

УДК 616-006:61:001.12/.18 (470.43)

СОСТОЯНИЕ, ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

© 2015 А.Е. Орлов¹, С.В. Козлов², А.Г. Егорова¹, М.О. Воздвиженский¹

¹ Самарский областной клинический онкологический диспансер

² Самарский государственный медицинский университет

Поступила в редакцию 28.03.2015

Для разработки стратегии совершенствования региональной системы онкологической службы Самарской области проведена оценка качества медицинской помощи онкологическим больным в период 2003-2012 гг. Для оценки качества медицинской помощи использовались показатели заболеваемости, активного выявления, ранней диагностики, запущенности, смертности, показатели объемов оказанной медицинской помощи (число посещений, госпитализаций, операций, реабилитационных услуг), а также показатели наблюдаемой выживаемости. В регионе на фоне стабильно высокой заболеваемости злокачественными новообразованиями пока не преодолены негативные тенденции роста смертности. Однако разработанные и внедренные в практическое здравоохранение модель активного выявления рака и модель высокотехнологичной специализированной медицинской помощи онкологическим больным позволили добиться положительных тенденций в показателях качества диагностики злокачественных новообразований и обеспечили достоверные тенденции роста во всех видах показателей выживаемости. Проведенное исследование показало, что приоритетным направлением деятельности онкологической службы Самарской области должен стать комплекс противораковых мероприятий, направленных на раннее и своевременное выявление злокачественных новообразований. Среди них: внедрение принципиально новых методов ранней диагностики онкологических заболеваний с высокой специфичностью и чувствительностью; увеличение числа контрольных диагностических исследований с оценкой эффективности проводимой терапии; внедрение инновационных методов лечения с более высокими показателями эффективности и минимизацией осложнений. Интеграция новейших методик ранней диагностики и лечения онкологических больных с инновационными организационными решениями обеспечит исполнение самых современных стандартов диагностики и лечения при основных локализациях рака, что приведет к улучшению показателей выживаемости и качества жизни онкобольных.

Ключевые слова: модель активного выявления злокачественных новообразований, модель специализированной высокотехнологичной медицинской помощи онкологическим больным, оценка качества диагностики злокачественных новообразований, выживаемость онкологических больных, стратегия совершенствования региональной системы онкологической службы

В 2013 г. в Самарской области впервые выявлено 14922 злокачественных новообразований (ЗНО), умерло от рака 6867 онкобольных. Всего на учете состояло 78043 больных раком [9]. В регионе ежегодно регистрируется динамика роста всех контингентов больных. Так, в период с 2009-2013 годы онкологическая заболеваемость возросла с 415,0 до 464,4 на 100 тыс. нас.

Орлов Андрей Евгеньевич, кандидат медицинских наук, доцент, главный врач. E-mail: OrlovAE@samaraonko.ru
Козлов Сергей Васильевич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой онкологии. E-mail: KozlovSV@samaraonko.ru

Егорова Алла Геннадьевна, кандидат медицинских наук, заместитель главного врача по организационно-методической работе. E-mail: EgorovaAG@samaraonko.ru

Воздвиженский Михаил Олегович, доктор медицинских наук, профессор, заместитель главного врача по лечебной работе. E-mail: VozdvijenskiyMO@samaraonko.ru

(или на 11,9%), распространенность – с 2042,7 до 2532,9 (или на 24,0%) и смертность при ЗНО – с 196,1 до 211,8 (или на 8,0%) [9, 16]. В РФ вышеупомянутые показатели в 2013 году оказались значительно ниже – 373,4, 201,1 и 2164,0 на 100 тыс. нас., соответственно [9].

В структуре онкологической заболеваемости первые места занимают ЗНО кожи (18,6%), колоректальный рак (КРР) (10,9%), рак молочной железы (РМЖ) (10,8%), легких (8,7%), предстательной железы (7,9%) и желудка (5,5%). У мужчин лидируют ЗНО предстательной железы (17,1%), легких (15,3%), кожи (14,8%), КРР (10,6%), рак желудка (6,8%) [1, 4-6, 10]. У женщин лидирующие ранговые места принадлежат раку кожи (21,8%) и молочной железы (19,8%), далее следуют КРР – 11,2%, ЗНО тела матки (7,9%), желудка (4,5%), шейки матки (4,3%) и рак яичников (3,9%). Среди ЗНО женской репродуктивной системы первое место занимает

РМЖ, второе – тела матки (РТМ), третье – яичников (РЯ) и четвертое место – рак шейки матки (РШМ) [6, 7]. При этом среди всех впервые выявленных случаев ЗНО более 2/3 приходится на возрастные группы старше 60 лет, составляя у мужчин в среднем 66,7%, у женщин – 63,1%. По сравнению с заболеваемостью ЗНО всего населения региона, заболеваемость в старшей возрастной группе выше в 3,5-3,6 раза [14].

В структуре смертности первые 5 мест занимают ЗНО легких (17,3%), КРР (13,9%), рак желудка (10,3%), РМЖ (9,4%), а также ЗНО лимфатической и кроветворной ткани (6,3%). В структуре смертности мужчин лидируют злокачественные опухоли легкого (27,1%), толстой кишки (11,8%), желудка (11,2%), предстательной железы (8,3%), лимфатической и кроветворной ткани (5,9%), а в структуре смертности у женщин – опухоли молочной железы (19,9%), толстой кишки (16,3%), желудка (9,2%), лимфатической и кроветворной ткани (6,6) и легких (6,1%) [1, 4-6, 10]. Рост заболеваемости и смертности при ЗНО, свидетельствующий о напряженной онкологической ситуации, определил необходимость совершенствования и развития в Самарской области региональной системы медицинской помощи онкологическим больным.

Цель работы: для разработки стратегии совершенствования региональной системы онкологической службы Самарской области проведена оценка качества медицинской помощи больных ЗНО и определены основные направления ее деятельности.

Материал и методы. Объектом настоящего исследования были больные, страдающие ЗНО и проживающие в Самарской области, сведения о которых включены в базу данных Самарского популяционного ракового регистра в период 2003-2013 гг. Для оценки качества диагностики ЗНО использовались показатели заболеваемости, активного выявления, ранней диагностики, запущенности, смертности. Для оценки качества уточняющей диагностики и специального лечения анализировались показатели объемов медицинской помощи, оказанной в ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер» (ГБУЗ СОКОД) (число посещений, госпитализаций, операций, реабилитационных услуг), а также показатели наблюдаемой, скорректированной и относительной выживаемости.

Исходными материалами исследования послужили первичные учетные документы за период 2009-2013 гг. (извещения о больном с впервые выявленным ЗНО, ф-090у), на основании которых была сформирована БД ПРР. При расчете показателей выживаемости был использован

динамический (актуриальный) метод, основанный на построении таблиц дожития [12, 13]. Расчет показателей выполнялся с помощью информационно-аналитической системы «Автоматизированная система оценки качества диагностики, лечения злокачественных опухолей и диспансерного наблюдения онкологических больных» (лицензия № 2010612497 от 09.04.2010г.), интегрированной с базой данных Самарского популяционного ракового регистра.

Результаты и обсуждение. Стратегией деятельности онкологической службы Самарской области на протяжении последних лет является развитие и совершенствование системы активного выявления рака. Основными методами активного выявления являются клинические онкоосмотры, «онкологические» скрининги и диспансерные осмотры больных с фоновыми и предраковыми заболеваниями [2, 3, 7, 15]. Приказом МЗ и СР СО №10 от 13.01.2012г. «Об организации оплаты случаев активного выявления на ранних стадиях онкологических заболеваний в учреждениях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь» был регламентирован порядок учета и экспертизы активно выявленных онкобольных. На **первом этапе**, в учреждениях здравоохранения, специалист в амбулаторной карте оформляет два дневника. При этом в первом дневнике указывается дата первичного осмотра пациента, когда заподозрена опухоль; описываются организационная тактика проявления специалистом его «онкологической настояренности», позволившие выявить заболевание активно, т.е. без жалоб, и «status localis» регистрируемой опухоли. Во втором дневнике содержится информация о посещении врача-онколога, подтвердившего диагноз ЗНО, дата гистологического (цитологического) исследования опухоли и её морфологический тип. Также специалист оформляет лист уточненных диагнозов, лист онкоосмотра и аналитическую карту активно выявленного онкобольного. Далее амбулаторные карты активно выявленных онкобольных, а также копии вышеуказанных документов (титульный лист амбулаторной карты, лист уточненных диагнозов, лист онкоосмотра и два дневника) направляются в организационно-методический отдел ГБУЗ СОКОД.

На **втором этапе** в ГБУЗ СОКОД проводятся медицинская экспертиза случаев активного выявления ЗНО, регистрация больных в БД ПРР; формирование и направление в ЛПУ списков активно выявленных онкобольных для представления id-sluch, ЕНП, кода страховой медицинской организации; конвертация уточненных списков из ЛПУ в базу данных популяционного ракового регистра; формирование списков ак-

тивно выявленных онкобольных из БД ПРР для ТФОМС в соответствии с требованиями Приказа №10; формирование пакета документов по каждому ЛПУ для ТФОМС.

На **третьем этапе** в ТФОМС проводится финансово-экономическая экспертиза и перечисление специалистам учреждений здравоохранения области 1500 руб. за каждый случай активного выявления злокачественной опухоли в 1-2 ст. процесса.

Для совершенствования мероприятий в системе активного выявления рака специалистами ГБУЗ СОКОД регулярно, в рамках выездных мероприятий, а также в рамках постоянно действующего семинара по онкологии проводятся обучающие мероприятия со специалистами учреждений здравоохранения области. В период

2009-2013 гг. обучено около 4 000 специалистов различных профилей. Онкоосмотры в 2013 г. были выполнены 2181615 жителям Самарской области, или 77,9% от общего числа взрослого населения. По результатам их выполнения в онкокабинеты было направлено 80220 пациентов (3,7% от числа осмотренных), после дообследования которых у 1931 из них (2,4%) были выявлены ЗНО. Показатель выявляемости рака от числа осмотренных составил 0,09%. На начало 2013 г. на диспансерном учете состояло 157436 больных с фоновыми и предраковыми заболеваниями, из которых 149783 было осмотрено, или 95,1%. В ходе диспансеризации удалось выявить 160 случаев ЗНО. Показатель выявляемости рака от числа осмотренных диспансерных больных – 0,11%.

Таблица 1. Результаты выполнения профилактических маммографических, цитологических и иммуноферментных исследований с целью активного выявления ЗНО в Самарской области в 2009-2013 гг.

Показатель	2009	2010	2011	2012	2013
маммографический скрининг					
охват МГ-скринингом от ч. жен.ст. 40 лет	13,3	10,1	8,2	13,5	18,5
общая выявляемость от числа обследованных	3,3	4,4	4,8	6,4	4,9
выявляемость РМЖ от числа обследованных	0,03	0,03	0,04	0,04	0,03
выяв-ть от числа впервые зарегистр.ЗНО мол. железы	1,0	2,1	2,4	2,6	3,2
цитологический скрининг					
охват цитол. скринингом жен.ст. 18 лет	59,7	60,1	58,2	62,9	68,9
общая выявляемость от числа обследованных	0,44	0,70	0,77	0,63	0,65
выявляем-ть РШМ от числа обследованных	0,7	2,8	5,0	1,3	1,2
выяв-ть ЗНО и с-г in situ от впервые зарегистр. ЗНО шейки матки	11,3	8,2	11,1	14,7	12,8
PSA-скрининг					
охват мужчин ст.40 л. PSA-скринингом	3,8	7,0	7,2	9,6	14,6
общая выявляемость	3,3	3,7	3,5	5,4	4,4
выявляемость рака	0,03	0,04	0,04	0,05	0,06
выяв-ть от числа впервые зарегистр.ЗНО предстат. железы	2,2	2,1	5,8	3,2	4,9

В 2013 г. флюорографические исследования были выполнены 2088203 жителям, выявлено 67 случаев рака легкого; маммографические исследования проведены 171718 женщинам (18,5% от общего числа женщин ст.40 лет), выявлено 47 случаев РМЖ; цитологические исследования шейки матки выполнены 1022365 женщинам (68,9% от общего числа взрослого женского населения), выявлено 4 случая РШМ и 6592 дисплазий; PSA исследованиями было охвачено 93990 мужчин (14,6% от общей

численности мужского населения ст.40 лет), выявлено 52 случая РПЖ. Как следует из табл. 1, в период с 2009 по 2013 гг. в Самарской области охват женщин маммографическим скринингом возрос с 13,3% до 18,5%. При этом общая выявляемость очаговой патологии возросла с 3,3% до 4,9%, выявляемость РМЖ – существенно не изменилась, а удельный вес ЗНО молочной железы, выявленных при маммографическом скрининге, возрос с 1,0% до 3,2% от общего числа впервые выявленных. Охват

женщин цитологическим скринингом возрос с 59,7% до 68,9%. При этом общая выявляемость дисплазий и РШМ возросла с 0,44% до 0,65%, выявляемость РШМ – с 0,7% до 1,2%, а удельный вес *c-g in situ* шейки матки и РШМ, выявленных при цитологическом скрининге, возрос с 11,3% до 12,8% от общего числа впервые зарегистрированных.

Охват мужчин PSA исследованиями возрос с 3,8% до 14,6%. При этом показатель выявляемости рака предстательной железы от числа обследованных возрос с 0,03% до 0,06%, а от числа впервые выявленных – с 2,2% до 4,9%. Таким образом, в 2013 г. в Самарской области активно выявлено 2091 ЗНО. При этом у 74,2% из них заболевание было выявлено при онкоосмотре, у 8,1% при проведении скринингового обследования и у 7,7% - в ходе диспансерного наблюдения больных с фоновыми и предраковыми заболеваниями.

Практическое внедрение представленной выше модели активного выявления ЗНО обеспечило положительные тенденции в проводимых в регионе скрининговых обследованиях для раннего и своевременного выявления ЗНО. Общий показатель активной выявленных ЗНО в период с 2009 по 2013 гг. в регионе возрос с 13,6% до 15,6%. В результате, показатель ранней диагностики возрос с 54,2% до 59,6%, показатель запущенности по наружным локализациям снизился с 19,3% до 17,3%, а 1-годичной летальности – с 29,5% до 27,6%. Кроме того, с 47,7% до 51,3% возрос удельный вес онкобольных, состоявших на учете 5 и более лет.

Главным учреждением онкологической службы региона является ГБУЗ СОКОД в состав которого входят: онкополиклиника на 600 посещений в смену; диагностическая служба, включающая рентгенодиагностическое отделение, КТ, МРТ, радионуклидную лабораторию, эндоскопическое отделение, отделение ультразвуковой диагностики, отдел лабораторной диагностики; стационар на 675 коек. Кроме традиционных хирургических, лучевых и химиотерапевтических методов лечения в ГУЗ СОКОД широко используются новые современные технологии лечения онкологических больных: рентгенохирургические операции, стереотаксическая лучевая терапия, радиочастотная и лазерная абляция, видеоассистированная эндоскопическая хирургия. Отделение лучевой терапии оснащено пятью современными линейными ускорителями.

Деятельность поликлиники и стационара ГУЗ СОКОД объединена единой компьютерной сетью, создана и на каждого больного ведется электронная история болезни. В актуальном состоянии поддерживается единая

персонифицированная база данных диспансерных онкологических больных Самарской области, содержащая информацию о методах специального лечения, активного выявления и причинах запущенности ЗНО. В ГБУЗ СОКОД в 2013 г. зарегистрировано 79766 пациентов, им было выполнено 1773629 услуг. В стационаре было пролечено 19579 больных. Показатель работы койки составил 343,0 средний койко-день – 12,0, а летальность – всего 0,3%. В хирургических отделениях было выполнено 13233 операций, из них 400 высокотехнологичных (в 2012 г – 360) в рамках государственной услуги «Оказание высокотехнологичных видов медицинской помощи по профилю онкология» за счет средств областного и федерального бюджетов. Кроме того, 2468 высокотехнологичных операций выполнено в рамках ОМС (в 2012 г. – 2332). В целом в период с 2011-2013 гг. число выполненных высокотехнологичных операций выросло с 2245 до 2798 или на 27,7%.

В стандартах лечения онкобольных широко используются высокотехнологичные методики лучевой терапии. В 2012 г. морально и физически устаревшее оборудование для лучевой терапии заменено на новое. В настоящее время функционирует 3 современных линейных ускорителя, возможности которых позволят исполнять современные стандарты лечения больных раком. Использование высокотехнологичной химиотерапии стало традицией в деятельности химиотерапевтических отделений ГБУЗ СОКОД, однако в связи с недостатком финансирования не весь арсенал необходимых лекарственных средств использовался в проводимых алгоритмах специального лечения. В настоящее время в регионе идет подготовка целевой онкологической программы, предполагающей ежегодное дополнительное финансирование для исполнения высокотехнологичных современных стандартов лекарственного лечения больных раком, основанных на сочетании традиционной химиотерапии с таргетной терапией.

После окончания радикального лечения больные направляются в отделение реабилитации ГБУЗ СОКОД, где выполняются различные программы восстановительного лечения, включающие психотерапию, ЛФК, АРТ-терапию. Всего в 2013 г. в отделении было пролечено 5824 онкобольных, которым оказано 136468 различных реабилитационных услуг. Среди них: 3442 консультаций врача, 93360 физиотерапевтических процедур, 18579 ЛФК, 7821 сеансов массажа, 1604 – психокорректирующих занятий и 1841 консультаций гастроэнтеролога. Таким образом, разработанная и внедренная в практическое здравоохранение региона система

организации специализированной медицинской помощи больным, страдающим ЗНО, позволила в Самарской области в период 2003-2012 гг. значительно улучшить показатели выживаемости [8]. Так, среди больных ЗНО, взятых на учет в период с 2003 по 2007 гг., кумулятивная 1-летняя наблюдаемая выживаемость составила $65,2 \pm 0,2\%$, а в период с 2008 по 2012 гг. – $68,2 \pm 0,2\%$ (прирост показателя составил $3,0\%$);

3-летняя – $49,0 \pm 0,2\%$ и $54,3 \pm 0,2\%$ (прирост $5,3\%$); 5-летняя – $41,8 \pm 0,2\%$ и $50,5 \pm 0,2\%$ (прирост $8,7\%$) [8]. Прирост 1-, 3-, 5-летней скорректированной выживаемости составил $3,0\%$, $6,1\%$, $11,1\%$, а относительной – $3,2\%$, $6,8\%$ и $10,9\%$, соответственно. Аналогичная тенденция отмечалась, как среди мужчин, так и среди женщин (табл. 2).

Таблица 2. Кумулятивная 1-, 3-, 5-летняя выживаемость онкологических больных в Самарской области за периоды 2003-2007 гг. и 2008-2012 гг., % ($P \pm m$)

Показатель	1-летняя		3-летняя		5-летняя	
	2003-2007	2008-2012	2003-2007	2008-2012	2003-2007	2008-2012
наблюдаемая						
оба пола	$65,2 \pm 0,2$	$68,2 \pm 0,2$	$49,0 \pm 0,2$	$54,3 \pm 0,2$	$41,8 \pm 0,2$	$50,5 \pm 0,2$
мужчины	$56,0 \pm 0,3$	$59,9 \pm 0,3$	$37,9 \pm 0,3$	$44,4 \pm 0,3$	$30,8 \pm 0,3$	$40,7 \pm 0,3$
женщины	$73,1 \pm 0,2$	$75,2 \pm 0,2$	$58,6 \pm 0,3$	$62,7 \pm 0,3$	$51,2 \pm 0,3$	$58,9 \pm 0,3$
скорректированная						
оба пола	$69,7 \pm 0,3$	$71,8 \pm 0,2$	$57,0 \pm 0,4$	$60,5 \pm 0,3$	$52,3 \pm 0,4$	$58,1 \pm 0,3$
мужчины	$61,0 \pm 0,5$	$63,9 \pm 0,4$	$46,4 \pm 0,7$	$51,2 \pm 0,6$	$41,9 \pm 0,7$	$48,7 \pm 0,6$
женщины	$77,1 \pm 0,3$	$78,5 \pm 0,3$	$65,9 \pm 0,4$	$68,4 \pm 0,4$	$61,0 \pm 0,5$	$65,9 \pm 0,4$
относительная						
оба пола	$72,2 \pm 0,2$	$74,5 \pm 0,2$	$60,3 \pm 0,2$	$64,4 \pm 0,2$	$56,8 \pm 0,3$	$63,0 \pm 0,2$
мужчины	$61,4 \pm 0,3$	$64,7 \pm 0,3$	$46,2 \pm 0,3$	$52,1 \pm 0,3$	$41,1 \pm 0,4$	$49,7 \pm 0,3$
женщины	$81,7 \pm 0,3$	$83,1 \pm$	$72,6 \pm 0,3$	$74,9 \pm 0,3$	$70,6 \pm 0,4$	$74,3 \pm 0,3$

В период с 2003-2012 гг. показатели 1-, 3-, 5-, 7-летней наблюдаемой выживаемости достоверно возросли на $10,5\%$, $z=13,8$; $12,2\%$, $z=11,5$; $10,1\%$, $z=6,6$; $10,2\%$, $z=5,9$ [8]; а показатели относительной выживаемости – на $6,4\%$, $z=6,8$; $0,5\%$, $z=6,9$; $5,0\%$, $z=2,3$ и $7,6\%$, $z=4,9$, соответственно. У мужчин прирост 1-, 3-, 5-, 7-летней наблюдаемой выживаемости составил $15,5\%$, $z=10,8$; $19,4\%$, $z=9,1$; $13,2\%$, $z=4,7$; $13,1\%$, $z=3,5$ [8]; а относительной – $8,9\%$, $z=7,0$; $14,5\%$, $z=6,7$; $6,8\%$, $z=2,3$ и $12,0\%$, $z=3,5$, соответственно. У женщин, больных раком, 1-, 3-, 5-, 7-летняя наблюдаемая выживаемость возросла на $7,1\%$, $z=8,0$; $7,2\%$, $z=6,2$; $7,0\%$, $z=3,9$; $7,0\%$, $z=3,7$ [8]; а относительная – на $8,9\%$, $z=7,0$; $14,5\%$, $z=6,7$; $6,8\%$, $z=2,3$ и $12,0\%$, $z=3,5$, соответственно.

Несмотря на достоверный рост всех видов показателей выживаемости, анализ показателя наблюдаемой выживаемости с учетом стадии заболевания показал, что положительные тенденции имели место лишь при ранних стадиях заболевания. Так, 1-летняя выживаемость при 1-й ст. процесса возросла на $3,6\%$, а при 2-й стадии – на $3,5\%$; 3-летняя – на $5,1\%$ и $2,0\%$, а 5-летняя – на $8,0\%$ и $5,0\%$, соответственно [8].

Выводы: в Самарской области на фоне стабильно высокой заболеваемости ЗНО пока не преодолены негативные тенденции роста смертности. Разработанные и внедренные в практическое здравоохранение модель активного

выявления рака и модель высокотехнологичной специализированной медицинской помощи онкологическим больным позволили добиться положительных тенденций в показателях качества диагностики ЗНО и обеспечили достоверные тенденции роста в во всех видах показателей выживаемости.

Приоритетным направлением деятельности онкологической службы региона должен быть комплекс мероприятий, направленных на раннее и своевременное выявление ЗНО. В ближайшие годы в рамках реализации целевой программы «Развитие здравоохранения Самарской области на 2014-2020гг» предусмотрен целый ряд мер, направленных на совершенствование качества диагностики ЗНО [2].

Для повышения качества диагностики РМЖ в учреждениях здравоохранения области осуществляется оцифровка имеющихся маммографов и организация на базе ГБУЗ СОКОД Маммологического центра, связанного с маммографическими кабинетами учреждений здравоохранения области телекоммуникационными связями. Специалисты Центра удаленно осуществляют чтение и расшифровку скрининговых исследований, проводят их архивирование для последующего динамического наблюдения больных, относящихся к группам риска развития злокачественных опухолей.

В учреждения здравоохранения региона внедряется новый метод «автоматизированной жидкостной цитологии», который позволит снизить количество неинформативного цитологического материала, стандартизировать процедуру взятия клеточного материала и приготовления монослойных цитологических препаратов, а также, из одной емкости с клеточной суспензией, дополнительно проводить ИЦХ-исследования, морфометрию, цитогенетические и молекулярно-генетические анализы. Разрабатывается программа скрининга колоректального рака с использованием ИГХ теста на скрытую кровь.

Проводятся мероприятия, направленные на совершенствование онкологического компонента диспансеризации, предусматривающие широкое использование в алгоритмах обследования больных, страдающих фоновыми и предраковыми заболеваниями высокотехнологичных методик, позволяющих выявлять ранние, в том числе доклинические формы рака. Среди них УЗИ и маммографии с пункциями, гистероскопии с прицельным диагностическим выскабливанием, видегастроскопии с использованием серии уточняющих методик для прицельного исследования участков, подозрительных на рак.

Совершенствуется и развивается система информирования населения по вопросам профилактики и раннего выявления новообразований с использованием неформальных методов санитарно-просветительской работы. Планируется организация Центра первичной профилактики рака, координирующего онкологический компонент работы кабинетов профилактики и Центров здоровья учреждений здравоохранения области.

Основными направлениями концепции совершенствования региональной системы медицинской помощи онкологическим больным являются внедрение новых инновационных организационных решений, предложенных и уже апробированных в ряде развитых стран. Интеграция новейших методик ранней диагностики и лечения с инновационными организационными решениями позволит обеспечить финансовое исполнение самых современных стандартов диагностики и лечения при основных локализациях рака, что приведет к улучшению показателей выживаемости и качества жизни онкобольных.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. *Гридасов, Г.Н.* Состояние и перспективы развития онкологической службы Самарской области / *Г.Н. Гридасов, А.Е. Орлов, А.Г. Егорова* // Новые технологии в онкологии: Сборник мат-лов ежегодной науч.-практ. конф. – Самара, 2013. С. 5-7.
2. Государственная программа Российской Федерации "Развитие здравоохранения". – М., Министерство здравоохранения Российской Федерации, 2013.
3. *Давыдов, М.И.* Противораковой службы в России нет // Медицинский вестник. 2013.- №27 (640). С. 4-5.
4. *Егорова, А.Г.* Об основных тенденциях заболеваемости и смертности злокачественными новообразованиями в Самарской области в 2006 году / *А.Г. Егорова, Т.Ф. Попова, В.П. Тявкин* // Дни Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина РАМН в Самарской области, 12-14 сентября 2007 год: мат-лы III научно-практ. конф. – Самара, 2007. С. 40-42.
5. *Егорова, А.Г.* Об основных тенденциях заболеваемости и смертности злокачественными новообразованиями в Самарской области в 2005 году / *А.Г. Егорова, Т.Ф. Попова* // Дни Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина РАМН в Самарской области, 14-16 сентября 2006 год: мат-лы II научно-практ. конф. – Самара, 2006. С. 64-66.
6. *Егорова, А.Г.* Показатели заболеваемости, смертности и выживаемости при злокачественных новообразованиях, занимающих лидирующие ранговые места в структуре онкозаболеваемости Самарской области / *А.Г. Егорова, Л.А. Ратияни, Н.В. Иванова* и др. // Новые технологии в онкологии: мат-лы ежегодной научно-практ. конф. – Самара, 2011. С. 62-67.
7. *Егорова, А.Г.* Перспективы развития и совершенствования онкологической помощи женщинам Самарской области / *А.Г. Егорова, В.О. Катюшина, Н.Е. Торопова, А.Е. Орлов* // Интер-медикал. 2015. №1 (7). С. 14-20.
8. *Егорова, А.Г.* Оценка показателей наблюдаемой выживаемости при злокачественных новообразованиях в Самарской области в 2003-2012 годы // Интеграция науки и практики как механизм эффективного развития современного общества: мат-лы XIV междунар. конф. 25-26 декабря 2014 г. – М.: Изд-во «Институт стратегических исследований», 2014. С. 172-178.
9. *Каприн, А.Д.* Злокачественные новообразования в России в 2013 году (заболеваемость и смертность) / *А.Д. Каприн, В.В. Старинский, Г.В. Петрова.* – М.: ФГУ «МНИОИ им. П.А. Герцена Росмедтехнологий», 2015. 250 с.
10. *Козлов, С.В.* Особенности заболеваемости меланомой кожи в Самарской области / *С.В. Козлов, Е.Ю. Неретин* // Евразийский онкологический журнал. 2014. №1(01). С. 114-115.
11. *Козлов, С.В.* Проблемы оказания квалифицированной и специализированной хирургической помощи / *С.В. Козлов, А.В. Мешков, О.И. Каганов* // Медицинская наука и образование Урала. 2008. Т. 9, №3. С. 88-90.
12. *Мерабишвили, В.М.* Выживаемость онкологических больных. – СПб.: ООО «Фирма КОСТА», 2006. 440 с.
13. *Петрова, Г.В.* Характеристика и методы расчета медико-статистических показателей в онкологии / *Г.В. Петрова, О.П. Грецова, А.Д. Каприн, В.В. Старинский* / Методические рекомендации. – М.: ФГУ «МНИОИ им. П.А. Герцена Росмедтехнологий», 2014. 41 с.
14. *Сиротко, М.Л.* Анализ заболеваемости злокачественными новообразованиями населения Самарской области в 2000-2010 гг. и ее прогноз до 2025 г.

- / М.Л. Сиротко, М.Б. Денисенко // Профилактическая медицина. 2012. Е. 15, №1. С. 20-25.
15. Сомов, А.Н. Активное выявление злокачественных новообразований – основное направление деятельности онкологической службы Самарской области / А.Н. Сомов, А.Г. Егорова // Актуальные вопросы дополнительного профессионального образования. Мат-лы научно-практ. конф., посвященной 30-летию Института последипломного образования СамГМУ. – Самара, 2013. С. 379-380.
16. Чиссов, В.И. Злокачественные новообразования в России в 2009 году (заболеваемость и смертность) / В.И. Чиссов, В.В. Старинский, О.В. Петрова. – М.: ФГУ «МНИОИ им. П.А. Герцена Росмедтехнологий», 2011. 260 с.

STATE, PROSPECTS OF DEVELOPMENT AND IMPROVEMENT THE ONCOLOGICAL HELP TO THE POPULATION OF SAMARA OBLAST

© 2015 А.Е. Orlov¹, S.V. Kozlov², A.G. Egorova¹, M.O. Vozdvizhenskiy¹

¹Samara Regional Clinical Oncology Center

²Samara State Medical University

For development the strategy of improvement the regional system of oncological service in Samara oblast the assessment of quality of medical care to oncological patients during 2003-2012 is carried out. For assessment the quality of medical care the indicators of incidence, active identification, early diagnostics, neglect, mortality, indicators of provided medical care volumes (number of visits, hospitalization, operations, rehabilitation services), and also indicators of observed survival were used. In the region against steadily high incidence of malignant new growths negative tendencies of mortality growth aren't overcome yet. The models of active cancer detection and model of hi-tech specialized medical care to oncological patients, developed and introduced in practical health care allowed to achieve positive tendencies in indicators of quality of diagnostics the malignant new growths and provided reliable tendencies of growth in all types of indicators of survival. It is established that the complex of anticarcinogenic actions directed on early and timely identification of malignant new growths has to become priority activity of oncological service in Samara oblast. Among them: introduction of essentially new methods of oncological diseases early diagnosis with high specificity and sensitivity; increase in number of control diagnostic testings with efficiency assessment which is carried out therapies; introduction of innovative methods of treatment with higher rates of efficiency and minimization of complications. Integration of the latest techniques of early diagnostics and treatment of oncological patients into innovative organizational solutions will provide execution of the most modern standards of diagnostics and treatment at the main localizations of cancer that will lead to improvement of indicators of survival and quality of life of cancer patients.

Key words: *model, malignant new growths, specialized hi-tech medical care, oncological patients, quality of diagnostics, survival, strategy, regional system, oncological service*

Andrey Orlov, Candidate of Medicine, Associate Professor,
Chief Physician. E-mail: OrlovAE@samaraonko.ru

Sergey Kozlov, Doctor of Medicine, Professor, Head of the
Oncology Department. E-mail: KozlovSV@samaraonko.ru

Alla Egorova, Candidate of Medicine, Deputy Chief
Physician on Organizational and Methodical Work.

E-mail: EgorovaAG@samaraonko.ru

Mikhail Vozdvizhenskiy, Doctor of Medicine, Professor,
Deputy Chief Physician of Medical Work. E-mail:

VozdvizhenskiyMO@samaraonko.ru