

УДК 616-006.6-313.13-036.2(571.1/.5+571.6):614.2

Е.Л. Чойнзонов, Л.Ф. Писарева, Н.В. Чердынцева, А.П. Бояркина,
И.Н. Одинцова, Н.А. Мартынова

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ В РЕГИОНЕ СИБИРИ И ДАЛЬНЕГО ВОСТОКА. СОСТОЯНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ И ПУТИ ЕЕ УЛУЧШЕНИЯ

ГУ НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН, Томск

Показаны результаты эпидемиологических исследований заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований населения региона Сибири и Дальнего Востока. Приведены результаты исследований по выявлению факторов риска развития опухолей с учётом региональных особенностей. Дан анализ состояния специализированной помощи онкологическим больным в регионе, намечены пути её улучшения.

Ключевые слова: эпидемиология, злокачественные новообразования, заболеваемость, факторы риска

Злокачественные новообразования (ЗНО) являются одной из важнейших медико-социальных проблем современного общества. Эпидемиологические исследования свидетельствуют о повсеместном росте заболеваемости и смертности от злокачественных опухолей [3, 4, 18, 19, 20]. По данным Международного агентства по изучению рака, в 2000 г. в мире было зарегистрировано более 10 млн случаев заболевания ЗНО; к 2020 г. прогнозируется увеличение числа вновь выявленных случаев онкозаболевания до 16 млн [6].

Структура и уровень онкологической заболеваемости изменяются в динамике и зависят от страны, региона, социально-экономической ситуации, пола и расовой принадлежности. Для региона Сибири и Дальнего Востока с его неоднородным населением (переселенцы из европейской части страны, более 20 этнических групп и пришлое мигрирующее население), проживающим в условиях сочетанного влияния вредных факторов внешней среды (климатогеографические особенности, техногенное загрязнение), злокачественные новообразования являются острой медицинской и социально-экономической проблемой [12].

В настоящее время в регионе научные работы в области онкологии координируются Проблемной комиссией 56.09 "Онкология" Научного совета МЗ РФ и РАМН по медицинским проблемам Сибири, Дальнего Востока и Крайнего Севера. В научных учреждениях региона приоритетными являются эпидемиологические исследования; исследования в области профилактики и ранней диагностики злокачественных новообразований (выявление опухолеассоциированных молекулярно-генетических маркеров, разработка методов инструментальной диагностики); разработка новых эффективных схем комбинированной терапии; совершенствование режимов адъювантной терапии; развитие и совершенствование методов реконструктивно-пластических и органосохраняющих операций; совершенствование реабилитационной и паллиативной помощи онкологическим больным.

Широкомасштабные онкоэпидемиологические исследования, имеющие не только теоретическое, но и большое практическое значение, начаты в регионе с 1979 г., с момента открытия НИИ онкологии СО РАМН в Томске. Мероприятия по противораковой борьбе, вклю-

чающие рациональные методы профилактики, планируются и осуществляются с учётом региональных и территориальных особенностей возникновения и распространения злокачественных новообразований, выявленных в ходе данных работ.

Методика. В НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН с 1976 г. по материалам областных, краевых и республиканских онкологических диспансеров (формы № 7 и № 35), учетной документации прозектур, ЗАГСов, ЦСУ, непрофильных больниц, дополненным и уточненным на местах во время экспедиционных выездов сотрудников (более 50 экспедиций), создан и постоянно пополняется банк данных о больных с впервые установленным диагнозом ЗНО в регионе Сибири и Дальнего Востока. При обработке данных использовались общепринятые в медицинских исследованиях методы статистического анализа. Уровень статистической значимости различий полученных результатов был не менее 95% ($p \leq 0,05$). Для анализа полученного материала использовались прямой и косвенный методы стандартизации с применением мирового и регионального стандартов [5]. Статистическая значимость различий сравниваемых групп оценивалась по критерию соответствия χ^2 . Полученные результаты приводились в сопоставлении с данными по Российской Федерации (РФ). Были оценены показатели заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований в регионе в целом и на отдельных территориях, частота отдельных форм злокачественных новообразований; определены половые и возрастные особенности встречаемости тех или иных форм рака, средний возраст заболевших [8], вариабельность показателей [15], коэффициенты относительного риска [1] и др.

На основе уравнений линейной и экспоненциальной регрессий для онкологической заболеваемости в целом и каждой из рассматриваемых форм в отдельности при значимых коэффициентах корреляции получены прогностические оценки до 2007 г. [13, 14, 16].

Данные о природных климатогеографических, биогеохимических, техногенных характеристиках получены в соответствующих службах региона. Численность населения и его возрастной состав для каждого исследуемого года определялись путем интерполяции результатов переписей населения 1979 и 1989 гг. и по расчетным данным ЦСУ за 1999 г.

Статистическая обработка выполнялась с использованием программ, разработанных в НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН, и прикладных программ "MS Office 2000", "Statistica 6,0".

Результаты. Регион Сибири и Дальнего Востока занимает 66,3% площади РФ и является одним из наиболее важных экономических районов страны в связи с его богатейшими природными ресурсами. Особенностью региона является крайне неравномерное территориальное распределение населения. Плотность населения в регионе составляет 2,3 чел. на 1 км² – это почти втрое ниже, чем по РФ (8,5). Наиболее освоенной является территория Сибирского Федерального округа (СФО), где плотность в среднем составляет 3,7 жителя на 1 км². Максимальный показатель её отмечается в Кемеровской (31,2) и Новосибирской (15,4) областях; минимальный – в Магаданской области (0,2) и Республике Саха (0,3). По данным Госкомстата РФ, общая численность населения региона составила 27 580 тыс. человек, из них 71,9% проживают в городе, 28,1% – в сельской местности. Наиболее урбанизировано население Дальневосточного Федерального округа, где горожане составляют 76,0%. В целом по региону преобладает женское население, однако можно отметить тенденцию уменьшения его доли в сельской местности, особенно на Дальнем Востоке.

На территории региона проживает более молодое население, по сравнению с РФ. В регионе выше доля лиц моложе трудоспособного (21,1%, РФ – 20%) и меньше – лиц старше трудоспособного (18,0 и 20,7% соответственно) возраста. Эта тенденция возрастает при продвижении с запада на восток, в частности на территории Дальнего Востока эти показатели составили 21,4% и 14,5% соответственно. Возрастные различия между городским и сельским населением варьируют, при этом следует отметить, что среди сельского населения выше процент лиц моложе и старше трудоспособного возраста. Среди населения превышение доли лиц старше трудоспособного возраста является существенным показателем, который имеет непосредственное отношение к оценке онкологической ситуации.

Важным демографическим показателем при исследовании здоровья населения является процесс его воспроизводства. В настоящее время в регионе Сибири и Дальнего Востока, как и в целом по РФ, наблюдается процесс депопуляции – устойчивого превышения числа умерших над числом родившихся. Естественная убыль населения в среднем по региону составила 4,9 на 1000 населения; особенно высок этот показатель на территории СФО – 5,9.

Комплекс демографических, социально-экономических и экологических проблем определяет основные причины заболеваемости и смертности населения региона.

В Сибири и Дальнем Востоке ежегодно регистрируется около 80 000 больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования. Онкологическая заболеваемость в регионе составляет 210,5/1000 и находится практически на уровне РФ (рис. 1). К территориям с повышенным риском развития злокачественных новообразований относятся Омская, Новосибирская, Томская, Сахалинская области; Алтайский и Хабаровский края. За последние 12 лет (1990–2001 гг.) показатель заболеваемости вырос на 25,1%. По рас

танному нами прогнозу, при условии сохранения обнаруженных тенденций, к 2007 г. заболеваемость населения раком предстательной железы может вырасти в 2,7 раза; гемобластомозом – в 1,7; раком молочной железы – в 1,6; тела матки – в 1,5; яичников – в 1,2 раза. Заболеваемость раком шейки матки снизится в 1,4 раза. Увеличение онкологической заболеваемости происходит на фоне процессов убыли населения и его старения, что свидетельствует об истинном росте заболеваемости, особенно в молодом возрасте.

Ведущими локализациями в структуре онкологической заболеваемости мужского населения региона являются опухоли лёгкого (25,9%), желудка (12,3%), кожи (9,2%), предстательной железы (5,5%), лимфатической и кроветворной ткани (4,8%), ободочной кишки (4,4%); женского населения – рак молочной железы (18,7%), кожи (13,1%), желудка (8,3%), шейки матки (6,9%), ободочной кишки (6,0%), тела матки (5,9%) и лёгкого (5,6%). Наиболее часто диагностируемая опухоль у мужчин локализуется в органах дыхания; у женщин наибольший удельный вес имеют злокачественные новообразования органов репродуктивной системы (рис. 2).

Заболеваемость злокачественными новообразованиями сельского населения региона в 1,2 раза выше, чем городского, за исключением Дальневосточного ФО, где горожане болеют чаще сельчан. В целом мужчины болеют злокачественными новообразованиями в 1,1 раза больше, чем женщины, при этом онкологическая заболеваемость женщин в городе выше; на селе, напротив, мужчины болеют чаще женщин. Средний возраст больных мужчин – 60,0, женщин – 59,7 лет, что на 3 года моложе, чем в среднем по РФ (62,9 и 62,7 лет).

Среди причин смерти населения региона злокачественные новообразования занимают третье место после сердечно-сосудистых заболеваний, несчастных случаев, травм и отравлений. Ежегодно в регионе умирает от ЗНО около 50 000 человек, что составляет 60–64% от численности впервые взятых на учёт; смертность среди мужчин выше, чем среди женщин.

Стандартизованный показатель онкологической смертности в регионе превышает уровень по РФ (138,1 и 133,0 на 100 000 тыс. населения соответственно). Выше российского уровня показатели смертности у мужчин – в Новосибирской (207,4), Омской (122,9), Томской (213,6), Сахалинской (222,2) областях, Хабаровском (207,6) крае и Еврейской АО (215,2); у женщин – в Томской (106,3), Камчатской (127,6), Сахалинской (111,6) областях, республиках Бурятия (112,1), Тыва (112,0) и Еврейской АО (105,6) (РФ – 195,3 и 95,5 соответственно) (рис. 3).

В автономных округах и республиках региона заболеваемость злокачественными новообразованиями в целом ниже регионального и российского уровней в 1,1 раза (исключение составляет рак пищевода и шейки матки). При этом у коренного населения Севера онкологическая заболеваемость в 1,2–1,8 раза выше, чем у пришлого. Среди коренного населения чаще встречается рак пищевода, желудка, слизистой оболочки полости рта и глотки, печени и крайне редко – рак тела матки, яичников, щитовидной железы, предстательной железы, кожи; у пришлого населения более высокий уровень заболеваемости раком кожи, молочной и щитовидной желез. В популяциях северных народов наблюдаются тен

денция к Т-лимфопении и наличие относительно высоких титров антител к вирусу Эпштейна–Барра. Не исключено, что эти феномены взаимосвязаны и отражают общую обстановку повышенного онкологического риска, обусловленную наличием хронического популяционного стресса, вызванного урбанизацией и экстремальными условиями внешней среды.

Для региона Сибири и Дальнего Востока характерны интенсивные миграционные процессы, которые опосредованно влияют на уровень онкологической заболеваемости, изменяя численность, возрастно-половой состав населения. В северных районах региона, куда приходит приток молодого, трудоспособного населения, риск развития онкологических заболеваний ниже ($OP=0,6-0,7$), чем в южных районах, откуда уезжает молодое население, и куда возвращаются лица предпенсионного и пенсионного возрастов ($OP=1,2$). На этих территориях повышен относительный риск онкологической заболеваемости в целом, и в том числе рака желудка, легкого, молочной железы и шейки матки.

Для выявления роли адаптационного синдрома в онкологической заболеваемости мигрантов проведено изучение популяции с различным стажем проживания в суровых климатических условиях Крайнего Севера. Максимальные показатели заболеваемости наблюдаются у мигрантов со стажем проживания на Севере 1–5 лет; этот период соответствует стадиям адаптационного напряжения и стабилизации функций в непривычных экстремальных условиях [9]. Происходит повышение общей заболеваемости, связанное с нарушениями в системах иммунитета и неспецифической резистентности организма, в результате чего снижается и уровень противоопухолевой защиты, что может способствовать развитию злокачественных новообразований, и в первую очередь гормонозависимых опухолей. Так, у женщин-мигранток с северным стажем 1–5 лет заболеваемость раком молочной железы в 2,2 раза выше, чем в группе со стажем 6–9 лет. Исключение составляет заболеваемость злокачественными новообразованиями лёгкого, показатели которой увеличиваются по мере увеличения срока проживания на Севере, особенно у мужчин.

Онкологическая заболеваемость среди ремигрантов в 1,2–1,6 раза выше, чем в целом по РФ. При раке молочной железы показатели у ремигранток в 2,0–2,4 раза выше, чем в местах вселения, и в 2,0 раза выше, чем в местах выхода; при раке шейки матки – в 2,0–2,3 и 2,6 раза соответственно. Результаты указывают на то, что процесс реадаптации от суровых к благоприятным климатическим условиям так же травматичен, как и прямой адаптационный процесс.

В формировании онкологической заболеваемости определённую роль играют антропогенное загрязнение атмосферы и климатометеорологические условия места проживания. Изучение влияния техногенного загрязнения атмосферы на онкологическую заболеваемость населения в административных центрах региона показало наличие статистически значимых связей между содержанием в атмосфере четырех основных примесей (пыль, оксид углерода, диоксид серы и оксид азота), а также бенз(а)пирена и металлов (свинец, ртуть, кадмий, марганец и др.) и заболеваемостью населения отдельными онкологическими формами рака. Выявлена статистически значимая связь рака лёгкого с концентрацией бенз(а)пи-

рена в атмосфере [12]. При оценке интегрального техногенного воздействия на атмосферу, наряду с наземным мониторингом, была использована крупномасштабная аэрокосмическая съёмка территорий ряда городов региона, сделанная с борта искусственного спутника Земли. После тематического дешифрирования было проведено картографирование интегрального загрязнения атмосферы и показателей онкологической смертности. В районах с высоким уровнем техногенного загрязнения отмечались и высокие показатели онкологической смертности населения [2]. При изучении климатических факторов учитывались метеорологический потенциал атмосферы и континентальность климата, характеризующие способность атмосферы к самоочищению. Полученные результаты позволяют говорить о совместном влиянии техногенного и климатических факторов на уровень онкологической заболеваемости [12].

Совместно с учёными Алтайского края было изучено влияние радиоактивного излучения на заболеваемость населения злокачественными новообразованиями щитовидной железы и кожи. Выявлено, что заболеваемость раком щитовидной железы у женщин и раком кожи находится в прямой зависимости от доз внешнего и внутреннего облучения: по мере снижения дозы облучения снижался и уровень заболеваемости [10, 11].

В целом, загрязнение атмосферы, почвы и питьевой воды формирует комплексное техногенное загрязнение окружающей среды. На территории Томской области этот показатель как фактор риска проявился в отношении заболеваемости мужского населения лимфогранулематозом и женского населения – хроническим лимфоцитарным лейкозом.

Установлено также, что наличие ряда социально-гигиенических факторов (особенности питания, образа жизни, профессиональные вредности, перенесённые заболевания), а также наследственная предрасположенность являются факторами высокого относительного риска возникновения рака предстательной железы в Томской области.

Одним из важнейших направлений по снижению заболеваемости и смертности является разработка методов вторичной профилактики и ранней диагностики. В НИИ онкологии проводятся исследования по оценке информативности молекулярно-генетических маркеров злокачественного роста в формировании групп повышенного онкологического риска, ранней диагностики и критериев оценки прогноза для уточнения стратегии и тактики терапии. Было проведено исследование женской части населения Томской области на носительство вируса папилломы человека, для которого доказана этиологическая роль в развитии рака шейки матки. Удельный вес вирусопозитивного рака шейки матки составил 20,5%. На основе полученных данных разработан алгоритм ранней диагностики рака шейки матки. Создание алгоритма позволило проводить формирование групп онкологического риска [7, 17].

Онкологическую помощь населению Сибири и Дальнего Востока оказывают НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН, его филиал во Владивостоке, филиал РОНЦ им. Н.Н. Блохина в Барнауле и 28 онкологических диспансеров.

Для эффективной диагностики и качественного лечения онкологических больных и внедрения высоких

технологий нужна соответствующая материальная база. Таковая практически отсутствует в онкодиспансерах на территориях Чукотского АО, республик Алтай и Хакасия. Требуется безотлагательные мероприятия по строительству Томского, Магаданского, Якутского диспансеров.

Недостаточна материальная оснащённость и других диспансеров региона. Устарело оборудование для радионуклидной и ультразвуковой диагностики. Диспансеры, в основном, оснащены эндоскопами отечественного производства старых моделей. В излучательной технике, в основном, используются радионуклидные источники излучения со сроком эксплуатации 10 и более лет. На 13 территориях отсутствуют линейные ускорители. Диспансеры региона нуждаются в обновлении работающих гамма-аппаратов и пополнении электронными ускорителями на энергию 6 и 20 МэВ.

Коечный фонд специализированных учреждений региона за последние 6 лет несколько увеличился и составляет 5921 койку. Только 24% из общей численности диспансеров имеют свыше 300 сметных коек. Обеспеченность онкологическими койками взрослого населения составляет 2,1; детского – 0,3 на 10 000 населения. При этом на 1000 взрослых больных с впервые установленным диагнозом злокачественного новообразования приходится 59,5 коек (РФ – 65,7), а рентгенорадиологических – 14,5 (РФ – 17,2).

Практически во всех диспансерах функционируют отделения общей онкологии и радиологии. Специализированные отделения имеются не во всех диспансерах. В регионе функционируют всего 2 детских отделения – на базе Кемеровского и Омского диспансеров. Не на всех территориях открыты детские кабинеты (Томская, Амурская области). Онкологическая помощь детям осуществляется преимущественно в лечебных учреждениях общей лечебной сети или за пределами региона. На базе 7 диспансеров имеются пансионаты.

В онкологических учреждениях региона работают 635 врачей-онкологов и 197 радиологов. На одного врача-онколога приходится 471,9 больных (по РФ – 417,4). Укомплектованность кадрами в среднем составляет 90,1%; самая низкая – в Сахалинской (45,2%) и Магаданской (63,7%) областях. Врачи высшей категории составляют 55,2%, первой – 31,5%. В онкодиспансерах работают 20 докторов и 53 кандидата наук. Большинство врачей имеют сертификаты по своей специальности.

На конец года в специализированных онкологических учреждениях региона состояли на учёте около 300 000 пациентов с установленным диагнозом злокачественного новообразования. Показатель распространённости варьировал от 1561,1 (в Омской области) до 362,5 (в Чукотском автономном округе) (на 100 000 населения).

Основная работа по раннему выявлению онкологической заболеваемости ложится на общую лечебную сеть. Важнейшей составной частью профилактической работы являются смотровые кабинеты. В регионе функционируют

1136 смотровых кабинетов (из них для мужчин – только 103); наибольшее их количество – в Алтайском крае (310) и Иркутской области (149); отсутствуют смотровые кабинеты в Республике Бурятия. Далеко не во всех кабинетах, согласно приказу МЗ РФ № 270 от 12.09.1997 г., осматриваются все визуальные локализации.

Анализ показателей активной диагностики свидетельствует о почти полном отсутствии на ряде территорий системы профилактических и скрининговых обследований населения. Самый низкий удельный вес злокачественных новообразований, выявленных при профилактических осмотрах, отмечен в Камчатской области (1,5%), Республике Тыва (1,8%), Магаданской (2,7%) и Томской (3,0%) областях. Высокие показатели активной выявляемости зарегистрированы в Омской области (19,2%) и Алтайском крае (14,5%).

Вошедшие в практику здравоохранения в предыдущие десятилетия и доказавшие свою эффективность стандартные схемы профилактических осмотров женщин с целью своевременного выявления злокачественных новообразований органов репродуктивной системы практически не используются на некоторых территориях региона. Так, в Республике Тыва и Еврейской АО отсутствует активное выявление рака молочной железы. В Камчатской области лишь 1,1% больных с впервые в жизни установленным диагнозом рака молочной железы выявлены при профилактических осмотрах. В Тю-

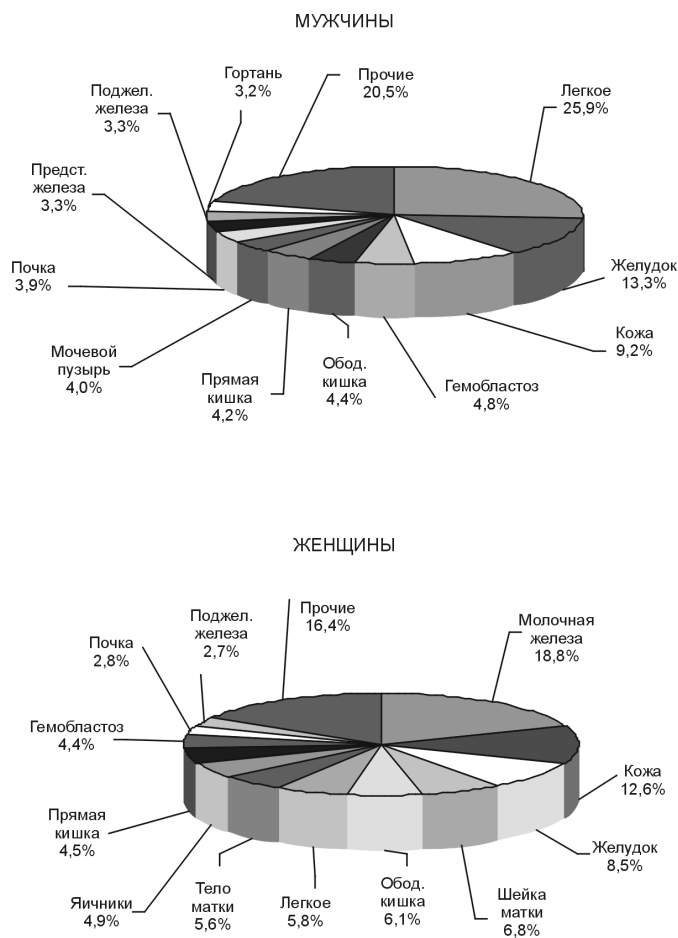


Рис. 1. Структура заболеваемости злокачественными новообразованиями населения региона Сибири и Дальнего Востока

менской области таких больных отмечено 5,0%, Томской – 5,4%. Высокие показатели активной выявляемости рака молочной железы отмечены в Омской области (35,2%), Алтайском крае (29,3%). Очень низкая выявляемость злокачественных новообразований шейки матки отмечена в Тюменской области (7,4%). В Камчатской области, Еврейской АО полностью свёрнуты программы по активной диагностике новообразований шейки матки.

Низкая выявляемость рака в преинвазивной стадии (*in situ*) имеет место практически на всех территориях региона (за исключением Алтайского края и Иркутской области), что связано с недостаточной работой смотровых кабинетов и цитологической службы.

О качестве специализированной помощи онкологическим больным можно судить по доле больных с морфологически подтверждённым диагнозом злокачественного новообразования. Достаточно высокий удельный вес морфологической верификации диагноза отмечен в Камчатской (96,0%), Магаданской (91,4), Иркутской (89,8) областях; низкий – в республиках Саха (64,1%) и Хакасия (68,4%).

Одним из основных показателей, определяющих прогноз онкологического заболевания, является степень распространённости опухолевого процесса на момент диагностики. Из числа больных злокачественными новообразованиями по региону, впервые взятых на учет онкологическими учреждениями, только 31,2% имели I–II стадии заболевания (РФ – 40,9%). В республиках Тыва и Саха этот показатель составил только 20,2% и 21,8% соответственно.

Несмотря на возможности новых медицинских технологий, в последние годы сохраняется стойкая тенденция к увеличению запущенности онкологических заболеваний. Доля больных, у которых заболевание диагностировано при наличии отдалённых метастазов, в регионе составила 27,8% против 24,0% в РФ; показатели несвоевременной диагностики максимальны в Еврейской

АО, республиках Саха, Алтай и Тыва. Высокие показатели запущенности при визуальных локализациях отмечены при раке молочной железы в республиках Алтай (92,8%) и Тыва (77,4%); при раке шейки матки – в Иркутской (61,5%) области и Республике Бурятия (56,6%); при раке прямой кишки – в республиках Алтай (100%), Саха (89,1%) и Сахалинской области (91,3%).

В регионе остаётся высокой годовичная летальность (36,2% против 34,5% в РФ), особенно на территориях Томской, Амурской, Магаданской областей и Еврейской АО.

Явно не достаточно развито оказание паллиативной помощи инкурабельным больным. Всего на 7 территориях развёрнуты хосписы (Алтайский, Красноярский края; Кемеровская, Омская, Иркутская, Магаданская области; Республика Саха), и на базе 4 диспансеров имеются кабинеты противоболевой терапии (Барнаул, Улан-Удэ, Владивосток, Биробиджан). Следует отметить, что в данном виде помощи нуждаются более четверти онкобольных, состоящих на учете.

В онкологических учреждениях Сибири и Дальнего Востока получили специальное противоопухолевое лечение по радикальной программе около 37 000 больных или 45,8% (РФ – 51,2%). Объём и эффективность проводимого лечения находились в прямой зависимости от материально-технической обеспеченности диспансеров и квалификации врачей-онкологов.

Хирургический и лучевой методы являются основными при лечении злокачественных опухолей. В последние годы в онкологических учреждениях региона стали шире использовать комбинированный и комплексный методы лечения, однако не везде они используются в полном объёме, в частности удельный вес данного вида лечения незначителен в республиках Бурятия, Алтай и Читинской, Тюменской областях.

Недостаточное финансирование онкологической службы не позволяет обеспечить онкологические учреждения химиотерапевтическими и радиофармацевти-

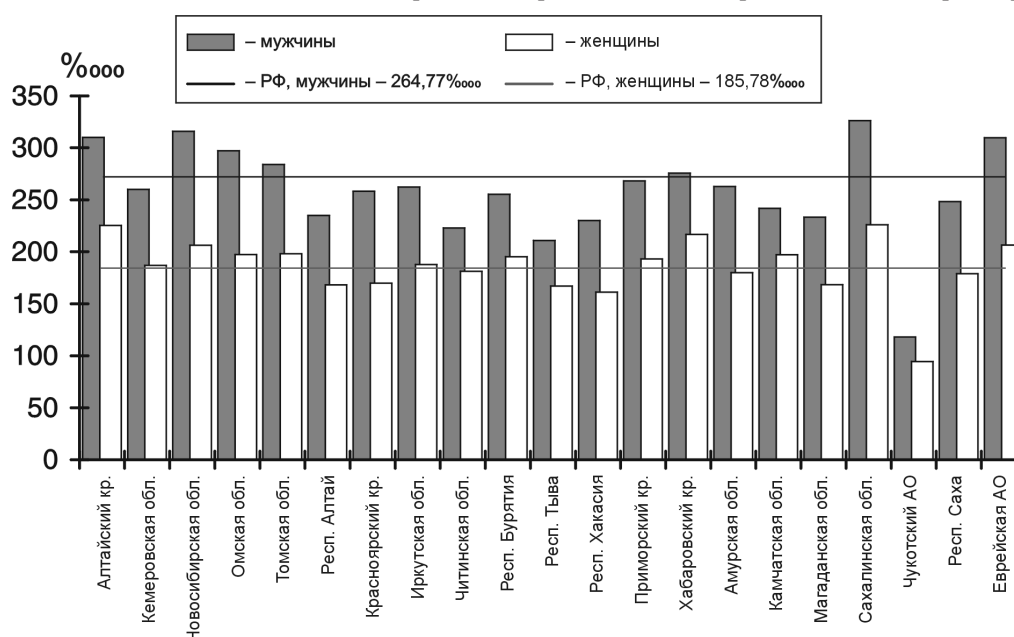


Рис. 2. Заболеваемость злокачественными новообразованиями населения региона Сибири и Дальнего Востока (СП, на 100 000 населения)

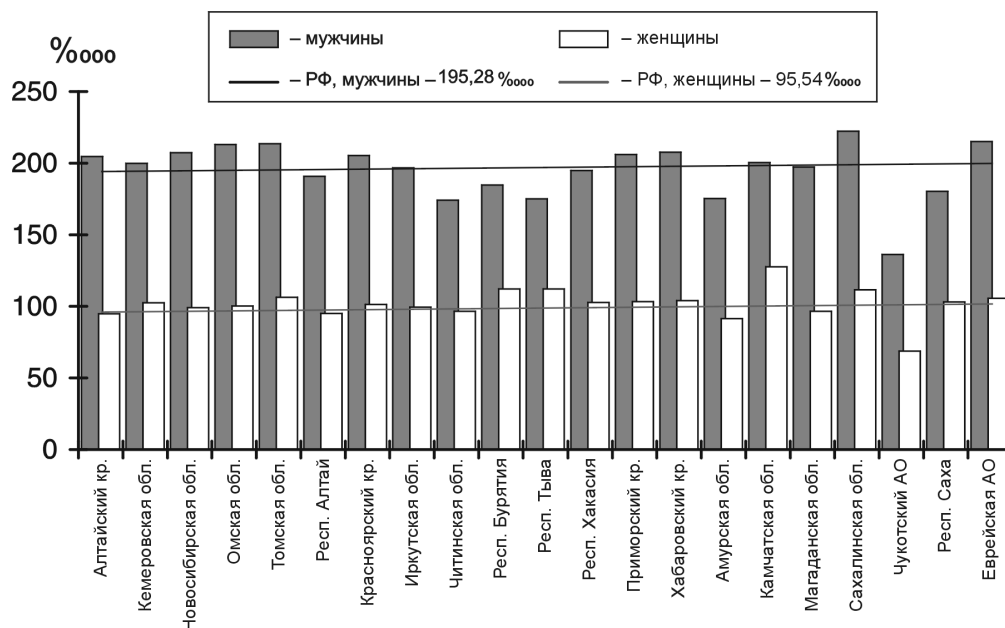


Рис. 3. Смертность от злокачественных новообразований населения региона Сибири и Дальнего Востока (СП, на 100 000 населения)

ческими препаратами, радиоактивными источниками для лучевой терапии и сдерживает внедрение новых медицинских технологий и лекарственных препаратов, что неизбежно сказывается на результатах диагностики и лечения новообразований.

Следует отметить, что показатель 5-летней выживаемости больных, по которому оценивается эффективность мероприятий по раннему выявлению и проведенному лечению, на большинстве территорий региона находится ниже российского уровня (49,3%). В соответствии с этим летальность наблюдаемого контингента в онкологических учреждениях региона практически на всех территориях (за исключением Читинской, Омской и Магаданской областей) выше общероссийского показателя.

Особую тревогу вызывает тот факт, что в регионе значительное количество онкологических больных (30–40%) получают лечение в областных, краевых и других ЛПУ, где осуществляется, в основном, только хирургический вид лечения, и зачастую в последующем не долечиваются в онкодиспансерах. В связи с этим они не получают адекватного, полноценного лечения с соблюдением оптимальных сроков, что сказывается на качестве лечения и продолжительности их жизни.

Для решения лечебно-тактических и организационных задач в клинической работе важна разработка и внедрение программ госпитального и популяционного канцеррегистров. В настоящее время в регионе эта работа поставлена не на должном уровне – нет единого информационного поля; используются программы разных разработчиков, что, в целом, затрудняет создание единой региональной базы. В ряде территорий региона регистры вообще отсутствуют или находятся в стадии развития.

Перспективным направлением диагностики онкологических заболеваний является развитие телемедицины, однако в регионе функционируют лишь 5 комплексов для телеконсультаций (Алтайский край; Иркутская, Ом-

ская, Амурская, Камчатская области); в Чите и Томске они только создаются.

По результатам проведенных НИР опубликованы 22 монографии, изданы 5 методических рекомендаций, проведены 22 научно-практические конференции различного уровня, на которых обсуждались вопросы профилактики, ранней диагностики и лечения злокачественных новообразований. Защищены 11 докторских, 48 кандидатских диссертаций; получены 30 патентов. Несмотря на имеющиеся достижения в научных и практических вопросах в области онкологии, в регионе на сегодняшний день остается еще много нерешенных проблем. При этом можно сказать, что научные исследования институтов СО РАМН в недостаточном объеме используются в практической деятельности онкологической службы и применяются только на тех территориях, где они разработаны. Так, данные онкоэпидемиологических исследований по заболеваемости и смертности населения региона были использованы только при формировании комплексной программы “Здоровье народов Севера”, территориальных программ “Онкология” в Республике Бурятия, Алтайском крае, Томской области и Норильске.

Таким образом, в регионе Сибири и Дальнего Востока снижение заболеваемости, инвалидизации и смертности населения от злокачественных новообразований возможно лишь при эффективной координации усилий научно-исследовательских институтов РАМН, медицинских вузов, лечебно-профилактических учреждений общего профиля, онкологических диспансеров, а также при заинтересованности и поддержке административных органов страны и региона. Стабилизация и улучшение основных показателей онко-службы возможны при разработке и внедрении региональной целевой программы “Онкология”, которая должна включать мероприятия:

- по укреплению материально-технической базы (открытие типовых онкодиспансеров, обеспечение

онкодиспансеров и ЛПУ диагностической и лечебной техникой);

- обеспечению и проведению фундаментальных научных исследований в этих областях;
- широкому внедрению в практическое здравоохранение научных разработок по профилактике, ранней диагностике, лечению и реабилитации онкологических больных;
- повышению квалификации врачей-онкологов и врачей первичного звена;
- совершенствованию системы санитарного просвещения среди населения, включающей здоровый образ жизни;
- разработке новых организационных форм онкологической службы, включая внедрение госпитального и популяционного канцеррегистров и телемедицины.

CANCER MORBIDITY IN SIBERIA AND RUSSIAN FAR EAST. THE STATE OF HEALTH CARE SERVICE OF CANCER PATIENTS AND THE WAYS OF ITS IMPROVEMENT

E.L. Choinzonov, L.F. Pisareva, N.V. Cherdyntseva, A.P. Boyarkina, I.N. Odintsova, N.A. Martynova

The results of epidemiological studies of cancer morbidity and mortality among the population of Siberia and Russian Far East have been shown. The study results for detecting the risk factors of tumor development considering the regional peculiarities have been presented. The analysis of health care service for cancer patients has been given and the way of its improvement has been planned.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вихерт А.М. Эпидемиология неинфекционных заболеваний / А.М. Вихерт, А.В. Чаклин. М., 1990. 269 с.
2. Волкотруб Л.П. Совершенствование методов мониторинга техногенных загрязнений в целях выявления территорий повышенного онкологического риска: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Л.П. Волкотруб. Томск, 1995. 53 с.
3. Заридзе Д.Г. Эпидемиология и профилактика рака / Д.Г. Заридзе // Вестник РАМН. 2001. № 9. С. 6–14.
4. Злокачественные новообразования в России в 1999 году (заболеваемость и смертность) / Под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского. М., 2000. 263 с.
5. Злокачественные новообразования в СССР, 1989–2005 гг. / Под ред. Н.Н. Трапезникова, В.В. Двойрина. М., 1990. 147 с.

6. Избранные лекции по клинической онкологии / Под ред. В.И. Чиссова, С.Л. Дарьяловой. М., 2000. 736 с.
7. Коломиец Л.А. Генитальная папилломавирусная инфекция и рак шейки матки / Л.А. Коломиец, Л.Н. Уразова. Томск, 2002. 100 с.
8. Мерков А.М. Статистическое изучение злокачественных новообразований / А.М. Мерков, А.В. Чаклин. М., 1962. 219 с.
9. Микроэлементозы человека: Этиология, классификация, органопатология / А.П. Авцын, М.А. Жаворонков, М.А. Риш, А.С. Строчкова. М., 1991. 496 с.
10. Нечунаев В.П. Факторы риска в заболеваемости злокачественными новообразованиями кожи населения Сибири, Дальнего Востока и Алтайского края: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / В.П. Нечунаев. Томск, 2002. 29 с.
11. Петрова В.Д. Злокачественные новообразования щитовидной железы в Алтайском крае на фоне региона Сибири и Дальнего Востока: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / В.Д. Петрова. Томск, 2000. 28 с.
12. Писарева Л.Ф. Закономерности распространения злокачественных новообразований в регионе Сибири и Дальнего Востока: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Л.Ф. Писарева. Томск, 1997. 77 с.
13. Особенности онкологической заболеваемости населения Сибири и Дальнего Востока / Л.Ф. Писарева, А.П. Бояркина, Р.М. Тахауов, А.Б. Карпов. Томск: Изд-во Том. ун-та, 2001. 411 с.
14. Статистическая оценка особенностей распространения и динамики заболеваемости злокачественными новообразованиями: Метод. рекоменд. М.: Минздрав, 1990. 30 с.
15. Стуконис М.К. Эпидемиология и профилактика рака / М.К. Стуконис. Вильнюс, 1984. 164 с.
16. Урбах В.Ю. Математическая статистика для биологов и медиков / В.Ю. Урбах. М., 1963. 322 с.
17. Чуруксаева О.Н. Новые подходы к ранней диагностике рака шейки матки: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / О.Н. Чуруксаева. Томск, 2002. 25 с.
18. Якубовская Р.И. Современные представления о молекулярных механизмах канцерогенеза и опухолевой прогрессии как основа для разработки новых методов терапии злокачественных новообразований / Р.И. Якубовская // Росс. онкол. журн. 2000. № 6. С. 42–50.
19. Cancer incidence in five continents / D.M. Parkin, J. Ferlay, L. Teppo, D.B. Thomas. Lyon IAPC, 2002. Vol. 8. 704 p.
20. Sancho-Garnier H. Part des comportement humains, et de l'environnement dans la prevention des cancers / H. Sancho-Garnier // C.r. Acad. Sci. Ser. 3. 2000. 323. № 7. P. 597–601.