с 1970 года непрерывно растет заболеваемость раком легкого, молочной железы, прямой кишки, опухолями лимфатической и кроветворной ткани, в то же время отмечается значительное снижение заболеваемости раком пищевода, желудка, шейки матки.

**Динамика заболеваемости злокачественными новообразованиями населения Республики Казахстан по основным локализациям за 1970-2003 гг. (на 100 000 жителей)**

Локализация злокачественных новообразований	Число с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования				
	1970	1980	1990	2000	2003
заболеваемость по Республике	154,7	163,7	188,5	191,4	194,1
легкое	15,2	21,7	32,5	27,3	27,0
молочная железа	6,2	9,5	12,9	17,6	18,5
пищевод	25,7	20,3	15,0	11,2	10,3
желудок	32,8	26,7	24,2	20,9	19,6
злокачественные опухоли кожи	15,3	8,1	19,8	19,3	20,6
прямая кишка	2,7	4,6	6,1	7,0	8,0
шейка матки	12,4	9,1	6,9	6,8	8,0
опухоли кровеносной и лимфатической ткани	4,7	4,9	5,3	8,1	7,9

Злокачественные новообразования на территории Республики Казахстан распространены неравномерно. На протяжении последних 10 лет, наибольшие показатели (223,9-292,0<sup>0/0000</sup>) заболеваемости злокачественными новообразованиями регистрируются в Восточно-Казахстанской, Павлодарской, Северо-Казахстанской, Костанайской, Акмолинской и Карагандинской областях и в г. Алматы. Приоритетными формами злокачественных новообразований в этих областях являются рак легкого, желудка, молочной железы и кожи. Стабильно низкий уровень заболеваемости (100-136<sup>0/0000</sup>) отмечается в Южно-Казахстанской, Жамбылской, Мангистауской и Атырауской областях. В этих областях наибольший уровень заболеваемости отмечается раком желудка, пищевода, молочной железы и кожи.

В Республике Казахстан наиболее распространенной формой среди злокачественных новообразований является рак легкого, который в структуре онкологии с 1985 года занимает первое место. В период с 1970-2003 года заболеваемость выросла с 15,2<sup>0/0000</sup> до 27,0<sup>0/0000</sup>, т.е. почти в 1,8 раза. Наибольший уровень заболеваемости и постоянный рост его наблюдается в областях, где бурно развивается металлургическая и угольная промышленности, меньший в областях с преобладанием сельскохозяйственной отрасли. В 2003 году самые высокие показатели заболеваемости отмечались в Восточно-Казахстанской (44,3<sup>0/0000</sup>), Павлодарской (42,5<sup>0/0000</sup>), Акмолинской (40,4<sup>0/0000</sup>), Карагандинской (33,4<sup>0/0000</sup>) областях, минимальные – в Южно-Казахстанской (12,0<sup>0/0000</sup>), Жамбылской (14,5<sup>0/0000</sup>), Алматинской и Мангистауской (15,9<sup>0/0000</sup>) областях.

Злокачественные новообразования кожи в структуре онкопатологии до 1990 года занимали третье место, а в последние годы переместился на второе место, составляя в 2003 году 20,6<sup>0/0000</sup>. Максимальный уровень заболеваемости наблюдается в г. Алматы (40,0<sup>0/0000</sup>), Восточно-Казахстанской (46,6<sup>0/0000</sup>), Карагандинской (28,0<sup>0/0000</sup>), Павлодарской (24,1<sup>0/0000</sup>), минимальный – в Мангистауской (4,8<sup>0/0000</sup>), Кызылординской (6,6<sup>0/0000</sup>), Атырауской (6,7<sup>0/0000</sup>).

Если заболеваемость раком желудка в 1970 году равнялась 32,8<sup>0/0000</sup>, то она к 2003 году снизилась до 19,6<sup>0/0000</sup> и занимает третье место в структуре онкопатологии. В Павлодарской, Костанайской, Восточно-Казахстанской, Карагандинской, Северо-Казахстан-

ской, Кызылординской областях заболеваемость раком желудка в 2003 году составляла от 21,6<sup>0</sup>/<sub>0000</sub> до 28,0<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>. Самый низкий показатель в Алматинской, Актюбинской, Южно-Казахстанской и Жамбылской областях, колеблясь от 13,0<sup>0</sup>/<sub>0000</sub> до 14,6<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>.

Рак молочной железы, занимавший в 1970 году пятое место, в 2003 году переместился на четвертое место, составляя соответственно 6,4<sup>0</sup>/<sub>0000</sub> и 18,5<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>, т.е. вырос почти в три раза. В республике Казахстан наивысший показатель частоты рака молочной железы на 100 000 населения зарегистрирован в г. Алматы (31,6<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>), Павлодарской (27,1<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>), Карагандинской (26,4<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>) областях и в г. Астане (24,9<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>), а самый низкий – в Южно-Казахстанской (7,0<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>), Атырауской (9,1<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>), Кызылординской (10,1<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>) областях.

Рак пищевода в течение длительного времени занимал второе место, уступая раку желудка. Если заболеваемость в 1970 году составляла 25,7<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>, то к 2003 году она снизилась до 10,3<sup>0</sup>/<sub>0000</sub> и занимает в структуре онкозаболеваемости пятое место. Высокий уровень заболеваемости отмечается в Кызылординской (31,5<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>), Атырауской (20,2<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>), Западно-Казахстанской (18,0<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>) областях, низкий – в Костанайской (5,7<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>), Северо-Казахстанской (6,6<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>), Алматинской (7,3<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>), Павлодарской (7,2<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>) областях и в г. Алматы (5,9<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>).

На протяжении последних 33 лет (1970-2003 гг.) показатели заболеваемости раком прямой кишки выросли почти в три раза (с 2,7<sup>0</sup>/<sub>0000</sub> до 8,0<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>) и в таблице о рангах онкопатологии занимает 6 место. В 2003 году максимальный уровень заболеваемости зарегистрирован в г. Алматы (14,3<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>), Павлодарской (12,7<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>), Восточно-Казахстанской и Костанайской (по 12,3<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>), Северо-Казахстанской (12,2<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>) областях, а минимальный – в Актюбинской (3,1<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>), Жамбылской (3,3<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>), Атырауской (3,8<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>), Южно-Казахстанской (4,3<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>), Кызылординской (4,8<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>) областях.

Рак шейки матки до 1995 года имел тенденции к снижению (с 12,4<sup>0</sup>/<sub>0000</sub> до 6,8<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>), а в последние годы наблюдается снова склонность к росту, составляя в 2003 году 8,0<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>, и занимает седьмое место в ранге онкопатологии. Высокие показатели заболеваемости в 2003 году зарегистрированы в г. Алматы (12,6<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>), Атырауской (12,9<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>), Костанайской (10,5<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>), Северо-Казахстанской (9,2<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>) областях, низкие – Жамбылской (4,7<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>), Южно-Казахстанской (5,4<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>), Кызылординской (5,5<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>) областях.

За 1970-2003 годы заболеваемость злокачественными новообразованиями лимфатической и кроветворной тканей выросла с 4,7<sup>0</sup>/<sub>0000</sub> до 7,9<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>. В 2003 году заболеваемость выше среднереспубликанского показателя наблюдалась в Северо-Казахстанской (11,9<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>), Костанайской (11,5<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>), Карагандинской (10,7<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>), Западно-Казахстанской (10,6<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>), Восточно-Казахстанской (10,2<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>) областях в гг. Алматы (10,6<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>) и Астана (9,8<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>), ниже – в Южно-Казахстанской (4,0<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>), Жамбылской (4,2<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>), Кызылординской (4,8<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>), Алматинской (5,1<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>), Мангистауской (5,4<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>) областях.

Таким образом, обзор заболеваемости злокачественными новообразованиями позволяет констатировать, что онкологические заболевания как в дальнем и ближнем зарубежье, так и на территории Республики Казахстан распространены неравномерно. Существуют значительные различия в уровне общей заболеваемости и отдельными формами злокачественными новообразованиями в различных странах, областях, причем различия между максимальными и минимальными показателями исчисляются десятками раз.



**Смертность.** В 2000 году смертность от злокачественных новообразований в мире составила  $222,7\text{‰}$ . Высокий уровень (от  $316\text{‰}$  до  $349\text{‰}$ ) зарегистрирован в Чехии, Словении, Польше, Франции, Уругвае, низкий (от  $136,7\text{‰}$  до  $144,0\text{‰}$ ) – в Индии, Индонезии, Мали, Египте. В дальнем зарубежье первые три места занимают рак легкого, желудка и печени.

В ближнем зарубежье смертность от злокачественных новообразований в 2003 году в России равнялась  $199,3\text{‰}$ , Белоруссии  $133,5\text{‰}$ , Республике Казахстан  $124,9\text{‰}$ . В структуре смертности первое место в трех республиках занимает рак легкого, второе – рак желудка, а третье место в России – рак ободочной кишки, Белоруссии – гемабласты, Республике Казахстан – рак пищевода. Прослеживается прямая зависимость уровня смертности от возраста. Среди лиц от 50 до 54 лет смертность от злокачественных опухолей составляет  $190\text{--}345\text{‰}$ , от 60 до 64 лет –  $362\text{--}881\text{‰}$ , 70-74 года –  $806\text{--}1463\text{‰}$ .

Следует отметить, что в Республике Казахстан наибольший уровень смертности в 2003 году наблюдается в Восточно-Казахстанской ( $184,5\text{‰}$ ), Северо-Казахстанской ( $165,5\text{‰}$ ), Павлодарской ( $164,7\text{‰}$ ), Карагандинской ( $164,0\text{‰}$ ) областях. Ниже республиканского показателя зарегистрированы в Алматинской ( $81,9\text{‰}$ ), Актюбинской ( $97,7\text{‰}$ ), Атырауской ( $91,8\text{‰}$ ), Жамбылской ( $88,6\text{‰}$ ), Мангистауской ( $98,1\text{‰}$ ) областях.

При отдельных локализациях злокачественных новообразований Восточно-Казахстанская область лидирует среди областей по смертности от рака легкого ( $39,0\text{‰}$ ) и рака желудка ( $25,0\text{‰}$ ), Кызылординская область – от рака пищевода ( $22,6\text{‰}$ ), г. Алматы – от рака молочной железы ( $14,1\text{‰}$ ), Карагандинская область – от рака шейки матки ( $6,9\text{‰}$ ) и ободочной кишки ( $9,3\text{‰}$ ).

### 3.4 Структура онкологической службы

Основными структурными подразделениями онкологической сети является **онкологический диспансер**. Различают онкологические диспансеры: республиканский, краевой, областной, городской и межрайонный, которые находятся в ведении соответствующего министерства здравоохранения республики, краевого, областного и городского департамента здравоохранения. Онкологический диспансер является специализированным лечебным учреждением, организующим и осуществляющим онкологическую помощь населению на территории, определенной вышестоящими органами управления здравоохранения. Структура его определяется в соответствии с уровнем заболеваемости населения злокачественными опухолями и структурой онкологической патологии.

В структуре онкологического диспансера должны быть предусмотрены:

- 1) стационар, где функционируют хирургическое, гинекологическое, радиологическое, в случае необходимости узкопрофильные отделения (опухоли головы и шеи, урологическое, химиотерапевтическое и др.), а также операционный блок с койками послеоперационной интенсивной терапии;
- 2) поликлиника с отделением диспансеризации онкологических больных, где должны быть:
  - кабинеты онкохирурга, онкогинеколога, радиолога, химиотерапевта и других узких специалистов;
  - кабинеты эндоскопии;
  - кабинеты рентгенодиагностики;

- кабинеты для проведения противоболевой и амбулаторной химиотерапии;
- 3) клиничко-биохимическая, иммунологическая лаборатории;
- 4) централизованные цитологические и патоморфологические лаборатории;
- 5) организационно-методический кабинет.

Основными направлениями работы онкологического диспансера являются оказание высококвалифицированной специализированной лечебно-консультативной помощи больным в стационарных и амбулаторных условиях и своевременное направление онкологических больных (при недостаточности материальной базы) в научно-исследовательский институт онкологии и радиологии.

**Основными задачами онкологического диспансера являются:**

1. Обеспечение в полном объеме специализированной стационарной и поликлинической лечебно-консультативной помощи онкологическим больным на прикрепленной территории, которые включают:

- дообследование больных, направленных с подозрением на злокачественное новообразование учреждениями общей лечебной сети. Объем обследования заключается в проведении диагностических мероприятий, обеспечивающих уточнение диагноза, определение распространенности процесса и выработки плана лечения;

- оказание в полном объеме квалифицированной лечебной помощи больным злокачественными новообразованиями с использованием современных медицинских технологий, которое является одной из важнейших задач диспансера. Стандартными требованиями к лечебным мероприятиям являются: обеспечение оптимального воздействия на опухоль и ее метастатические очаги с максимальным щажением функции организма или органа; снижение показателей интра- и постоперационных осложнений, операционной и больничной летальности; увеличение 5-летней выживаемости до уровня ведущих клиник;

- проведение диспансерного наблюдения, восстановительного лечения больным после радикального лечения и с постлучевыми, лекарственными осложнениями.

2. Организационно-методическое руководство лечебно-профилактическими учреждениями соответствующей территории по вопросам ранней диагностики злокачественных опухолей и предраковых заболеваний и координация противораковых мероприятий, которые включают:

- анализ состояния онкологической помощи населению, эффективности профилактических мероприятий, диагностики, лечения и диспансерного наблюдения за онкологическими больными;

- систематический анализ показателей заболеваемости и смертности от злокачественных опухолей, составление статистических отчетов по утвержденным формам и представление их вышестоящему органу здравоохранения в установленные сроки;

- ведение территориального ракового регистра;

- разработка годового перспективного плана развития онкологической помощи населению и проведения противораковых мероприятий;

- организация и разработка проектов директивных документов органов управления здравоохранения, и территориальных стандартов объема медицинской помощи онкологическим больным, базовых программ обязательного медицинского страхования в части онкологии;

- изучение и внедрение в практику новых или усовершенствованных методов профилактики, диагностики и лечения онкологических больных, а также передовых форм организации онкологической службы, в том числе и зарубежных;

- организация и проведение симпозиумов, конференций, семинаров, выставок и т.д. по проблемам, входящим в компетенцию диспансера.

3. Внедрение в практику онкологических и других лечебно-профилактических учреждений новых медицинских технологий оказания медицинской помощи больным с онкологическими и предопухолевыми заболеваниями.

4. Экспертные функции, включающие в себя:

- анализ эффективности и качества лечебно-диагностической помощи онкологическим больным в специализированных и неспециализированных лечебно-профилактических учреждениях;

- изучения и анализ причин случаев поздней диагностики злокачественных опухолей, качества составляемых протоколов на случай выявления у больных запущенной формы злокачественной опухоли;

- анализ обоснованности диагноза злокачественной опухоли, указываемого в справках о смерти, выдаваемых медицинскими работниками.

5. Организация и проведение санитарно-просветительной работы среди населения по соблюдению здорового образа жизни. Профилактики онкологических заболеваний, которые включают в себя:

- усовершенствование врачей и средних медицинских работников онкологических учреждений на рабочих местах в диспансере, организация повышения квалификации врачей специалистов на циклах усовершенствования и специализации в институтах, через клиническую ординатуру и аспирантуру;

- повышение квалификации врачей основных клинических специальностей и средних медицинских работников лечебно-профилактических учреждений общей лечебной сети по вопросам профилактики и раннего выявления онкологической патологии с использованием различных форм обучения (краткосрочные семинары, курсы и т.д.);

- обеспечение прохождения врачами и средними медицинскими работниками онкологических учреждений аттестации на получение квалификационной категории в сроки, установленные действующими положениями;

- обеспечение получения сертификата специалиста врачами онкологами в установленном порядке.

6. Онкологический диспансер может являться клинической (учебной) базой научных и соответствующих кафедр образовательных учреждений и выполнять функции подготовки и повышения квалификации врачей-онкологов районного звена, врачей основных клинических специальностей и средних медицинских работников, а также базой производственной практики студентов, врачей-интернов медицинских вузов и учащихся медицинских училищ.

7. Главный врач онкологического диспансера, как правило, является внештатным главным онкологом края, области, города и отвечает за организацию онкологической помощи.

**Первичное звено онкологической помощи**, к которому относятся в сельской местности фельдшерско-акушерский пункт (ФАП) и семейная врачебная амбулатория (СВА), а в центральный районной и городских поликлиниках – смотровой кабинет и онкологические кабинеты или онкологические отделения.

ФАП и смотровой кабинет – первичные доврачебные подразделения в составе центральной районной (городской) консультативно-диагностической поликлиники, функции и обязанности их одинаковые. Это проведение профилактических мероприя-

тий (осмотр и обследование каждого пациента, обратившихся за медицинской помощью для раннего выявления злокачественных новообразований).

СВА является учреждением первого врачебного контакта пациента при обращении за медицинской помощью. Врач осуществляет осмотр и физикальное обследование визуально доступных органов, лабораторные и рентгенологические исследования, пункцию поверхностно расположенных опухолевидных образований с целью получения материала для цитологических исследований.

При обнаружении опухоли, опухолевидного образования, возникновении подозрения на злокачественную опухоль больного из ФАП, смотровых кабинетов, СВА направляют на консультацию к районному онкологу.

### **Онкологические кабинеты и онкологические отделения**

Первичным звеном в структуре онкологической службы является онкологический кабинет или онкологическое отделение. Они организуются в составе поликлиник (поликлинических отделений) городских и центральных районных больниц в соответствии с действующими штатными нормативами. Врач онкологического кабинета (отделения) подчиняется главному врачу поликлиники, а в организационно-методическом отношении – главному врачу онкологического диспансера и отвечает за состояние онкологической помощи населению прикрепленного района. На должность врача онкологического кабинета назначается врач, имеющий специальную онкологическую подготовку и имеющий сертификат. При наличии в районе нескольких онкологических кабинетов на одного из врачей возлагается функции районного онколога. Врач онкологического кабинета (отделения) должен владеть методами экстренной помощи при осложнениях опухолевого заболевания и методами организации онкологической службы районного звена, клинического обследования для диагностики злокачественных опухолей.

**Основной задачей онкологического кабинета (отделения)** является организация противораковых мероприятий, проводимых общей лечебной сетью, проведение учета и диспансерного наблюдения и реабилитации онкологических больных, оказание медицинской помощи больным злокачественными опухолями по рекомендации онкологических учреждений.

В соответствии с этим врач онкологического кабинета (отделения) поликлиники проводит:

- первичный и консультативный приемы больных, обращающихся по поводу злокачественных и доброкачественных опухолей, а также предопухолевых заболеваний;
- организует госпитализацию больных, страдающих злокачественными опухолями, для проведения специального, паллиативного и симптоматического лечения, анализ причин отказа в госпитализации;
- осуществляет учет всех больных, страдающих злокачественными опухолями, проживающих на территории деятельности кабинета (отделения) и следит за направлением извещений (форма № 90/У) о них в онкологический диспансер;
- осуществляет диспансеризацию больных злокачественными опухолями и обязательными формами предраковых заболеваний;
- в контрольных картах (форма № 030-6/У) отмечает сроки осмотров, пребывание на стационарном лечении, сведения о проведенном лечении;
- анализ и разбор диагностических ошибок с врачами амбулаторно-поликлинических учреждений, приведших к запущенности (форма № 027-2/У) один раз в месяц;

- осуществляет патронаж на дому всех нуждающихся в нем больных, за исключением больных IV клинической группы, которых посещают и проводят симптоматическое лечение участковые врачи и медицинские сестры, а районный онколог оказывает им консультативную помощь;

- осуществляет амбулаторную химио- и гормонотерапию по рекомендации вышестоящих онкологических учреждений;

- оказание экстренной помощи при осложнениях онкологического заболевания, в лечении выраженного болевого синдрома;

- ежемесячно посещает ЗАГС и берут список умерших больных на территории деятельности кабинета (отделения);

- организует и осуществляет методическую помощь по организации профилактических осмотров, диспансеризации больных с предраковыми заболеваниями поликлиники силами медицинских работников поликлиники;

- проводит санитарно-просветительную противораковую пропаганду среди населения района путем проведения бесед, выступлением по радио, выпуском стенгазет и т.д.;

- ежемесячно, ежеквартально, за полугодие и в конце года онкодиспансеру дает отчет о проделанной работе.

### **Смотровые кабинеты**

Смотровой кабинет является структурным подразделением городской, центральной районной поликлиники или поликлинических подразделений соответствующих больниц. В нем работает средний медицинский работник, чаще акушерка, прошедшая специальную подготовку по диагностике злокачественных опухолей и предопухолевых заболеваний визуально-доступной локализаций. Кабинет работает в 2 смены.

**Основными задачами работы смотрового кабинета являются:**

- проведение профилактических осмотров населения, преимущественно женщин, на соответствующей территории с целью выявления злокачественных новообразований и предопухолевых заболеваний женских половых органов, молочной железы, кожных покровов, губы и полости рта, щитовидной железы и прямой кишки, а с 1999 года предусмотрено проведение профилактических осмотров не только женщин, но и мужчин. В зависимости от численности обслуживаемого населения, в соответствии с нормативами, смотровые кабинеты должны функционировать как самостоятельно мужские или женские кабинеты, либо по смешанному типу (осмотр обоего пола);

- учет прошедших осмотр путем записи в книге лиц, подлежащих целевым медицинским осмотрам (учетная форма 048/У);

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

- проведение санитарно-просветительной и разъяснительной работы среди женщин старше 30 лет, посещающих поликлинику.

**В смотровом кабинете:**

- осматривают кожу, нижнюю губу, наружные половые органы, молочную и щитовидную железу;

- выполняют бимануальное влагалищное исследование, а у женщин старше 30 лет дополнительно пальцевое исследование прямой кишки;

- осматривают шейку матки в зеркалах, берут у всех мазки из шейки матки, а у рожавшей женщин из цервикального канала, делают отпечатки на предметном стекле и микропрепарат отправляют в цитологическую лабораторию; если имеются длитель-

но не заживающие язвы или эрозии на коже, слизистой оболочке губы и ротовой полости, молочной железе, кровянистые выделения из соска также делают отпечатки на предметном стекле для последующего цитологического исследования;

- фамилии осмотренных в смотровом кабинете заносят в специальный журнал, а во вкладыше к амбулаторной карте делают отметку о проведенном осмотре;

- женщин, у которых при осмотре обнаружено или заподозрено заболевание женских половых органов, акушерка направляет на консультацию к гинекологу, лиц с патологией других органов и тканей – к онкологу или к хирургу.

### **3.5 Общая характеристика состояния онкологической помощи в Республике Казахстан за 2004 год**

По данным Ж.А.Арзыкулова с соавт. (2005), онкологическая служба Республики Казахстан в 2004 году была представлена Казахским НИИ онкологии и радиологии, 17 онкологическими диспансерами (13 областных, 2 региональных, 2 городских), 2 онкологическими отделениями и 247 онкологическими кабинетами. Число развернутых онкологических и радиологических коек составило 3260, из них 79,9% развернуто в онкологических диспансерах. Обеспеченность специализированными койками на 10000 населения составила 2,2 (норматив 3,0).

В отчетном году в РК работали 363 онколога и 111 радиологов. Оснащенность онкологических организации современным оборудованием и аппаратурой еще недостаточна.

В РК онкологическими организациями за 2004 год взято на учет 28583 человека ( $194,2\text{‰}_{0000}$ ), впервые заболевших злокачественными опухолями, а смертность составила  $120,5\text{‰}_{0000}$ .

В структуре заболеваемости на первом месте находится рак легкого ( $26,0\text{‰}_{0000}$ ), на втором – рак молочной железы ( $20,3\text{‰}_{0000}$ ), третьем – рак желудка ( $20,0\text{‰}_{0000}$ ), четвертом – рак кожи ( $19,9\text{‰}_{0000}$ ), а в структуре смертности – соответственно рак легкого ( $20,8\text{‰}_{0000}$ ), рак желудка ( $15,8\text{‰}_{0000}$ ), молочной железы ( $8,8\text{‰}_{0000}$ ), пищевода ( $8,4\text{‰}_{0000}$ ).

В 2004 году удельный вес выявления злокачественных новообразований при профилактических осмотрах составил 15,6%, в структуре которой первые три места занимает рак молочной железы, кожи и легкого.

Доля лиц с I-II стадией злокачественных новообразований среди больных впервые в жизни установленным диагнозом составила 38,2%, из них высокую долю занимают рак губы, кожи, шейки матки, наименьший процент составили рак желудка, легких, пищевода, ободочной кишки.

Удельный вес IV стадии злокачественных новообразований составила 17,7%, высокая доля запущенности выявлена при раке внутренних локализаций, желудка – 30,8%, ободочной кишки – 24,6%, легких – 20,5%, яичника – 22,7%.

В связи с этим смертность на 1-ом году жизни с момента установления диагноза злокачественного новообразования составила 28,9%, что превышал долю больных с IV стадией в 1,6 раза.

В 2004 году из 28583 первично выявленных больных только 16178 (56,6%) закончили специальное опухолевое лечение, среди них удельный вес хирургического метода составил 28,9%, комбинированный и комплексный – 27,2%, 43,9% больных подверглись консервативным методам лечения.

Вышеперечисленные качественные показатели онкологической службы Республики Казахстан свидетельствуют, что несмотря на прогрессивные усилия, уровень оказания медицинской помощи онкологическим больным все еще не соответствует современным требованиям.

Недостаточное финансирование онкологической службы не позволяет, с одной стороны, в необходимом объеме обеспечить онкологические учреждения химиотерапевтическими и радиофармацевтическими препаратами, современными аппаратами для лучевой диагностики и терапии, радиоактивными источниками для аппаратов лучевой терапии, что способствует отсроченности внедрения новых медицинских технологий и значительно снижает эффективность лечения больных злокачественными опухолями.

С другой стороны, нет четкого взаимодействия онкологических диспансеров, кабинетов с общей лечебной сетью лечебно-профилактических учреждений в проведении мероприятий по профилактике, диагностике, лечению предопухолевых и опухолевых заболеваний. Диспансеризация больных с хроническими и предопухолевыми заболеваниями осуществляется в крайне низком уровне, поэтому лишь 10-15% больных со злокачественными опухолями выявляются при профилактических осмотрах.

В-третьих, в клинической онкологии остро стоит вопрос о ранней диагностике, успех которой зависит от квалифицированной работы не только онкологов, но и врачей общей лечебной сети. Именно от них зависит активное выявление и своевременное направление больных в онкологическое учреждение.

Одним из действенных путей повышения онкологических знаний является совершенствование медицинского образования: оптимизация обучения студентов, врачей-интернов медицинских вузов и постоянное повышение уровня теоретической подготовки и онкологических знаний врачей общей лечебной сети и врачей узких специальностей (стоматологов, дерматологов, эндокринологов, урологов и др.), воспитание у них онкологической настороженности и принцип строгой последовательности и методичность обследования больного.

Для оказания квалифицированной онкологической помощи населению онкологическая служба должна располагать сетью онкологических учреждений с соответствующим материально-техническим обеспечением, подготовленными кадрами, четкого взаимодействия с лечебно-профилактическими учреждениями общей лечебной сети.

Для борьбы со злокачественными опухолями в Республике Казахстан с 1960 года функционирует Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии, во всех областях имеются онкологические диспансеры, в двух медицинских университетах, 5 академиях и в Алматинском институте усовершенствования врачей работают кафедры и курсы онкологии. Для освещения научных достижений, обобщения кооперативных исследований, наблюдений, дискуссии с 2002 года издается журнал “Онкология, рентгенология и радиология Казахстана”, функционирует республиканское научно-медицинское общество онкологов, рентгенологов и радиологов, кроме того, специалисты в области клинической онкологии могут найти много полезной информации в российских медицинских журналах: “Вопросы онкологии”, “Российский онкологический журнал”, “Детская онкология”, “Практическая онкология”, “Клиническая онкология”.

В последние годы ознаменовались развитием компьютерных технологий, интернета, появились сайты, онкосерверы, которые являются новейшими формами научно-практического общения со специалистами ближнего и дальнего зарубежья.

### 3.6 Использованная литература

1. Абдрахимов Б.Е. Злокачественные новообразования и медико-социальные аспекты противораковой борьбы в Республике Казахстан. Алматы, 1996, 224 с.
2. Аксель Е.М. Показатели состояния онкологической помощи населению России и странах СНГ в 2003 г. В сб.: «Злокачественные новообразования в России и странах СНГ в 2003 г.» под ред. М.М.Давыдова, Е.М.Аксель, ГУРОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН. М., Медицинское информационное агентство, 2005, с. 97-210.
3. Арзыкулов Ж.А. Онкологическая помощь населению республики Казахстан. Современная ситуация и перспективы. Материалы IV съезда онкологов, рентгенологов и радиологов РК (13-14 сентября 2001 г.). Алматы, 2001, с. 4-6.
4. Арзыкулов Ж.А., Сейтказина Г.Ж., Махатаева А.Ж., Игисинов С.И. Состояние онкологической помощи населению РК в 2004 году. В сб.: Показатели онкологической службы РК за 2004 год (статистические материалы), Алматы, 2005, 66 с.
5. Ганцев Ш.Х. Современные проблемы онкологии. В кн.: «Онкология», М., 2004, с. 18-38.
6. Двойрин В.Н., Сагайдак В.Н. Статистика злокачественных опухолей. В кн.: Справочник по онкологии, Москва «Каппа», 1996, с. 42-48.
7. Мерков А.М., Поляков Л.М. Санитарная статистика. Ленинград, 1974, 384 с.
8. Мишура В.И., Шабашова Н.Я., Бармина Н.М. Онкологический диспансер. М., Медицина, 1982. 190 с.
9. Организация онкологической помощи. Материалы I съезда онкологов СНГ. 3-6 декабря 1996. Часть I. М., 1996, с. 7-26.
10. Сборник официальных указаний по организации онкологической помощи. М., «Медицина», 1985. 208 с.
11. Трапезников Н.Н., Шайн А.А. Организация онкологической помощи. В уч.: Онкология, М., Медицина, 1992. с. 72-85.
12. Чиссов В.И., Сидоренко Ю.С., Старинский В.В. и др. Проблемы организации онкологической помощи на современном этапе.// Вопросы онкологии. 1995, № 2, с. 11-18.
13. Шабашова Н.Я., Дьяченко О.Т., Мерабишвили В.М. Организация противораковой борьбы в СССР. В рук.: «Общая онкология» под ред. Н.П.Напалкова, Л., «Медицина», 1989, с. 269-280.
14. Ferley J., Bray F., Pisani P. and Parkin M. – Cancer Incidence, Mortality and Pzevalence Worldwide. GLOBOCAN, 2000 IARC Press. Lyon, 2001.



### 3.7 Иллюстрационный материал

Картограмма распространности злокачественных новообразований в Республике Казахстан (2000–2003 годы, обычные показатели на 100000 населения)

