

ВЕСТНИК



Хабаровского Онкологического Общества

Интернет: <http://www.kkco.khv.ru/>

№3
(003)

ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЮЛЛЕТЕНЬ ХАБАРОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА

2011
НОЯБРЬ

В.Л. Коваленко, А.В. Волков, Н.Т. Волочек, С.Н. Карташева

Анализ смертности населения Хабаровского края от злокачественных новообразований в первом полугодии 2011 года и пути её снижения в 2011-15 гг.

РЕЗЮМЕ

Проанализирована смертность населения Хабаровского края от злокачественных новообразований в первом полугодии 2011 года. Выявленный рост показателя смертности населения Хабаровского края от злокачественных новообразований свидетельствует о необходимости дальнейшего совершенствования онкологической помощи населению Хабаровского края, развития скрининговых программ, позволяющих выявлять среди широких масс «здорового» населения скрытых или не диагностированных форм заболевания, а также устанавливать факторы риска, способствующие развитию рака.

Ключевые слова: Злокачественные новообразования, организация онкологической помощи, скрининг, Хабаровский край.

Цель анализа: Изучить тенденцию показателя смертности населения Хабаровского края от злокачественных новообразований, выявить положительные и негативные стороны организации онкологической помощи населению Хабаровского края, дать рекомендации по совершенствованию онкологической помощи в 2011-2015 гг.

Материалы и методы: Анализ смертности населения Хабаровского края от злокачественных новообразований проведен на основе данных, полученных в результате сверки умерших онкологических больных с данными Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Хабаровскому краю.

Результаты и обсуждение: Высокий уровень информированности населения о причинах рака, ранних признаках онкологических заболеваний, о мерах их профилактики, развитие скрининговых программ (отдельно для мужчин и женщин), направленных на выявление среди широких масс «здорового населения» скрытых или не диагностированных форм заболевания, позволят снизить уровень онкологической заболеваемости, запущенности, а следовательно и смертности.

Введение: По данным Министерства здравоохранения и социального развития РФ в первой половине 2011 года наблюдается снижение смертности населения от злокачественных новообразований (ЗН) на 1,1% [1]. Несмотря на эту тенденцию, в течение ряда последних лет имеет место рост показателя смертности населения РФ от ЗН. Причины роста показателя смертности, в первую очередь, обусловлены высокими показателями запущенности, вследствие снижения уровня профилактической работы, сокращения скрининговых программ, онкологических и смотровых кабинетов, сложностей внедрения новых лечебно-диагностических технологий и неадекватной подготовкой медицинских кадров [2]. Неотложные меры по совершенствованию организационных форм деятельности онкологической службы, определенные Национальной онкологической программой, организация мониторинга реализации мероприятий Программы, определение порядка и этапов оказания медицинской помощи онкологическим больным, внедрение стандартов диагностики и лечения ЗН требует дальнейшей кропотливой работы в различных регионах России, в том числе и в Хабаровском крае [3, 4].

Анализ смертности населения Хабаровского края от злокачественных новообразований проведен на основе данных, полученных в результате сверки умерших онкологических больных с данными Территориального органа Федеральной службы

государственной статистики по Хабаровскому краю. Абсолютное число умерших в первом полугодии 2011 г. от злокачественных новообразований (ЗН) составило 1330 человек, из них мужчин было 724 (54,4%), женщин – 606 (45,6%). Среднекраевой «грубый» показатель смертности населения от ЗН в первом полугодии 2011 года составил 95,4 на 100 тыс. населения, что на 1,2% выше показателя смертности за аналогичный период 2010 г. (94,3). Выше краевого уровня «грубые» указанные показатели выявлены в г. Хабаровске (98,6), Верхнебуреинском районе (100,0), г. Комсомольске-на-Амуре (102,9), Николаевском (103,6), Ульчском (109,0), Вяземском (111,6), Нанайском (114,4), Советско-Гаванском (131,2), Амурском районе (133,7) и районе им. П. Осипенко (142,9). Ниже среднекраевого уровня показатели смертности установлены в Комсомольском (39,3), Тугуро-Чумиканском (45,5), Хабаровском (51,1), Ванинском (55,1), Бикинском (57,3), Солнечном (78,4), Охотском районе (88,9) и районе им. Лазо (93,9) (табл. 1 и диагр. 1).

В структуре смертности населения Хабаровского края от ЗН в первом полугодии 2011 года наибольший удельный вес составили опухоли трахеи, бронхов, легкого (21,1%), желудка (11,7%), ободочной кишки (7,7%) и поджелудочной железы (5,8%).

Структура смертности от ЗН мужского и женского населения имеет существенные различия (табл. 2). Около 1/3 (30,8%) случаев смерти мужчин обусловлены раком трахеи, бронхов, легкого. Опухоли желудка явились причиной смерти 12,4% мужчин. Далее ранговые места распределяются следующим образом: новообразования предстательной железы (5,9%), ободочной кишки (5,5%), поджелудочной железы (5,4%), печени и внутрипеченочных желчных протоков (5,4%), мочевого пузыря (4,1%), прямой кишки, ректосигмоидного соединения, ануса (4,0%), почек (3,9%), лимфатической и кроветворной ткани (3,2%). В структуре смертности женского населения наибольший удельный вес имеют ЗН молочной железы (15,3%). Далее в порядке убывания значимости в структуре смертности женской популяции следуют: новообразования желудка (10,7%), ободочной кишки (10,2%), трахеи, бронхов, легкого (9,4%), поджелудочной железы (6,5%), прямой кишки, ректосигмоидного соединения, ануса (6,3%), тела матки (5,3%), шейки матки (5,1%) и яичника (4,8%).

Из общего количества умерших от ЗН в первом полугодии 2011 г. (1330 человек) доля больных, которым диагноз рака был установлен посмертно, составляет 19,1% (254 умерших). В первом полугодии 2011 г. наибольший удельный вес умерших от ЗН, которым диагноз рака был установлен посмертно, наблюдается в Амурском (52,2%), Бикинском (40,0%) и Николаевском районе (40,5%), что свидетельствует о недостатках в данных муниципальных образованиях системы профилактических осмотров и скрининговых обследований населения (табл. 3). Из 254 больных, которым диагноз рака был установлен посмертно, 68 (26,8%) диагноз ЗН установлен без вскрытия, то есть без достаточного обоснования.

Рост показателя смертности от ЗН в Хабаровском крае свидетельствует о недостаточной онкологической настороженности у врачей первичного звена муниципального здравоохранения; низком уровне организационной работы органов управления здравоохранения муниципальных образований края по диспансеризации и профилактическому лечению лиц с факторами риска развития рака; о недостаточном уровне организационной работы органов исполнительной власти и органов управления здравоохранения муниципальных образований края по укомплектованию учреждений здравоохранения края медицинскими кадрами и материально-техническому оснащению; об отсутствии ответственного отношения к своему здоровью самих граждан; о недостаточной информированности населения о факторах риска развития рака, работе смотровых кабинетов и центров здоровья, возможности прохождения дополнительной диспансеризации (более 30% выявленных больных в запущенной стадии не были осведомлены о признаках онкологических заболеваний и о необходимости своевременного обращения к врачу).

В настоящее время в развитых странах отмечается снижение смертности от рака молочной железы, шейки матки, предстательной железы, рака толстой кишки. В России такой тенденции пока не наблюдается по причине недостаточного выявления ранних, излечимых форм онкологических заболеваний. Выживаемость и смертность на определенных стадиях рака приблизительно одинакова как в США, странах Западной Европы, так и в России. Но в РФ почти половина заболеваний выявляется на III-IV стадиях [2]. Причины такой ситуации в том, что в России пока не действует программы скрининга – массовые обследования населения, которые направлены именно на раннее выявление опухолей. То есть сами обследования проводятся и их число растет, однако в большинстве случаев речь идет о больных, которые обратились к врачам самостоятельно, обнаружив у себя признаки заболеваний. Между тем, большинство опухолей никак не проявляется на ранних стадиях: для того, чтобы вовремя их обнаружить, необходимы инструментальные обследования так называемых «здоровых» лиц, т.е. тех людей, у кого риск развития рака наиболее высок. В первую очередь, это лица в возрасте 50 лет и старше. Скрининговые программы несколько отличаются у мужчин и женщин. Эти программы должны включать выполнение таких

диагностических тестов как флюорография, пальцевое исследование прямой кишки, УЗИ органов брюшной полости, половой сферы, почек, ФГДС и исследование сывороточных онкомаркеров и дополнительно маммографию у женщин.

Первые шаги по созданию эффективной системы раннего выявления опухолей в рамках Национальной онкологической программы предприняты в 11 регионах России с 2009 года. Надо сказать, что в странах, где скрининг осуществляется уже давно, такие программы также вводились поэтапно. Сначала в течение нескольких лет реализовывались тестовые проекты в отдельных регионах. Это позволяет выявить ступени процесса, на которых чаще всего возникают ошибки, установить и устранить их причины: усилить пропаганду, изменить частоту обследований, или повысить квалификацию врачей, улучшить оснащение медучреждений и т.д.

Основная цель скрининга — это выявление среди широких масс «здорового» населения скрытых или не диагностированных форм заболевания, а также установления факторов риска, способствующих возникновению рака. Главная задача при проведении скрининга – снизить число ложноположительных диагнозов, которые тревожат пациентов и заставляют их проходить ненужные дополнительные обследования. Для этого нужен контроль всех этапов скрининга, обязательна обратная связь с медучреждениями, в которые направляют пациентов для уточнения диагноза и дальнейшего лечения. Финансировать необходимо, прежде всего, мероприятия, которые способствуют раннему выявлению онкологических заболеваний. Подсчитано, что это значительно дешевле, чем лечение опухолей III и IV стадий. Опыт западных стран свидетельствует о том, что затраты на скрининг, которые берет на себя государство, окупаются в течение 4-5 лет, потому что нет необходимости покупать и использовать дорогостоящие и не всегда эффективные лекарственные средства.

Выводы:

Таким образом, проведенный анализ смертности населения Хабаровского края от ЗН в первом полугодии 2011 г. указывает на необходимость дальнейшего совершенствования онкологической помощи населению Хабаровского края, развития скрининговых программ. Неотложными мерами по совершенствованию и разработке новых и организационных форм деятельности онкологической службы края явились: совещание с главами районов края на базе Краевого клинического центра онкологии с доведением актуальности проблемы по каждому району, информирования о диагностических и лечебных возможностях онкологической службы края; совещание с руководителями органов управления здравоохранением муниципальных образований по вопросам раннего выявления онкологических заболеваний. В первую очередь, необходимо обеспечить выполнение в 2011 г. подведомственными учреждениями здравоохранения Решений коллегий министерства здравоохранения Хабаровского края от 07.10.2009 №4 «Об организации онкологической помощи населению края в рамках реализации краевой целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2009-2011 годы)» и от 29.06.2011 №3 «Об исполнении решения коллегии министерства здравоохранения Хабаровского края от 07.10.2009 №4 «Об организации онкологической помощи населению края в рамках реализации краевой целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2009-2011 годы)», что позволит достигнуть в 2011 г. снижение показателя смертности от ЗН не менее чем на 4 процента. Совместно с ГУЗ «МИАЦ» МЗ Хабаровского края обеспечить ежемесячное ведение мониторинга реализации мероприятий, направленных на совершенствование организации онкологической помощи населению в информационно-аналитической системе БАРС [3]. Руководителями органов управления здравоохранением муниципальных образований необходимо укомплектовать подведомственные учреждения здравоохранения врачами и средними медицинскими работниками, организовать работу смотровых и онкологических кабинетов в соответствии с требованиями нормативных документов (все методические рекомендации размещены на сайте ГУЗ «ККЦО» <http://www.kkco.khv.ru>). Требуется организовать заполнение врачами первичного звена и своевременного представления первичной учетной документации на онкологических больных [5].

Для обеспечения высокого качества оказания онкологической помощи дополнительно рекомендуется провести комплекс мероприятий по повышению квалификации врачей основных специальностей по вопросам ранней диагностики ЗН и онкологической настороженности – проводить регулярные учебы с врачами всех специальностей по вопросам ранней диагностики и выявлению визуальных форм рака; разборы запущенных больных врачами всех специальностей; изучать причины несвоевременной диагностики ЗН. Для улучшения онкологической ситуации необходимо обеспечить работу смотровых кабинетов в 2 смены. Сделать обязательным прохождение пациентов 1 раз в году через смотровой кабинет. Рекомендовать сделать 1 день в неделю - день профилактического осмотра. В этот день обеспечить работу врачей в 2 смены, направленных на профилактический осмотр. Упорядочить профилактические осмотры, с обязательным осмотром прикрепленного населения 1 раз в год врачами терапевтом, хирургом и гинекологом, маммографическим обследованием и флюорографией. Систематизировать использование скрининговых исследований при профилактических осмотрах, скрининг

риска развития онкопатологии для мужчин и женщин (исследования на онкомаркеры, флюорография, УЗИ, маммография, цитологическое исследование, эндоскопические методы диагностики, анкетирование). При этом учесть, что флюорография проводится 1 раз в год, маммография выполняется женщинам после 45 лет 1 раз в 2 года, после 55 лет – 1 раз в год, осмотр женщин гинекологом с обязательным взятием цитологических мазков с шейки матки - раз в год.

С целью исключения дефектов оформления медицинской документации, влияющих на достоверность статистики смертности, для выдачи медицинского свидетельства о смерти, умершим, но не состоявшим на учете в соответствии с требованиями нормативных документов в ЛПУ Хабаровского края необходимо проводить по показаниям судебно-медицинское или патологоанатомическое вскрытие и кодировать основное заболевание по правилам и инструкции по кодированию смертности [7]. Кроме того, необходим постоянный ежемесячный контроль за правильностью оформления свидетельств о смерти в установленные сроки для исключения ошибок в заполнении документации по кодированию причин смерти.

В целях выполнения намеченных мер, в каждом муниципальном районе разработан и согласован с ГУЗ «ККЦО» План мероприятий по снижению показателя смертности от ЗН в 2011 году. Кураторами районов при выездах оказывается практическая и методическая помощь по выполнению намеченных планов снижения смертности от рака жителей Хабаровского края.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Голикова Т. «Смертность в России за первую половину 2011 года» <http://www.minzdravsoc.ru/health/modernization/41>
2. Чиссов В.И., Старинский В.В.// Рос. онкол. журн.-2011.-№4.-С.4-8.
3. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 18.01.2010г. №16 «О порядке организации мониторинга реализации мероприятий, направленных на совершенствование организации онкологической помощи населению».
4. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 03.12.2009г. №994-н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи онкологическим больным».
5. Приказ министерства здравоохранения РФ №135 от 19.04.1999г. «О совершенствовании системы государственного ракового регистра».
6. Приказ министерства здравоохранения Хабаровского края от 29.06.2009 г. №457-р «О совершенствовании организации оказания онкологической помощи населению Хабаровского края».
7. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятый пересмотр, том 2, сборник инструкций, ВОЗ, Женева, 1995.

Табл. 1.

«Грубый» показатель смертности населения Хабаровского края от ЗН в 1 полугодии 2010 г. и в 1 полугодии 2011 г.

Территория	1 полугодие 2010 г.			1 полугодие 2011 г.		
	Численность населения (без учета переписи населения 2010 г.)	Абсолютное количество умерших от ЗН	«Грубый» показатель смертности на 100 тыс. населения	Прогнозная численность населения на 01.01.2011	Абсолютное количество умерших от ЗН	«Грубый» показатель смертности на 100 тыс. населения
Хабаровский край, всего	1400425	1321	94,3	1393500	1330	95,4
г. Хабаровск	580665	651	112,1	582200	574	98,6
г. Комсомольск-на-Амуре	269827	233	86,4	267200	275	102,9
Амурский район	69848	75	107,4	68800	92	133,7
Аяно-Майский район	2663	3	112,7	2500	0	0,0
Бикинский район	26775	12	44,8	26200	15	57,3
Ванинский район	40404	37	91,6	39900	22	55,1
Верхнебуреинский район	30576	33	107,9	30000	30	100,0
Вяземский район	25251	18	71,3	25100	28	111,6
Комсомольский район	32767	16	48,8	33100	13	39,3
район им. Лазо	49259	51	103,5	49000	46	93,9

Нанайский район	20146	17	84,4	20100	23	114,4
Николаевский район	36960	31	83,9	35700	37	103,6
Охотский район	9662	8	82,8	9000	8	88,9
район им. П.Осипенко	5903	5	84,7	5600	8	142,9
Советско-Гаванский район	44821	25	55,8	44200	58	131,2
Солнечный район	35927	23	64,0	35700	28	78,4
Тугуро-Чумиканский район	2411	3	124,4	2200	1	45,5
Ульчский район	21907	20	91,3	21100	23	109,0
Хабаровский район	94653	60	63,4	95900	49	51,1

Диаграмма 1.

«Грубый» показатель смертности населения от ЗН в 1 полугодии 2011 года среди муниципальных образований Хабаровского края (на 100 тыс. населения)

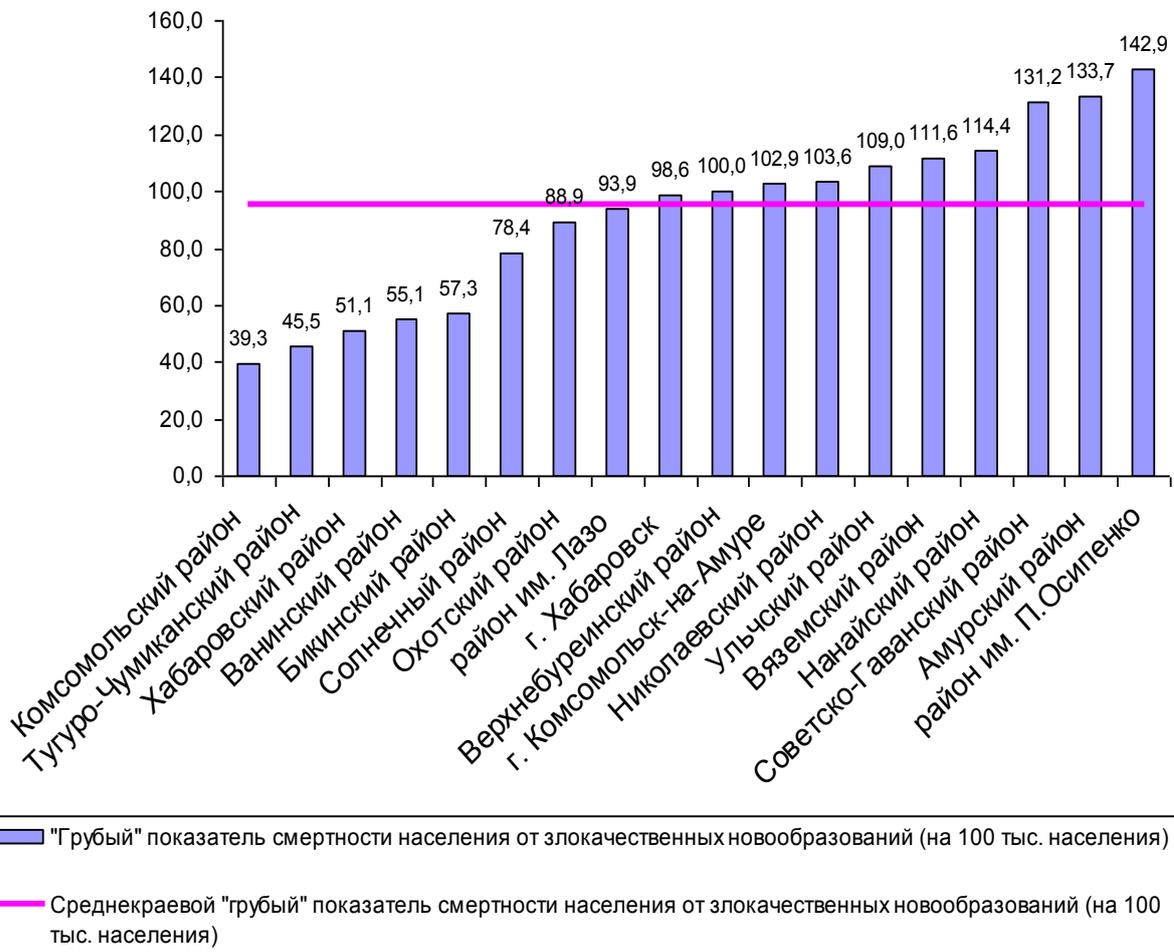


Табл.2.

Структура смертности от ЗН в первом полугодии 2010 г. и 2011 г.

Локализация злокачественного новообраз	Число умерших от злокачественных новообразований в первом полугодии 2010 г.			Число умерших от злокачественных новообразований в первом полугодии 2011 г.		
	всего	мужчины	женщины	всего	мужчины	женщины

образования	абс.	удельный вес от общей численности умерших (%)	абс.	удельный вес от численности умерших мужчин (%)	абс.	удельный вес от численности умерших женщин (%)	абс.	удельный вес от общей численности умерших (%)	абс.	удельный вес от численности умерших мужчин (%)	абс.	удельный вес от численности умерших женщин (%)
губа	6	0,5	5	0,7	1	0,2	4	0,3	3	0,4	1	0,2
язык	9	0,7	8	1,1	1	0,2	7	0,5	6	0,8	1	0,2
большие слюнные железы	2	0,2	2	0,3	0	0,0	1	0,1	1	0,1	0	0,0
других частей полости рта	9	0,7	8	1,1	1	0,2	15	1,1	11	1,5	4	0,7
ротоглотка	3	0,2	3	0,4	0	0,0	4	0,3	4	0,6	0	0,0
носоглотка	1	0,1	0	0,0	1	0,2	2	0,2	1	0,1	1	0,2
гортаноглотка	4	0,3	4	0,5	0	0,0	9	0,7	9	1,2	0	0,0
пищевод	35	2,6	27	3,6	8	1,4	34	2,6	22	3,0	12	2,0
желудок	154	11,7	86	11,4	68	12,0	155	11,7	90	12,4	65	10,7
ободочная кишка	113	8,6	52	6,9	61	10,8	102	7,7	40	5,5	62	10,2
прямая кишки, ректосигм. соед., анус	57	4,3	27	3,6	30	5,3	65	4,9	29	4,0	36	5,9
печень и внутрипеченочные протоки	44	3,3	25	3,3	19	3,4	62	4,7	39	5,4	23	3,8
желчный пузырь и внепеченочные протоки	5	0,4	1	0,1	4	0,7	12	0,9	4	0,6	8	1,3
поджелудочная железа	81	6,1	49	6,5	32	5,6	77	5,8	39	5,4	38	6,3
гортань	17	1,3	15	2,0	2	0,4	19	1,4	19	2,6	0	0,0
трахея, бронхи, легкое	302	22,9	256	34,0	46	8,1	280	21,1	223	30,8	57	9,4
кости и суставные хрящи	6	0,5	3	0,4	3	0,5	10	0,8	7	1,0	3	0,5
соединительные и другие мягкие ткани	3	0,2	2	0,3	1	0,2	2	0,2	0	0,0	2	0,3
меланома кожи	20	1,5	5	0,7	15	2,6	10	0,8	3	0,4	7	1,2
другие новообразования кожи	6	0,5	3	0,4	3	0,5	3	0,2	0	0,0	3	0,5

женская молочная железа	91	6,9	0	0,0	91	16,0	93	7,0	0	0,0	93	15,3
шейка матки	33	2,5	0	0,0	33	5,8	31	2,3	0	0,0	31	5,1
тело матки	31	2,3	0	0,0	31	5,5	32	2,4	0	0,0	32	5,3
яичник	13	1,0	0	0,0	13	2,3	29	2,2	0	0,0	29	4,8
предстательная железа	37	2,8	37	4,9	0	0,0	43	3,2	43	5,9	0	0,0
яичко		0,0		0,0		0,0	2	0,2	2	0,3	0	0,0
мочевой пузырь	40	3,0	35	4,6	5	0,9	35	2,6	30	4,1	5	0,8
почки	51	3,9	27	3,6	24	4,2	41	3,1	28	3,9	13	2,1
головной мозг и др. отделов н.с.	27	2,0	14	1,9	13	2,3	25	1,9	13	1,8	12	2,0
щитовидная железа	5	0,4	1	0,1	4	0,7	6	0,5	0	0,0	6	1,0
лимфатическая и кровотворная ткани	69	5,2	33	4,4	36	6,3	46	3,5	23	3,2	23	3,8
прочие	47	3,6	26	3,4	21	3,7	74	5,6	35	4,8	39	6,4
ИТОГО	1321	100	754	100	567	100	1330	100	724	100	606	100

Табл.3

Сведения о численности умерших больных от ЗН в 1 полугодии 2011 года среди территорий Хабаровского края

Территория	Абсолютное число умерших от злокачественного новообразования в первом полугодии 2011 г.	Диагноз установлен посмертно			
		абсолютное число умерших	удельный вес от общего числа умерших от злокачественных новообразований в 1 полугодии 2011 года	в т.ч. при вскрытии (абс.)	в т.ч. без вскрытия (абс.)
Хабаровский край	1330	254	19,1	186	68
г. Хабаровск	574	73	12,7	73	0
г. Комсомольск-на-Амуре	275	50	18,2	34	16
Амурский район	92	48	52,2	40	8
Аяно-Майский район	0	0	0,0	0	0
Бикинский район	15	6	40,0	2	4
Ванинский район	22	5	22,7	3	2
Верхнебуреинский район	30	4	13,3	1	3
Вяземский район	28	3	10,7	2	1
Комсомольский район	13	3	23,1	2	1
район им. Лазо	46	10	21,7	5	5
Нанайский район	23	3	13,0	2	1
Николаевский район	37	15	40,5	11	4
Охотский район	8	1	12,5	0	1
район им. П.Осипенко	8	2	25,0	0	2
Советско-Гаванский район	58	7	12,1	3	4
Солнечный район	28	8	28,6	1	7

Тугуро-Чумиканский район	1	1	100,0	0	1
Ульчский район	23	3	13,0	0	3
Хабаровский район	49	12	24,5	7	5

«Информирую, следовательно существую!» (лат.)

· ВЕСТНИК (ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЮЛЛЕТЕНЬ) ХАБАРОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА
Распространяется в медицинских учреждениях Хабаровска, рассылается в районные учреждения здравоохранения