

УДК 612.014.482+621.039

© 2007

**ОПЫТ РЕТРОСПЕКТИВНОГО СОЗДАНИЯ КАНЦЕР-РЕГИСТРА ДЛЯ
НАСЕЛЕНИЯ г. ОЗЕРСКА И АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ
ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ НА ЕГО ОСНОВЕ ЗА
ПЕРИОД С 1948 ПО 2005 ГГ.**

Е.П. Фомин

Россия, г.Озерск, Центральная медико-санитарная часть №71

П.В. Окатенко, Н.А. Кошурникова

Россия, г. Озерск, Южно-Уральский институт биофизики

В ЦМСЧ-71 совместно с ЮУрИБФ создан канцер-регистр, объединяющий 9546 случаев впервые диагностированных злокачественных новообразований (ЗНО) в 1948–2005 гг. среди коренного населения г. Озерска. Структура ЗНО, гистологическая верификация, ранняя диагностика, годичная летальность и наблюдение в течение пяти и более лет достоверно не отличаются от общенациональных и региональных статистических данных. Опыт ретроспективного создания и использования канцер-регистра в городе Озерске свидетельствует о возможности и необходимости создания аналогичных регистров в закрытых и открытых городах, входящих в систему медицинского обеспечения ФМБА, что, бесспорно, будет способствовать совершенствованию медицинской помощи населению.

В структуре заболеваемости и причин смерти населения злокачественные новообразования занимают третье ранговое место после болезней системы кровообращения и внешних причин [1, 2]. Вместе с тем среди неблагоприятных последствий действия ионизирующих излучений злокачественные новообразования по значимости занимают первое место. Именно коэффициенты канцерогенного радиационного риска являются научной основой гигиенического нормирования [3–5]. В любых эпидемиологических исследованиях, проводимых среди населения, проживающего вблизи предприятий атомной промышленности или энергетики, а также среди персонала этих предприятий всегда возникает необходимость оценки канцерогенного риска. В большинстве работ коэффициенты риска оцениваются по показателям онкологической смертности [3–5]. Однако в последние годы все большее внимание придается исследованию онкологической заболеваемости. Действительно, показатели онкологической заболеваемости более корректно и адекватно отражают кан-

церогенный риск не только для радиационно-индукционных опухолей, но и при действии иных канцерогенных факторов. Достижения современной онкологии, включая возможности ранней диагностики, более широкое оперативное вмешательство, постоянно увеличивающийся спектр лучевых, гормональных и химиотерапевтических способов лечения позволяют не только продлить жизнь онкобольных, но и добиться практически полного излечения. Кроме того, целый ряд злокачественных новообразований, при своевременной диагностике и правильной терапии, не являются смертельными, и это касается не только таких опухолей, как базальноклеточный рак кожи, но даже столь грозного заболевания как лейкемия. Таким образом, учет и анализ онкологической заболеваемости представляют более точные и достоверные сведения о канцерогенном риске, в том числе и при действии ионизирующих излучений. Для наиболее полного учета и анализа онкологической заболеваемости необходимо располагать сведениями, которые объединяются в канцер-registрах [6].

Исходя из вышеизложенного, целью настоящей работы является опыт создания и использования канцер-регистра для населения г. Озерска – закрытого территориального образования (ЗАТО), созданного в 1946 г. в непосредственной близости к первому в России предприятию атомной промышленности, в настоящее время известному как ПО “Маяк”. Несмотря на то, что официальным годом создания города считается 1946, практически основное население, в частности персонал ПО “Маяк” начал заселять город в 1948 г., т.е. с момента пуска в эксплуатацию первого промышленного атомного реактора. В 1946–1947 гг. в городе жили в основном работники строительно-монтажных организаций. Кроме того, значительную часть населения составляли военные строители и заключенные исправительно-трудовых колоний (ИТЛ). В соответствии с первой всесоюзной переписью населения, которая прошла в 1959 г., к коренному населению города принято относить жителей, имеющих постоянную регистрацию в адресном бюро. Иными словами военнослужащие строительных частей и заключенные ИТЛ к этой категории не относятся. Это необходимо отметить, поскольку среди них также возникали злокачественные новообразования. Но в настоящей работе они не подлежат учету и анализу. Таким образом, в создаваемый канцер-регистр включались все случаи злокачественных новообразований, возникшие среди коренного населения города.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Источниками информации для учета впервые установленного диагноза злокачественного новообразования (ЗНО) служили:

- контрольная карта диспансерного наблюдения больного ЗНО (Ф. № 030-6),
- извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом ЗНО (Ф. № 090),
- протоколы патологоанатомического и судебно-медицинского исследований,
- журналы гистологического и цитологического исследований,
- истории болезни и амбулаторные карты,
- медицинское заключение о причине смерти.

Была разработана компьютерная программа и, используя данные контрольной карты диспан-

серного наблюдения онкологических больных (Ф. № 030-6), создана редуцированная карта учета, включающая паспортную часть, дату диагностики и взятия на учет, стадию заболевания и исход. На основе собранной информации и созданной базы данных, проведен анализ структуры ЗНО среди мужчин и женщин г. Озерска. Помимо структуры заболеваемости ЗНО, проанализированы такие показатели состояния онкологической помощи, как распределение больных в зависимости от стадии заболевания, смертность на первом году жизни после установления диагноза и процент больных, наблюдавшихся 5 и более лет. Сравнение проводили с данными общероссийской статистики, а также с региональными данными, в качестве которых использовали показатели заболеваемости ЗНО в ближайших к г. Озерску населенных пунктах: закрытый г. Снежинск, открытый г. Кыштым и областной центр г. Челябинск.

В настоящей работе анализ заболеваемости ЗНО проведен среди всего населения, без выделения персонала основных производств ПО “Маяк”, который составляет не менее 30 % взрослого населения города. Известно, что по мере совершенствования технологии, радиационная обстановка на основных заводах существенно улучшалась, что, соответственно, нашло отражение в показателях здоровья персонала, включая показатели онкологической заболеваемости [7]. Тем не менее, при рассмотрении показателей онкологической заболеваемости среди всего населения города, нельзя забывать, что определенный вклад был внесен персоналом основных производств, особенно работавшим в период освоения технологии.

Обработка материала проведена с использованием общепринятых методов медицинской статистики. Различия считали достоверными при 95 % доверительном интервале.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Всего за изучаемый период с 1948 по 2005 гг. впервые в жизни диагностировано 9546 случаев злокачественных новообразований у 8950 жителей города. Все случаи ЗНО кодированы согласно МКБ-9 и МКБ-10. Динамика распределения случаев впервые диагностированных злокачественных новообразований за

весь период наблюдения с 1948 по 2005 гг. свидетельствует об увеличении числа онкологических больных в городе.

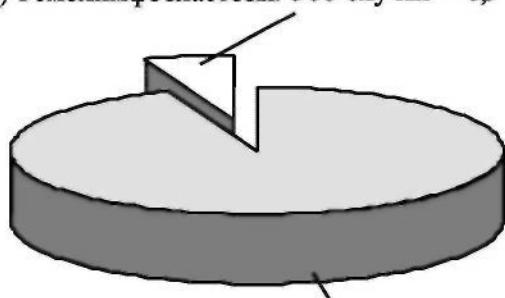
Разумеется, это обусловлено не только улучшением диагностики, а главным образом, связано с увеличением численности населения города и изменением его возрастной структуры. Так, по данным первой переписи 1959 г. коренное население города составляло 50064 человека, среди которых в возрасте до 30 лет было 64 %, а старше 60 лет – 3,4 %. По результатам последней переписи 2002 г. население города составило 85173 человека, из которых до 30 лет было 38 %, а старше 60 лет – 19 %. Таким образом, за период между первой и последней переписями доля жителей города моложе 30 лет уменьшилась почти в два раза, а доля лиц старше 60 лет увеличилась почти в 6 раз.

Более того, по сведениям статуправления администрации в 1948 г. коренное население города не превышало 40 тыс. человек, и вклад детей был еще выше, чем на год первой переписи. По данным создаваемого канцер-регистра за первые 10 лет существования города (с 1948 по 1959 гг.) было диагностировано 363 случая ЗНО. За последние десять лет (с 1996 по 2005 гг.) количество впервые диагностированных случаев составило 3375, т.е. увеличилось почти в 10 раз. Следует отметить, что среди впервые установленных случаев злокачественных новообразований достаточно высока доля (10,7 %) случаев, диагностированных посмертно. Из числа впервые диагностированных 9546 случаев злокачественных новообразований 8980 (94,1 %) составляли солидные злокачественные опухоли и 566 (5,9 %) злокачественные новообразования лимфатической и кроветворной тканей. Среди последних 273 (48,2 %) случая составляли лейкозы, в том числе было 60 хронических лимфоцитарных лейкозов. Из общего числа ЗНО 4624 были диагностированы у мужчин и 4922 у женщин.

Морфологическое подтверждение диагноза ЗНО при гистологическом и цитологическом исследовании имело место в 7161 случае (75 %), что близко к данным в целом по России (78 %) и Санкт-Петербургу (76,3 %), но ниже, чем в Москве (82 %).

Структура онкологической заболеваемости, представленная на рис. 1, свидетельствует о значительном сходстве с национальной статистикой

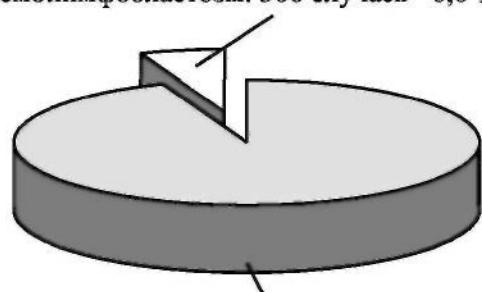
а) Гемолимфобластозы: 566 случаев – 5,9 %



Солидные раки: 8980 случаев – 94,1 %

б) мужчины

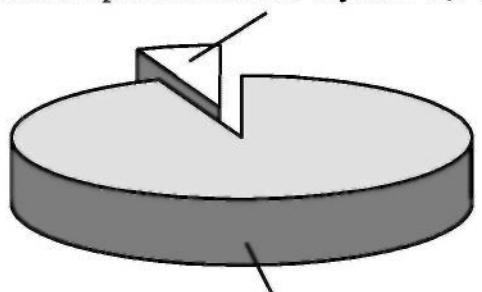
Гемолимфобластозы: 306 случаев – 6,6 %



Солидные раки: 4318 случаев – 93,4 %

в) женщины

Гемолимфобластозы: 260 случаев – 5,3 %



Солидные раки: 4662 случаев – 94,7 %

Рис. 1. Соотношение солидных раков и гемолимфобластозов среди населения г. Озерска
а) лица обоего пола; б) мужчины; в) женщины

[8, 9]. Как и в Российской Федерации, в структуре ЗНО преобладают солидные опухоли и соотношение между солидными новообразованиями и гемолимфобластозами у мужчин и женщин практически одинаковое.

В структуре солидных опухолей у мужчин г. Озерска первые три ранговых места занимают опухоли органов пищеварения, дыхания, кожи и мягких тканей, а у женщин – кожи и мягких тканей, органов пищеварения и мочеполовой системы (рис. 2). Поскольку среди опухолей кожи значительное место занимают немеланомные раки, принято проводить анализ после их исключения.

Из данных, представленных на рис. 3 видно, что ранжирование солидных раков после исключения базалиома существенно изменилось:

у мужчин опухоли мягких тканей и кожи с 3 места переместились на последнее, а у женщин с первого на второе.

Среди опухолей органов пищеварения у мужчин первое место занимает рак желудка, составляя 43 % в этой категории новообразований, рак легкого и бронхов занимает 87,3 % от всех опухолей органов дыхания и грудной клетки. Рак кожи, включая базалиомы, в своей группе составляет 79,4 %, а меланомные новообразования – 9,9 % или около 48 % после исключения базалиом. В опухолях мочеполовой системы 34 % занимает рак предстательной железы и 32,1 % опухоли почки. Опухоли головного мозга занимают 42,3 % в группе новообразований нервной системы вместе с новообразованиями

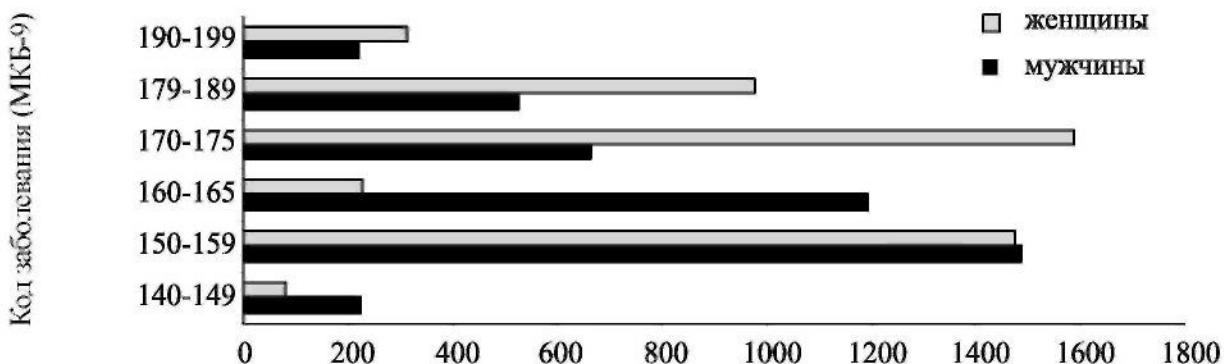


Рис. 2. Структура (и ранговые места) наиболее значимых солидных раков у населения г. Озерска

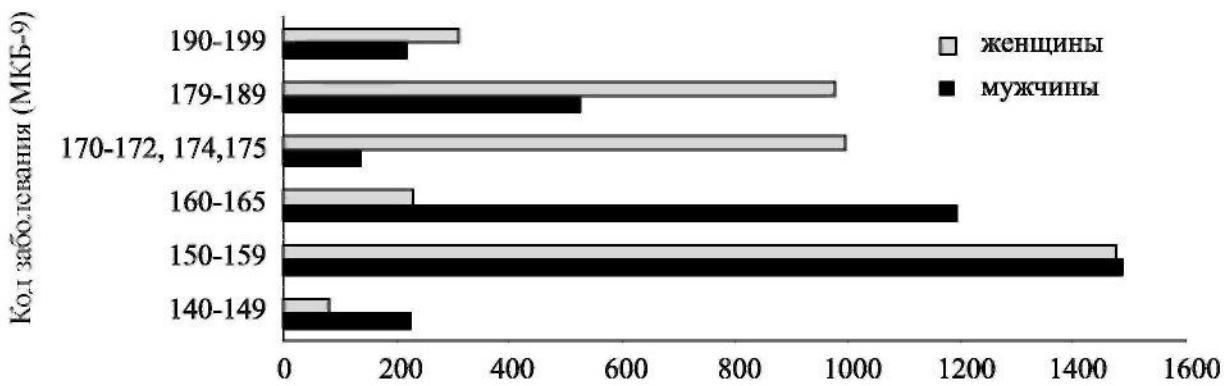


Рис. 3. Структура (и ранговые места) наиболее значимых солидных раков (без базалиом) у населения г. Озерска

Таблица I
Распределение онкологических больных в г. Озерске за период с 1948 по 2005 гг.

мужчины					
МКБ-9	МКБ-10	I-II стадии	III стадия	IV стадия	Всего
140–208	C00–C96	1606–34,7%	1383–29,9%	1635–35,4%	4624–100%
140–199	C00–C80	1504–34,8%	1304–30,2%	1510–35,0%	4318–100%
200–208	C81–C96	102–33,3%	79–25,8%	125–40,9%	306–100%
140–149	C00–C14	144–64,0%	57–25,3%	24–10,7%	225–100%
150–159	C15–C26	230–15,5%	501–33,7%	756–50,8%	1487–100%
151	C16	110–17,0%	205–31,7%	332–51,3%	647–100%
153	C18	44–16,7%	117–44,4%	102–38,9%	263–100%
154	C20	47–22,4%	87–41,4%	76–36,2%	210–100%
160–165	C30–C39	284–23,8%	460–38,5%	450–37,7%	1194–100%
162	C34	236–22,6%	390–37,4%	416–40,0%	1042–100%
170–175	C40–C50	597–89,6%	35–5,3%	34–5,1%	666–100%
170–175, без 173	C40–C50, без C44	78–56,9%	28–20,5%	31–22,6%	137–100%
179–189	C51–C68	208–39,5%	175–33,3%	143–27,2%	526–100%
185	C61	64–35,8%	64–35,8%	51–28,4%	179–100%
189	C64	48–28,4%	63–37,3%	58–34,3%	169–100%
190–199	C69–C80	41–18,6%	76–34,6%	103–46,8%	220–100%
191	C71	10–10,8%	49–52,7%	34–36,5%	93–100%
204–208	C91–C96	48–31,2%	31–20,1%	75–48,7%	154–100%
204–208, без 204.1	C91–C96, без C91.1	27–22,3%	24–19,8%	70–57,9%	121–100%

женщины					
МКБ-9	МКБ-10	I-II стадии	III стадия	IV стадия	Всего
140–208	C00–C96	2336–47,5%	1191–24,2%	1395–28,3%	4922–100%
140–199	C00–C80	2231–47,8%	1132–24,3%	1299–27,9%	4662–100%
200–208	C81–C96	105–40,4%	59–22,7%	96–36,9%	260–100%
140–149	C00–C14	67–83,8%	8–10,0%	5–6,2%	80–100%
150–159	C15–C26	218–14,8%	522–35,4%	735–49,8%	1475–100%
151	C16	67–12,3%	180–33,2%	296–54,5%	543–100%
153	C18	54–15,9%	160–47,2%	125–36,9%	339–100%
154	C20	78–33,8%	89–38,5%	64–27,7%	231–100%
160–165	C30–C39	61–26,6%	70–30,6%	98–42,8%	229–100%
162	C34	55–26,9%	62–30,2%	88–42,9%	205–100%
170–175	C40–C50	1271–80,0%	223–14,0%	94–6,0%	1588–100%
170–175 без 173	C40–C50, без C44	582–98,1%	6–1,0%	5–0,9%	593–100%
174	C50	565–69,6%	178–21,9%	69–8,5%	812–100%
179–189	C51–C68	489–50,0%	221–22,6%	268–27,4%	978–100%
180	C53	162–59,1%	49–17,9%	63–23,0%	274–100%
182	C54	179–71,0%	41–16,3%	32–12,7%	252–100%
190–199	C69–C80	125–40,1%	88–28,2%	99–31,7%	312–100%
191	C71	5–5,9%	46–54,8%	33–39,3%	84–100%
204–208	C91–C96	35–29,4%	24–20,2%	60–50,4%	119–100%
204–208 без 204.1	C91–C96, без C91.1	19–20,7%	17–18,5%	56–60,8%	92–100%

прочих локализаций. У женщин рак молочной железы занимает 17,4 % в структуре всех солидных опухолей, а в группе новообразований кожи и мягких тканей – 51,1 %. Среди опухолей органов пищеварения преобладает рак желудка (36,8 %), а среди новообразований мочеполовой сферы 28 % принадлежит раку шейки матки. Несколько реже диагностируется рак тела матки (25,8 %) и в два раза реже опухоли почки.

Распределение больных ЗНО в зависимости от стадии опухолевого процесса представлено в табл. 1. Из нее следует, что в целом за период с 1948 по 2005 гг. удельный вклад лиц с I и II стадиями составил 34,7 % у мужчин и 47,5 % у женщин, с III стадией – 29,9 % у мужчин и 24,2 % у женщин и с IV стадией – 35,3 % у мужчин и 28,3 % у женщин. Для лиц обоего пола распределение по стадиям опухолевого процесса за весь период наблюдения составило 41,3 % больных с I и II стадиями, 27,0 % больных с III стадией и 31,7 % с IV стадией. Сравнение с региональной статистикой возможно лишь за последние годы, поскольку за предыдущие такие данные отсутствуют. Как следует из данных табл. 2 в г. Озерске удельный вклад больных с I и II стадиями несколько выше, чем в г. Кыштыме (соседний открытый город), но ниже, чем в областном центре и г. Снежинске (соседний закрытый город). Удельный вклад запущенных случаев (IV стадия) выше, чем в соседних городах, но такой же, как в областном центре. Из данных табл. 1 следует, что наибольший процент ранней диагностики касается новообразований губы, полости рта и глотки, а также кожи и мягких тканей у лиц обоего пола. У женщин, кроме того, достаточно высок удельный вес рано диагностируемых опухолей молочной железы, рака шейки и тела матки. Запущенность диагностики наиболее высока для новообразований органов пищеварения и лейкозов. Более чем у 40 % больных диагностируется в IV стадии рак легкого. Если рассматривать собранный материал в динамике по годам, то можно видеть, что за последние годы и в г. Озерске снизился удельный вклад запущенных случаев. За весь период наблюдения больных с IV стадией опухолевого процесса было почти 32 %, а за последние годы – 23,5 % (табл. 2).

Достаточно адекватно состояние онкологической помощи населению отражает показатель годичной летальности. Из данных, представлен-

Таблица 2

Распределение онкобольных г. Озерска в зависимости от стадии в сравнении с региональными данными (данные за 2003–2005 гг.)

Город	I-II стадии	III стадия	IV стадия
Озерск	46,4	28,3	23,5
Челябинск	52,7	17,7	25,5
Кыштым	46,2	32,0	19,7
Снежинск	52,7	22,6	18,3

ных в табл. 3 следует, что летальность на первом году после установления диагноза имеет четкую корреляцию со стадией опухолевого процесса.

Среди жителей г. Озерска годичная летальность достоверно выше у мужчин, чем у женщин и обусловлено это высокой смертностью на первом году больных мужчин не только с IV стадией, но с III и даже I и II стадиями заболевания солидными ЗНО. Наиболее заметные различия касаются таких локализаций как рак губы, полости рта, глотки, кишечника, особенно прямой кишки, меланомный рак кожи, ЗНО мочеполовых органов, головного мозга, лимфатической и кроветворной тканей.

Важным показателем является длительность наблюдения больных после установления диагноза (табл. 4 и 5).

В г. Озерске наблюдались в течение пяти и более лет (на конец 2005 г.) 57,6 % мужчин и 65,1 % женщин. За исключением рака желудка и злокачественных опухолей органов дыхания пятилетняя выживаемость у женщин в г. Озерске примерно на 10 % выше, чем у мужчин. Особенно заметны различия по таким локализациям, как рак губы, полости рта, глотки, меланомный рак кожи, опухоли головного мозга и лейкоз. По сравнению с региональной статистикой в г. Озерске доля онкологических больных, наблюдавшихся 5 и более лет, несколько выше. Так в областном центре эта доля составляет около 45 %, в соседних закрытом и открытом городах – 47,4 % и 47,5 %. Существенно отличаются показатели пятилетней выживаемости при анализе их за весь период наблюдения, начиная с 1948 г. Как и

Таблица 3

Смертность онкологических больных г. Озерска на первом году после установления диагноза
(период наблюдения с 1948 по 2005 гг.)

МКБ-9	МКБ-10	Мужчины				Женщины			
		Стадии	I-II	III	IV	Всего	I-II	III	IV
140–208	C00–C96	7,5	44,5	84,3	45,7	3,0	35,0	82,3	33,2
140–199	C00–C80	7,9	44,8	84,3	45,8	2,8	35,1	82,1	32,8
200–208	C81–C96	2,0	39,2	84,0	45,1	7,6	32,2	84,4	41,5
140–149	C00–C14	16,7	42,1	66,7	28,4	6,0	25,0	60,0	11,3
150–159	C15–C26	9,6	44,3	85,7	60,0	8,3	42,7	87,2	59,8
151	C16	3,6	50,2	84,6	60,0	9,0	49,4	88,5	65,7
153	C18	4,5	29,9	80,4	45,2	3,7	29,4	83,2	45,1
154	C20	10,6	27,6	81,6	43,3	6,4	28,1	73,4	33,3
160–165	C30–C39	17,6	50,9	86,0	56,2	8,2	47,1	76,5	49,3
162	C34	19,5	52,8	86,3	58,6	9,1	48,4	73,9	48,8
170–175	C40–C50	0,8	37,1	67,6	6,2	1,7	15,2	51,1	6,5
170–172, 174, 175	C40–C43, C50	6,4	42,9	71,0	28,5	3,2	15,7	52,8	10,4
179–189	C51–C68	7,7	27,4	76,9	33,1	2,7	29,0	81,7	30,3
185 (174*)	C61 (C50*)	3,1	28,1	56,9	27,4	3,4	13,5	47,8	9,4
189	C64	8,3	20,6	86,2	39,6	4,5	23,4	84,4	32,5
190–199	C69–C80	4,9	56,6	86,4	60,9	0,8	46,6	81,8	39,4
191	C71	20,0	69,4	100,0	75,3	0	67,4	93,9	73,8
204–208	C91–C96	4,2	50,0	82,7	51,6	8,6	34,8	93,3	56,8
204–208 без 204.1	C91–C96 без C91.1	3,7	50,0	84,3	59,5	15,8	23,5	94,6	65,2

Примечание. * – для женщин.

следовало ожидать, несмотря на невысокий процент запущенности, пять и более лет наблюдалось 22,6 % мужчин и 34,8 % женщин. Это касалось солидных раков и гемолимфобластозов. Иными словами, онкобольные умирали при наличии не только IV стадии опухолевого процесса.

В заключение считаем полезным остановиться кратко на данных о верификации диагнозов ЗНО с использованием патологоанатомической и судебно-медицинской аутопсии. К сожалению, вынуждены констатировать резкое уменьшение патологоанатомических исследований лиц, умерших от ЗНО. Так, среди онкологических больных, умерших в 1948–1970 гг. патологоанатомическое исследование проводилось в 72 % случаев, среди умерших в 1971–1990 гг. – в 61 % случаев, а среди умерших в 1991–2005 гг. только в 13,2 % случаев. Такое снижение доли

лиц, подвергавшихся патологоанатомическому исследованию, естественно резко уменьшило число расхождений диагнозов. При 72 % вскрытых расхождение диагнозов обнаружено в 5,8 % от числа, подвергшихся аутопсии, или в 4,2 % от числа умерших онкологических больных, при 61 % вскрытых расхождения диагноза установлено в 3,0 % от числа вскрытых и в 1,9 % от числа умерших, а при 13 % аутопсий расхождения установлены в 0,6 % от вскрытых и лишь у 0,08 % умерших от ЗНО. При этом учитывали расхождение по локализации опухоли и полное расхождение клинического и патологоанатомического диагноза. Не учитывали те случаи, когда при наличии ЗНО причиной смерти явилось другое заболевание. В большинстве случаев причиной расхождения явилось позднее обращение больных, но имеют место случаи, когда

Таблица 4

Доля онкобольных г. Озерска, наблюдавшихся пять и более лет, в зависимости от стадии и локализации опухолевого процесса (период наблюдения 1948–2005 гг.)

МКБ-9	МКБ-10	Мужчины				Женщины			
		Стадии	I-II	III	IV	Всего	I-II	III	IV
140–208	C00–C96	51,3	14,5	1,2	22,6	61,1	21,4	2,2	34,8
140–199	C00–C80	50,1	14,5	1,0	22,2	61,2	21,6	2,1	35,1
140–149	C00–C14	56,3	19,3	0	40,9	68,7	25,0	0	60,0
150–159	C15–C26	45,7	16,4	0,5	12,8	52,8	17,6	1,2	14,6
151	C16	57,3	16,1	0,9	15,3	59,7	12,8	0	11,6
153	C18	54,5	26,5	0	20,9	57,4	26,9	3,2	23,0
154	C20	38,3	14,9	0	14,8	48,7	22,5	4,7	26,4
160–165	C30–C39	25,7	8,5	0,4	9,5	31,1	11,4	1,0	12,2
162	C34	23,3	6,9	0,5	8,1	27,3	9,7	1,1	10,7
170–175	C40–C50	65,7	20,0	2,9	60,1	62,9	31,8	4,3	55,0
179–189	C51–C68	35,1	20,0	3,5	21,5	59,7	22,6	2,6	35,7
185 (174*)	C61 (C50*)	26,6	12,5	3,9	15,1	57,7	35,4	5,8	48,4
189	C64	31,3	27,0	3,4	20,1	45,5	34,0	0	29,3
190–199	C69–C80	73,2	19,7	2,9	21,8	76,0	23,9	6,1	39,1
200–208	C81–C96	68,6	13,9	4,0	28,1	59,0	18,6	3,1	29,2
204–208	C91–C96	62,5	6,5	5,3	23,4	51,4	13,0	1,7	18,6
204–208 без 204.1	C91–C96 без C91.1	66,7	4,2	4,3	18,2	42,1	17,6	0	12,0

Примечание. * – для женщин.

Таблица 5

Доля онкобольных г. Озерска, наблюдавшихся пять и более лет, в зависимости от стадии и локализации опухолевого процесса (на конец 2005 г.)

МКБ-9	МКБ-10	Мужчины				Женщины			
		Стадии	I-II	III	IV	Всего	I-II	III	IV
140–208	C00–C96	62,5	43,9	22,7	57,6	67,5	55,7	30,8	65,1
140–199	C00–C80	62,2	44,7	25,0	57,6	67,4	55,8	25,0	65,0
140–149	C00–C14	77,8	45,5	0	66,7	72,0	100,0	0	73,1
150–159	C15–C26	66,2	47,5	0	54,7	67,8	54,4	36,4	59,9
151	C16	32,7	66,7	0	73,5	69,2	60,0	0	62,5
153	C18	58,3	41,4	0	46,4	64,5	52,3	50,0	56,8
154	C20	52,9	14,3	0	41,7	69,2	54,5	0	64,9
160–165	C30–C39	46,7	42,1	40,0	45,2	47,6	50,0	0	46,7
162	C34	42,5	36,4	50,0	41,9	44,4	60,0	0	45,8
170–175	C40–C50	69,6	0	0	61,5	70,8	100,0	0	72,0
179–189	C51–C68	44,4	33,3	33,3	41,1	64,1	53,1	0	61,9
185 (174*)	C61 (C50*)	29,6	21,4	0	25,6	61,8	60,0	0	60,6
189	C64	34,8	33,3	100,0	35,7	48,4	35,3	0	42,9
190–199	C69–C80	60,0	37,5	0	46,2	100,0	50,0	100,0	71,4
200–208	C81–C96	66,7	33,3	0	56,6	70,0	54,5	100,0	67,9
204–208	C91–C96	45,5	0	0	41,7	75,0	100,0	0	77,8
204–208 без 204.1	C91–C96 без C91.1	50,0	0	0	40,0	100,0	100,0	0	100

Примечание. * – для женщин.

врачебное заключение выдается до вскрытия, а также вскрытие проводится без изучения медицинских документов. Последнее касается лишь судебно-медицинских вскрытий и ни в одном случае не зафиксировано при патологоанатомической аутопсии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Создание онкологических регистров в закрытых и открытых городах, входящих в систему медицинского обеспечения ФМБА является не только возможным, но и необходимым мероприятием для совершенствования медицинской помощи населению. Опыт создания онкологического регистра в ЗАТО г. Озерск показал, что сохранность архивов медицинских документов позволяет получить достаточную информацию даже для ретроспективного создания регистра. Так, использование всех медицинских источников информации позволило собрать материалы на 9546 случаев злокачественных новообразований, впервые диагностированных за период с 1948 по 2005 гг. у 8950 жителей города. Установлено, что структура ЗНО аналогична таиной в национальной статистике. Гистологическая верификация диагнозов составляет 75 %. Ранняя диагностика (I и II стадии), летальность на первом году и наблюдение в течение 5 и более лет мало отличаются от общенациональных и региональных данных.

При создании регистра помимо положительных моментов, выявилось ряд недостатков, для устранения которых необходимы организационные мероприятия. Так, имеет место неполный учет онкологических больных, о чем свидетельствует более 10 % впервые установленных диагнозов посмертно. Создание и ведение компьютерной базы данных в онкологической службе ЦМСЧ с обязательным включением в нее всех онкологических больных, независимо от того, врачом какой специальности поставлен диагноз, является первоочередной задачей для улучшения учета. Необходимо стремиться к увеличению количества патологоанатомических исследований, особенно в случаях злокачественных новообразований таких, как рак печени, поджелудочной железы, легкого и других трудно доступных локализаций. Это тем более важно, поскольку без патологоанатомического исследования часто трудно дифференцировать первичные опухоли

и метастазы. Для увеличения процента ранней диагностики следует совершенствовать работу смотровых кабинетов и шире использовать консультативную помощь областного онкологического диспансера.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Третьяков Ф.Д., Кошурникова Н.А., Креслов В.В. и др. Основные показатели смертности среди населения г. Озерска за 50 лет // Вопросы рад. безопасности. – 2002. – № 1. – С. 46–49.
2. Аксель Е.М., Двойрин В.В., Трапезников Н.Н. Статистика злокачественных новообразований в России и некоторых других странах СНГ в 1992 г. – М.: РАМН. Онкологический Научный Центр, 1994. – 252 с.
3. Shilnikova N.S., Preston D.L., Ron E. et al. Cancer mortality risk among workers at the Russian nuclear complex // Radiation Research. – 2003. – No. 159. – P. 787–798.
4. Кошурникова Н.А., Гильберт Э., Шильникова Н.С. и др. Канцерогенный риск при внутреннем облучении от инкорпорированного плутония (основные итоги эпидемиологического исследования среди персонала ПО “Маяк”) // Мед. радиология и радиац. безопасность. – 2001. – № 6. – С. 30–34.
5. Pierce D.A., Shimizu Y., Preston D.L. et al. Studies of the mortality of atomic bomb survivors. Report 12, Part 1. Cancer: 1950–1990 // Radiation Research. – 1996. – V. 146. – No. 1. – P. 1–27.
6. Cardis E., Vrijheid M., Blettner M. et al. Risk of cancer after low doses of ionizing radiation: retrospective cohort study in 15 countries // BMJ. – 2005. – V. 331. – № 7508. – P. 77.
7. Кошурникова Н.А., Окатенко П.В., Шильникова Н.С. и др. Медицинские последствия профессионального облучения (уровни онкосмертности среди персонала ПО “Маяк”) // Медицина экстремальных ситуаций. – 2006. – № 2(16). – С. 5–14.
8. Злокачественные новообразования в России и странах СНГ в 2002 г. // Под ред. М.И. Давыдова, Е.М. Аксель. – М., 2004. – 279 с.
9. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2004 г. // Вестник Российской Онкологического Научного Центра им. Н.Н. Блохина РАМН. – 2006. – Т. 17. – № 3 (прил. 1). – 132 с.