

В.В. Хижа<sup>1</sup>, К.Н. Мовчан<sup>1,2</sup>, К.Е. Чернов<sup>2</sup>,  
Б.С. Артюшин<sup>1,2</sup>, Ю.М. Морозов<sup>1</sup>, А.В. Жарков<sup>2</sup>,  
В.В. Татаркин<sup>2</sup>, К.И. Русакевич<sup>1,2</sup>

## Эпидемиологические сведения о злокачественных неоплазиях мочевого пузыря в Санкт-Петербурге

<sup>1</sup>Медицинский информационно-аналитический центр, Санкт-Петербург

<sup>2</sup>Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

**Резюме.** Оценены основные эпидемиолого-статистические данные о наблюдениях злокачественных неоплазий мочевого пузыря у жителей Санкт-Петербурга в 2013–2017 гг. Установлено, что, несмотря на рост заболеваемости раком мочевого пузыря и большие объемы лечебно-диагностической работы, качество оказания медицинской помощи больным данной патологией сохраняется на надлежащем уровне. Последнее обусловлено перманентным совершенствованием технологических и организационных методик обследования, а также лечения с возможностями своевременной верификации неоплазий и онкосанации пациентов. Доля больных, страдающих локализованными формами рака мочевого пузыря, за последние 5 лет увеличилась на 15%. Однако количественные показатели численности больных, страдающих инвазивными вариантами заболевания, достаточно высоки. Годичная летальность пациентов по причине злокачественных опухолей мочевого пузыря в Санкт-Петербурге ниже, чем в среднем в России (16 и 16,5% соответственно). В то же время «грубый» показатель смертности при этом заболевании в Санкт-Петербурге остаётся стабильным, хотя и превышающим аналогичный параметр в регионах Российской Федерации. Тем не менее показатель летальности не всегда однозначно отражает ненадлежащее качество обследования и лечения пациентов, так как зависит от многих причин. Показатель 5-летней выживаемости больных раком мочевого пузыря – один из самых высоких в стране. Полагаем, что качество оказания медицинской помощи жителям города, заболевших раком мочевого пузыря, по своим характеристикам не уступает таковому в других регионах России, а по ряду показателей оказывается на лидирующих позициях. Целенаправленное внедрение в практику врачей Санкт-Петербурга современных информационных технологий сбора, обработки, хранения и анализа медико-статистических данных о случаях злокачественных новообразований – одна из приоритетных задач совершенствования организации противораковой борьбы в ракурсе успешной реализации мероприятий программ развития здравоохранения России.

**Ключевые слова:** эпидемиология опухолей, заболевания урологического профиля, злокачественные неоплазии мочевыделительной системы, рак мочевого пузыря, скрининговые мероприятия, организация противораковой борьбы, заболеваемость злокачественными новообразованиями, показатели смертности.

**Введение.** В Российской Федерации (РФ) ежегодно отмечается увеличение численности случаев злокачественных опухолей (ЗО) мочевого пузыря (МП). Рак мочевого пузыря (РМП) в структуре ЗО входит в 10 чаще всего возникающих опухолевых процессов [6, 8, 9, 14]. Случаи смерти жителей России по причине РМП в структуре летальности от ЗО занимают 9–10 место [2–4]. Использование данных анализа о статистических сведениях и результатах оказания медицинской помощи (МедП) больным РМП позволяет оптимизировать её как в плане внедрения современных инновационных технологий, так и в ракурсе совершенствования по организационно-методическому уровню её предоставления. В этой связи анализ данных об информационно-аналитическом сопровождении медицинской деятельности по оказанию онкологической помощи жителям Санкт-Петербурга в случаях верификации у них РМП – важное направление научно-практической работы, направленной на развитие здравоохранения крупных административных центров РФ [1].

**Цель исследования.** Оценить деятельность специалистов онкологической службы Санкт-Петербурга по оказанию МедП жителям города, больным ЗО МП.

**Материалы и методы.** Изучены основные медико-статистические сведения ежегодно пополняемой базы данных отдела медицинской статистики опухолевых заболеваний Медицинского информационно-аналитического центра Санкт-Петербурга, аккумулирующего сведения, содержащиеся в первичных медицинских документах (регистрационные карты больных злокачественными новообразованиями (ЗНО) – ф. № 030-6ГРР; выписки из медицинских карт стационарного больного неоплазией – ф. № 027-1/У и др.). Проанализированы параметры форм ежегодной государственной отчетности № 35 «Сведения о больных злокачественным новообразованием» и № 7 «Сведения о случаях злокачественных заболеваний» за 2013–2017 гг. Обработка статистических параметров (распределение случаев по стадиям, показателям летальности, ранжирование по частоте,

выживаемость и др.) осуществлялась с помощью программного обеспечения «МедИнфо-4».

**Результаты и их обсуждение.** Установлено, что численность наблюдений РМП в Санкт-Петербурге ежегодно увеличивается без разницы в половых характеристиках заболевших (табл. 1). В медико-статистических показателях как в городе, так и по России в целом отмечается такая же негативная тенденция [1]. Среди петербуржцев количество случаев ЗО МП за последние пять лет во всех возрастных когортах наблюдений увеличилось на треть (32,3%) (в 2013 г. и 2017 г. – 576 и 762 случаев соответственно).

Рак мочевого пузыря в 2 раза чаще верифицируется у мужчин (табл. 2, 3). В связи с увеличением выявляемости неоплазий в целом и случаев РМП в частности «грубый» показатель заболеваемости жителей Санкт-Петербурга этой патологией увеличивается. В частности, при РМП в 2013 г. данный параметр составил 11,3 на 100 тыс. населения, в 2017 г. – 14,2 на 100 тыс. населения. По сравнению с РФ, в Санкт-Петербурге он выше (в 2017 г. – 11,7 на 100 тыс. населения), таблица 4.

Однако стандартизованный показатель заболеваемости жителей города, больных РМП, сопоставим с таковым по России в целом (табл. 5). В 2017 г. дан-

ный показатель заболеваемости при РМП населения Санкт-Петербурга составил 6,9 на 100 тыс. населения, а в РФ – 6,5 на 100 тыс. населения [5, 7].

Распространенность РМП среди жителей Санкт-Петербурга, в отличие от заболеваемости, снижается (в 2013 г. – 84,9; в 2017 г. – 78,7 на 100 000 населения), таблица 6. По России данный показатель при РМП в среднем составляет 74,1 на 100 тыс. населения (табл. 7).

Возрастание показателя частоты случаев активного выявления РМП у жителей Санкт-Петербурга в 2013–2017 гг. на фоне относительно стабильных параметров распространенности данного вида опухолей и ежегодного повышения заболеваемости ЗО МП позволяет полагать об успешности мероприятий противораковой борьбы, проводимой в условиях Головного административного центра Северо-Западного федерального округа.

В Санкт-Петербурге в 2017 г. численность группы больных ЗО, у которых РМП верифицирован в трудоспособном возрасте, несколько увеличилась. В частности, в 2017 г. данный показатель среди случаев ЗО, верифицированных в Санкт-Петербурге у людей в возрасте 19–59 лет, составил 20,2%, а в 2013 г. – 18,4%. С 2014 по 2016 гг. доля больных данной возрастной когорты также постепенно увеличивается с 19 до 21,1% (табл. 8).

Таблица 1

**Впервые выявленные случаи ЗО при обследовании жителей Санкт-Петербурга в 2013–2017 гг. с учетом органной локализации опухолей (без половой дифференцировки), абс. число**

Локализация ЗО	Год				
	2013	2014	2015	2016	2017
Пищевод	263	312	311	325	319
Желудок	1528	1507	1756	1614	1655
Кишки: тонкая	56	57	64	64	73
ободочная	1846	1957	2317	2263	2331
прямая	1135	1164	1337	1311	1269
Печень	332	332	411	429	429
Поджелудочная железа	837	776	1014	1065	1037
Гортань	205	211	268	211	224
Трахея, бронхи, легкие	1826	1888	2217	2181	2285
Кости и суставные хрящи	61	46	82	61	56
Кожа: меланома	456	510	646	551	591
другие новообразования	1569	1669	2331	2270	2222
Молочные железы	2396	2750	3073	3031	3196
Влагалище	10	23	19	21	22
Матка: шейка	449	497	583	556	542
тело	869	828	1038	1061	1084
Яичники	615	573	731	707	725
Предстательная железа	1107	1264	1580	1531	1583
Почки	792	839	988	969	971
Мочевой пузырь	576	539	729	731	762
Головной мозг	398	428	502	493	517
Щитовидная железа	318	462	504	965	974
Лимфатическая и кровеносная ткани	704	734	975	971	1006
Кровь (лейкозы)	484	541	654	634	585

Таблица 2

**Случаи ЗО, выявленные впервые в 2013–2017 гг. у мужчин Санкт-Петербурга  
(распределение по локализации), абс. число**

Локализация ЗО	Год				
	2013	2014	2015	2016	2017
Пищевод	186	227	213	216	212
Желудок	802	752	916	873	840
Кишки: тонкая	16	17	37	27	30
ободочная	679	752	903	843	866
прямая	506	528	586	613	601
Печень	165	181	214	215	216
Поджелудочная железа	387	338	436	495	447
Гортань	185	192	237	182	197
Трахея, бронхи, легкие	1336	1332	1510	1498	1586
Кости и суставные хрящи	26	26	38	36	33
Кожа: меланома	156	172	227	199	191
другие новообразования	553	538	738	747	745
Грудные железы	12	14	14	19	12
Предстательная железа	1107	1264	1580	1531	1583
Почки	407	429	501	515	496
Мочевой пузырь	408	384	523	508	533
Головной мозг	163	168	218	205	247
Щитовидная железа	37	61	89	159	162
Лимфатическая и кроветворная ткани	307	322	438	440	461
Кровь (лейкозы)	214	262	295	288	266

Таблица 3

**Случаи ЗО, выявленные впервые в 2013–2017 гг. у женщин Санкт-Петербурга  
(распределение по локализации), абс. число**

Локализация ЗО	Год				
	2013	2014	2015	2016	2017
Пищевод	77	85	98	109	107
Желудок	726	755	840	741	815
Кишки: тонкая	40	40	27	37	43
ободочная	1167	1205	1414	1420	1465
прямая	629	636	751	698	668
Печень	167	151	197	214	213
Поджелудочная железа	450	438	578	570	590
Гортань	20	19	31	29	27
Трахея, бронхи, легкие	490	556	707	683	699
Кости и суставные хрящи	35	20	44	25	23
Кожа: меланома	300	338	419	352	400
другие новообразования	1016	1131	1593	1523	1477
Молочные железы	2384	2736	3059	3012	3184
Матка: шейка	449	497	583	556	542
тело	869	828	1038	1061	1084
Яичники	615	573	731	707	725
Почки	385	410	487	454	475
Мочевой пузырь	168	155	206	223	229
Головной мозг	235	260	284	288	270
Щитовидная железа	281	401	415	806	812
Лимфатическая и кроветворная ткани	397	412	537	531	545
Кровь (лейкозы)	270	279	359	346	319

Таблица 4

**Параметры «грубой» заболеваемости жителей РФ 30 МП в 2013 – 2017 гг. с учетом данных по территориям страны на 100 000 населения**

Регион и округ РФ	Год				
	2013	2014	2015	2016	2017
Российская Федерация	9,98	10,2	10,94	11,23	11,72
Москва	8,93	8,76	9,72	9,79	11,54
Санкт-Петербург	11,34	10,44	14	13,91	14,26
Федеральные округа:					
Дальневосточный	10,5	9,92	11,53	11,34	12,36
Уральский	9,1	9,24	10,37	9,86	11,06
Южный	10,97	10,61	11,03	11,42	11,27
Центральный	10,43	10,58	11,36	11,52	12,12
Приволжский	9,82	10,17	10,86	11,33	11,63
Сибирский	10,6	11,46	11,69	12,3	13,09
Северо-Западный	10,36	10,79	12,03	12,24	12,88

Таблица 5

**Показатели стандартизованной заболеваемости населения РФ 30 МП в 2013–2017 гг. с учетом территорий на 100 000 населения**

Регион и округ РФ	Год				
	2013	2014	2015	2016	2017
Российская Федерация	5,8	5,84	6,17	6,26	6,45
Москва	4,68	4,6	4,88	5,05	5,66
Санкт-Петербург	5,64	5,11	7,16	6,78	6,98
Федеральные округа:					
Северо-Кавказский	5,01	4,94	5,38	5,63	5,46
Центральный	5,51	5,51	5,87	5,89	6,11
Южный	6,12	5,82	5,84	6,05	5,84
Приволжский	5,62	5,71	5,96	6,23	6,28
Уральский	5,75	5,9	6,39	5,94	6,65
Северо-Западный	5,65	5,81	6,42	6,37	6,69
Дальневосточный	7,05	6,55	7,37	7	7,72
Сибирский	6,64	7,12	7,17	7,5	7,82

Из таблицы 8 видно, что максимальная численность случаев 30 МП констатируется у больных старшего возраста (60–79 лет).

Удельный вес случаев 30 МП, верифицированных на ранних стадиях опухолевого роста, в Санкт-Петербурге заметно увеличивается (табл. 9).

Наиболее позитивные тренды оказания МедП при РМП отмечаются в случаях верификации опухоли на I стадии ее роста. В Санкт-Петербурге в 2017 г. доля больных 30 МП на ранних стадиях опухолевого роста составила 56,3%, что выше, чем в целом по РФ – 49,3%. (табл. 10).

Такая обнадеживающая тенденция обусловлена, с одной стороны, заинтересованной онконастороженностью не только сотрудников онкологической службы города, но и врачей-специалистов, внедряющих инновационные технологии обследования больных, использующих современное оборудование, в том числе и на уровне амбулаторного звена медицинского обеспечения населения с перспективой (при необ-

ходимости) дообследования больных посредством высокоинформативных цистоскопических исследований.

Несмотря на то, что доля локализованных форм РМП весьма значимая, количественные показатели численности больных с инвазивными (от мышечного слоя стенки мочевого пузыря) формами РМП (II–IV стадии) сохраняется также в высоких параметрах – 41%. В этой связи очевидна необходимость проведения скрининговых мероприятий у больных, возраст которых превышает 40 лет, особенно у курящих пациентов и людей, работающих на химическом производстве (в этих случаях углубленный скрининг целесообразно осуществлять еще с более раннего возраста [10, 13]. Так как оказание медицинской помощи такому контингенту больных сопряжено с комплексом мер (проведение объемных (расширенных) операций, применения курсов химиолучевой терапии и др.), значительные материальные издержки в этих наблюдениях неизбежны. При верификации же немь-

Таблица 6

**Распространенность ЗО среди жителей Санкт-Петербурга в 2013–2017 гг. (оба пола) на 100 000 населения**

Локализация ЗНО	Год				
	2013	2014	2015	2016	2017
Молочные железы	572,5	567,2	554,8	519,7	526,6
Кожа: меланома	79	78,6	79,5	80,3	82,9
исключая меланому	168,8	170,3	171,6	167	196,1
Кишки: ободочная	193,9	186,1	187,4	184,8	189
прямая	134,2	129,3	125	123,7	124,5
Матка: шейка	95,6	94,1	87,9	82,4	81,9
тело	189,6	164,3	177,8	169	172,1
Предстательная железа	125,3	126,6	137,5	137,2	149,7
Почки	98,4	95,9	99,7	110,1	115,6
Щитовидная железа	84,9	90,3	94,3	98,3	112,1
Лимфатическая и кровеносная ткани	98,3	99,5	102,8	101,2	106,2
Желудок	98,7	89,4	85,2	91,8	90,8
Яичники	86,2	84,5	83,2	79,0	78,4
Мочевой пузырь	84,9	79,9	78,2	76,3	78,7
Кровь (лейкозы)	80,1	79,6	81,1	79,3	76,0
Трахея, бронхи, легкие	79,5	69,4	67,2	73,1	76,8
Гортань	24,9	23,4	22	23,1	22,9
Мягкие ткани	14,9	14,6	14,9	15,6	15,8
Кости и суставные хрящи	13,4	12,7	11,9	7,2	7
Пищевод	9	8,5	7	7,6	7,5

Таблица 7

**Распространенность ЗО почки в 2013–2017 гг. с учетом данных по территориям РФ (оба пола) на 100 000 населения**

Регион и округ РФ	Год				
	2013	2014	2015	2016	2017
Российская Федерация	63,2	65,7	68,3	70,8	74,1
Москва	60	62,5	64,5	66,4	66,4
Санкт-Петербург	84,9	79,9	78,7	76,3	78,7
Федеральные округа:					
Северо-Кавказский	41,1	43,3	44,8	46,5	47,6
Центральный	69,5	72,2	74,8	77,6	80,9
Южный	77,8	80,3	83,7	85,4	87,4
Приволжский	61,9	64,4	67	70,5	73,3
Уральский	57,4	58,7	62	65	65,5
Северо-Западный	69,8	70,3	72,1	72,9	76
Дальневосточный	51,8	55,7	59,4	63,4	67,4
Сибирский	55,6	59,3	62,2	65,6	69,6

Таблица 8

**Распределение пациентов с ЗО МП в Санкт-Петербурге в 2013 – 2017 гг. с учетом возраста, %**

Год	Возраст, лет							
	0–19	20–29	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	старше 80
2013	0	0,2	0,5	3,1	14,6	27,8	33,3	20,5
2014	0	0,4	1,8	1,3	16,7	28,6	29,3	21,9
2015	0,1	0,5	1,6	3,6	13,3	30,7	30,6	19,6
2016	0	0,3	1,5	3,3	16	33,4	26,4	19,1
2017	0	0,4	1,5	3,3	15	30,4	29	20,4

Таблица 9

**Распределение случаев ЗО МП, выявленных у жителей СПб в 2013–2017 гг., с учетом стадий онкологического процесса (без половой дифференцировки), %**

Стадия опухолевого роста	Год				
	2013	2014	2015	2016	2017
I	41,5	44,5	45,7	48,9	56,3
II	24,4	27,8	28,2	26,2	22,6
III	23,6	16,5	14,2	14,8	13,5
IV	5,7	6,9	4,8	3,8	4,9
без учета стадии	4,9	4,3	7,2	9,5	2,6

Таблица 10

**Показатели удельного веса случаев ЗО МП на территориях России в 2017 г. с учетом стадий онкологического процесса (без половой дифференциации), %**

Регион и округ РФ	Стадия				
	I	II	III	IV	Не определена
Российская Федерация	49,3	25,7	12,9	9,9	2,3
Москва	65,7	16,3	9,7	8,2	0,1
Санкт-Петербург	56,3	22,6	13,5	4,9	2,6
Федеральные округа:					
Северо-Кавказский	44,2	27,3	16	9,8	2,7
Центральный	53,5	22,3	12,6	9,7	1,9
Южный	45,2	31,1	11	9,4	3,3
Приволжский	50,4	26,2	12,4	9,8	1,1
Уральский	50,2	21,8	12,9	13	2,2
Северо-Западный	51	24	13,7	8,7	2,7
Дальневосточный	41,5	28,2	14,8	12,5	3
Сибирский	45,1	29,3	13,5	9	3,2

Таблица 11

**Распределение показателей одногодичной летальности у больных, страдающих ЗО МП, в 2013–2017 гг. с учетом данных по России, %**

Регион и округ РФ	Год				
	2013	2014	2015	2016	2017
Российская Федерация	17,9	17,5	16,5	16,5	14,9
Москва	10,7	11,3	12,7	13,7	11,7
Санкт-Петербург	20,4	16,2	16	11	14,9
Федеральные округа:					
Северо-Кавказский	21,2	17,6	19,6	16,9	14,6
Центральный	16,1	16,2	14	15,9	13,3
Южный	15,8	17,1	15,5	15,2	13,8
Приволжский	18,1	19,4	20,8	18,6	15
Уральский	17,5	17,6	16,4	18,1	18,1
Северо-Западный	20,2	18,1	17,1	15,6	15,6
Дальневосточный	18,8	15,2	15,4	16,9	19,2
Сибирский	20,6	17,8	14,5	15,6	15,6

щечно-инвазивных морфологических форм РМП надлежащее лечение может быть проведено радикально без сверхзатратного экономического обременения и в мини-инвазивном формате, что особенно важно

в плане сохранения оптимального качества жизни пациентов.

Объективными критериями оценки качества оказания МедП при ЗО МП являются показатели

Таблица 12

**Распределение 30 МП с учетом показателей 5-летней выживаемости больных в 2013 – 2017 г.  
на территориях РФ, %**

Регион и округ РФ	Год				
	2013	2014	2015	2016	2017
Российская Федерация	49,4	50	50,3	51,9	52,5
Москва	46,5	47	49,4	49,8	52,7
Санкт-Петербург	46,2	50,1	53,2	54,3	55,2
Федеральные округа:					
Северо-Кавказский	45,1	44,4	46,7	48,5	49,7
Центральный	49,4	49,2	49,7	51,4	52,7
Южный	51,6	51,2	52,1	55,7	55,8
Приволжский	52,1	51,8	52,6	52,9	52,8
Уральский	47,9	50,5	48	52,7	53,4
Северо-Западный	48,5	51,5	52,6	53,4	53,4
Дальневосточный	44,4	45,4	46,4	48,1	49,7
Сибирский	47,7	48,4	47,7	48,1	48,8

Таблица 13

**Распределение случаев завершения лечения пациентов, страдающих 30 МП, в 2013 г.  
(без половых различий), %**

Регион и округ РФ	Технология		
	Хирургическая	Комбинированная или комплексная (кроме химиолучевой)	Химиолучевая
Российская Федерация	65,4	33,5	1
Москва	69,4	30,6	0
Санкт-Петербург	81,7	18,3	0
Федеральные округа:			
Южный	57,3	40,4	2,3
Центральный	63,7	35,2	1,1
Приволжский	72,9	26,3	0,7
Уральский	66,9	33,1	0
Сибирский	65,5	33,5	0
Северо-Западный	76,7	21,1	0,5
Дальневосточный	51,4	48	0,6
Северо-Кавказский	39,5	59,9	0,6

Таблица 14

**Сведения о случаях завершения лечения пациентов, страдающих 30 МП, в 2017 г. (без половых различий), %**

Регион и округ РФ	Технология		
	Хирургическая	Комбинированная или комплексная (кроме химиолучевой)	Химиолучевая
Российская Федерация	67,3	31,9	0,8
Москва	74,6	25,3	0,1
Санкт-Петербург	70,7	29,3	0
Федеральные округа:			
Южный	57,5	42	0,6
Центральный	65,7	32,5	1,8
Приволжский	68,5	31,3	0,2
Уральский	82	17,3	0,6
Сибирский	67,1	32,7	0,2
Северо-Западный	74,8	24,5	0,7
Дальневосточный	61,5	37,4	1,1
Северо-Кавказский	59,1	40,6	0,3

Таблица 15

**Показатели смертности («грубые») в РФ при 30 МП с учетом данных по территориям страны в 2013–2017 гг. (без половых различий) на 100 000 населения**

Регион и округ РФ	Год				
	2013	2014	2015	2016	2017
Российская Федерация	4,57	4,33	4,35	4,24	4,15
Москва	4,34	4,44	4,42	4,14	4,43
Санкт-Петербург	4,98	5,23	4,63	4,53	5,15
Федеральные округа:					
Северо-Кавказский	3,15	3,03	2,62	2,71	2,45
Дальневосточный	4,18	4,34	4,68	5,38	4,5
Уральский	4,18	4,15	4,17	4,05	4,28
Южный	4,83	4,44	4,52	4,66	4,04
Центральный	5,14	4,69	4,62	4,56	4,44
Приволжский	4,13	4,15	4,21	3,72	3,8
Сибирский	4,66	4,19	4,52	4,26	4,45
Северо-Западный	5,05	4,83	4,58	4,71	4,7

Таблица 16

**Показатели смертности (стандартизованные) населения от 30 МП в 2013–2017 гг. с учетом данных по территориям РФ (без половых различий) на 100 000 населения**

Регион и округ РФ	Год				
	2013	2014	2015	2016	2017
Российская Федерация	2,36	2,25	2,22	2,11	2,05
Москва	1,89	1,93	1,84	1,65	1,78
Санкт-Петербург	2,16	2,22	2,03	1,84	2,15
Федеральные округа					
Северо-Кавказский	2,37	2,24	1,93	1,85	1,74
Центральный	2,34	2,14	2,1	2	1,94
Южный	2,31	2,23	2,14	2,21	1,88
Приволжский	2,09	2,12	2,13	1,85	1,86
Уральский	2,47	2,45	2,38	2,24	2,35
Северо-Западный	2,42	2,32	2,18	2,11	2,14
Дальневосточный	2,77	2,74	2,86	3,22	2,64
Сибирский	2,7	2,39	2,58	2,4	2,48

одногодичной летальности и параметры соотношения численности пациентов, состоящих на учете в онкологических медицинских организациях более 5 лет, к численности больных 30 – параметр так называемой 5-летней выживаемости. Цифровые значения годичной летальности в Санкт-Петербурге при РМП вариabельны. В 2016 г. они составили 11%, однако в 2017 г. – 14,9% (в 2013 г. – 20,4%), что ниже, чем в среднем в РФ (табл. 11).

Показатель 5-летней выживаемости больных, страдающих РМП, в Санкт-Петербурге в 2017 г. несколько выше, чем в среднем в РФ, – 55,2 и 52,5% соответственно (табл. 12).

В случаях верификации РМП операция остается базовым компонентом в комплексе лечебных мероприятий. Однако при возросших возможностях применения полихимиотерапии в Санкт-Петербурге у

пациентов с запущенными стадиями онкологического процесса оказывается возможным осуществлять разнообразие схем комбинированного лечения (табл. 13, 14).

О качестве обследования и лечения пациентов, страдающих РМП, также можно судить по показателю смертности. Так называемый «грубый» показатель смертности при 30 МП в Санкт-Петербурге остаётся стабильным, хотя и превышающим аналогичный параметр в регионах РФ (табл. 15).

Вместе с тем стандартизованный параметр смертности населения Санкт-Петербурга в 2017 г. при 30 МП также сопоставим с аналогичными показателями по РФ (2,15 и 2,05 на 100 тыс. населения соответственно) (табл. 16).

Абсолютное число людей, умерших от 30 МП, в Санкт-Петербурге как среди мужчин, так и женщин

Распределение случаев смерти от РМП в Санкт-Петербурге в 2013–2017 гг. с учетом возраста и пола пациентов, абс. число

Год	Пол	Возраст, лет							
		0–19	20–29	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	Старше 80
2013	М	0	0	0	1	13	41	77	48
	Ж	0	0	1	0	8	10	18	36
	М+Ж	0	0	1	1	21	51	95	84
2014	М	0	0	0	3	20	51	74	49
	Ж	0	0	0	1	3	11	19	39
	М+Ж	0	0	0	4	23	62	93	88
2015	М	0	0	1	5	14	49	55	42
	Ж	0	0	1	1	4	12	19	38
	М+Ж	0	0	2	6	18	61	74	80
2016	М	1	0	1	2	9	40	57	56
	Ж	0	0	0	2	4	9	19	38
	М+Ж	1	0	1	4	13	49	76	94
2017	М	0	0	0	4	12	62	61	59
	Ж	0	0	0	0	5	13	19	39
	М+Ж	0	0	0	4	17	75	80	98

Примечание: М – мужчины, Ж – женщины.

с 2013 по 2017 г. варьирует (табл. 17). Максимальное число больных, умерших по причине РМП, составляют пациенты в возрасте 70 лет и старше, что также можно связать с выраженной сопутствующей патологией у больных данной возрастной когорты.

Несмотря на значительные показатели смертности населения в Санкт-Петербурге по причине РМП, последние не могут служить однозначным критерием оценки ненадлежащего качества оказания МедП жителям города, так как эти параметры зависят от ряда как объективных, так и субъективных причин. Представляя данные по Санкт-Петербургу (с учетом сведений о снижении показателя годичной летальности при ЗО и об одном из самых высоких показателей 5-летней выживаемости на территории РФ при опухолевых заболеваниях), допустимо полагать, что качество обследования и лечения жителей города, заболевших РМП, по своим характеристикам не уступает таковому в других регионах РФ.

**Заключение.** Анализ сведений об основных медико-статистических параметрах деятельности специалистов онкологической службы Санкт-Петербурга в ракурсе предоставления МедП больным РМП в целом позволяет констатировать позитивные тенденции работы системы противораковой борьбы в городе. Несомненно, что в Санкт-Петербурге наблюдаются повышенная выявляемость и вместе с тем значительные показатели заболеваемости ЗО мочевого пузыря. Рост параметров заболеваемости петербуржцев неоплазиями МП в какой-то мере обуславливается улучшением качества обследования и лечения больных за счет создания в городе условий для обеспечения населения высокотехнологическими диагностическими

процедурами и мероприятиями по непосредственному лечению. В Санкт-Петербурге целенаправленные мероприятия, проводимые клиницистами, организаторами здравоохранения и представителями средств массовой информации в плане пропаганды здорового образа жизни (с доведением до жителей мегаполиса сведений об особой опасности РМП), сопровождаются ощутимыми позитивными результатами. Работа в этом направлении сотрудниками компетентных государственных структур и общественных организаций должна быть продолжена.

#### Литература

1. Злокачественные новообразования в России: обзор статистической информации за 1993–2013 гг. / А.Д. Каприн [и др.]. – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2015. – 511 с.
2. Итоги работы в сфере здравоохранения СПб в 2013 году и основные задачи на 2014 год / Комитет по здравоохранению СПб; под ред. В.М. Колабутина. – СПб.: Береста, 2014. – 262 с.
3. Каприн, А.Д. Злокачественные новообразования в России в 2013 году (заболеваемость и смертность) / А.Д. Каприн, В.В. Старинский, Г.В. Петрова. – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2014. – 250 с.
4. Каприн, А.Д. Злокачественные новообразования в России в 2014 году (заболеваемость и смертность) / А.Д. Каприн, В.В. Старинский, Г.В. Петрова. – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2016. – 250 с.
5. Каприн, А.Д. Злокачественные новообразования в России в 2015 году (заболеваемость и смертность) / А.Д. Каприн, В.В. Старинский, Г.В. Петрова. – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2017. – 250 с.
6. Каприн, А.Д. Злокачественные новообразования в России в 2017 году (заболеваемость и смертность) / А.Д. Каприн, В.В. Старинский, Г.В. Петрова. – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2018. – 250 с.
7. Каприн, А.Д. Состояние онкологической помощи населению России в 2013 году / А.Д. Каприн, В.В. Старинский, Г.В. Петрова. – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2014. – 236 с.

8. Каприн, А.Д. Состояние онкологической помощи населению России в 2017 году / А.Д. Каприн, В.В. Старинский, Г.В. Петрова. – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2018. – 236 с.
9. Основные медико-статистические показатели оказания онкологической помощи жителям Санкт-Петербурга в 2009-2013 годах. – СПб.: МИАЦ, 2014. – 124 с.
10. Совершенствование организации оказания медицинской помощи жителям провинции при раке мочевого пузыря / под ред. К.Н. Мовчана. – СПб.: НИЦ ВМА, 2007. – 200 с.
11. Чиссов, В.И. Состояние онкологической помощи населению России в 2014 году / В.И. Чиссов, В.В. Старинский, Г.В. Петрова. – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2015. – 236 с.
12. Чиссов, В.И. Состояние онкологической помощи населению России в 2015 году / В.И. Чиссов, В.В. Старинский, Г.В. Петрова. – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2016. – 236 с.
13. Comperat, E. Clinicopathological characteristics of urothelial bladder cancer in patients less than 40 years old / E. Comperat [et al.] // Virchows Arch. – 2015. – Vol. 5, № 466. – P. 589.
14. GLOBOCAN 2012 v1.0: Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. 2013. 2015 / J. Ferlay [et al.] // Int. J. Cancer. – 2015. – Vol. 5, № 136. – P. 359–386.

V.V. Hizha, K.N. Movchan, K.E. Chernov, B.S. Artyushin,  
Yu.M. Morozov, A.V. Zharkov, V.V. Tatarin, K.I. Rusakevich

### Epidemiological data of the malignant neoplasms of bladder in St. Petersburg

**Abstract.** The main epidemiological and statistical data on the observations of malignant neoplasia of the bladder in residents of St. Petersburg in 2013–2017 were evaluated. Was established that, despite the increase in the incidence of bladder cancer and large volumes of diagnostic and treatment work, the quality of medical care for patients with this pathology remains at an appropriate level. The latter is due to the permanent improvement of technological and organizational methods of examination, as well as treatment with the possibility of timely verification of neoplasia and oncological sanitation of patients. The proportion of patients suffering from localized forms of bladder cancer over the past 5 years has increased by 15%. However, quantitative indicators of the number of patients suffering from invasive variants of the disease are quite high. The annual mortality of patients due to malignant bladder tumors in St. Petersburg is lower than the average in Russia (16 and 16,5%, respectively). At the same time, the «crude» mortality rate for this disease in St. Petersburg remains stable, although exceeding the same parameter in the regions of the Russian Federation. However, the mortality rate does not always unambiguously reflect the inadequate quality of examination and treatment of patients, as it depends on many reasons. The 5-year survival rate for patients with bladder cancer is one of the highest in the country. We believe that the quality of medical care for residents of the city who have bladder cancer is not inferior in its characteristics to that in other regions of Russia, and in a number of indicators it is in the leading position. The purposeful introduction into practice of St. Petersburg doctors of modern information technologies for the collection, processing, storage and analysis of medical and statistical data on cases of malignant neoplasms is one of the priority tasks of improving the organization of anti-cancer control in the perspective of the successful implementation of measures for the development of healthcare in Russia.

**Key words:** the epidemiology of tumors, diseases of the urological profile, malignant neoplasia of the urinary system, bladder cancer, screening measures, the organization of anti-cancer control, the incidence of malignant neoplasms, mortality rates.

Контактный телефон: +7-967-302-33-30, e-mail: chernov\_ke@mail.ru