

УДК: [614.2:616-006.04]:314.4

Этапы развития системы объективной оценки деятельности онкологической службы России и СЗФО РФ (заболеваемость, смертность, достоверность учета, погодичная летальность, медиана выживаемости, наблюдаемая и относительная выживаемость больных злокачественными новообразованиями). Часть I

©2021. В.М. Мерабишвили¹, А.М. Беляев^{1, 2}

¹ Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Петрова Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия

² Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия

* e-mail: mvm@nioncologii.ru

Поступила в редакцию 10.11.2020 г.

После доработки 01.01.2021 г.

Принята к публикации 20.03.2021 г.

В первую часть нашего исследования включен краткий исторический очерк по созданию объективной системы оценки деятельности онкологической службы в России и СЗФО РФ. Представлены динамические ряды всех видов показателей заболеваемости и смертности населения, показан возрастающий процесс достоверности и улучшения качества учета первичных больных злокачественными новообразованиями.

В России, как и в СЗФО РФ, сохраняется относительно низкий уровень стандартизованных показателей заболеваемости населения злокачественными новообразованиями. В ранговом распределении ее уровня страна находится на трехсотых местах среди 450 раковых регистров мира. Смертность населения по большинству локализаций регистрируется выше среднеевропейских показателей.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: злокачественные новообразования; Россия; СЗФО РФ; заболеваемость; смертность; достоверность учета; ранговые регистры

DOI: 10.17816/phf52981/2713-153X-2021-1-3- 46-55

СОКРАЩЕНИЯ:

ЗНО – злокачественные новообразования;
СЗФО РФ – Северо-Западный федеральный округ Российской Федерации;
БД ПРР – база данных популяционного ракового регистра;
АСОИ – автоматизированная система обработки информации;
ФО – федеральный округ;
СССР – Союз Советских Социалистических Республик;
РАМН – Российская академия медицинских наук;
НИИ – научно-исследовательский институт;
ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения;
МАИР – Международное агентство по изучению рака;
МЗ – Министерство здравоохранения Российской Федерации;
МНИОИ – Московский научно-исследовательский онкологический институт;
ИДУ – индекс достоверности учета.

ВВЕДЕНИЕ

Государственная статистика заболеваемости населения России возникла в середине XIX века, после введения 22 июля 1842 года закона «В целях приведения в ближайшую известность числа больных по всей Империи, ищущих врачебного пособия» [1], по которому врачи были обязаны ежегодно представлять губернскому врачебному отделению сведения о пользовавшихся ими больных.

Одним из первых исследований по статистике рака в России является работа П.И. Тихова «К учению об опухолях» (1900) [2]. В 1908 году было учреждено Всероссийское общество борьбы с раковыми заболеваниями. В 1910 году вышло в свет первое руководство по онкологии Н.Н. Петрова [3]. Никакой организационной системы по борьбе со злокачественными новообразованиями в царской России не было создано. Такое же состояние онкологической службы наблюдалось и в зарубежных странах. Онкологических больных лечили, в основном, в клиниках хирургического профиля.

В СССР Постановление Совнаркома 1934 года №1135 способствовало созданию сети онкологических учреждений в 52 краевых и областных центрах.

В 30-х годах XX века на отдельных территориях СССР и в мире предпринимались попытки создать системы объективного учета первичных больных онкологического профиля. Но только в 1950 году Минздрав СССР издает специальный приказ о введении обязательной первичной документации на онкологических больных.

Обязательная и повсеместная регистрация онкологических больных на всей территории СССР была введена в 1953 году.

Первый статистический сборник в стране издан в 1962 году [4]. Реально судить об уровне онкологической заболеваемости по этому и нескольким последующим справочникам не следует, как и по первым двум томам международного издания «Рак на пяти континентах». На протяжении 60-х годов XX века в СССР и в мире осуществлялась отработка методологии сбора, обработки и анализа данных об онкологических больных. Реально возможна оценка динамических рядов заболеваемости населения ЗНО не ранее, чем с 1970 года [4, 5].

В 70-ые и 80-ые годы XX столетия с появлением электронно-вычислительных машин активно стала формироваться новая система учета больных ЗНО популяционные раковые регистры.

Особое значение развитию данного направления в нашей стране придавал академик РАМН, профессор Николай Николаевич Напалков (рис. 1). С первых дней вступления в должность директора НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова, после возвращения из командировки в ВОЗ (1974 г.), он направил свои усилия на создание в стране единой автоматизированной системы отработки информации онкологической службы для объективной ее оценки, в том числе по международным стандартам. С этой целью Н.Н. Напалков организовал в институте в 1975 г. вначале – группу, а затем лабораторию онкологической статистики, пригласив для проведения этих работ автора настоящей статьи В.М. Мерабишвили.

Ленинград явился первой территорией России, где 40 лет назад (1980 г.) был сформирован раковый регистр в АСОИ онкологической службы, а с 1993 года полноценный Популяционный раковый регистр (ПРР), опыт работы которого широко распространен по всей стране.

Итогом этой работы явилось издание серии книг, журнальных статей в стране и за рубежом [6–25]. С 1983 года материалы онкологической заболеваемости населения Ленинграда – Санкт-Петербурга были включены в издание МАИР «Рак на пяти континентах», т. VI–XI [26–31].



Рис. 1. Академик РАМН СССР, профессор Н.П. Напалков (1932–2008 гг.)
Fig. 1. Academician of the USSR Academy of Medical Sciences, Professor N.P. Napalkov (1932–2008)

В настоящее время в России на всех административных территориях созданы ПРР. Однако только ПРР, работающие по нашим программам, располагают возможностью исчислить показатели наблюдаемой, а, главное, относительной выживаемости больных ЗНО, наиболее точно отражающие реальное состояние онкологической службы.

Такую оценку в целом по стране получить из формы отчетности №7 невозможно в связи с рядом обстоятельств. Прежде всего, это касается устаревшего комплекса аналитических показателей, которые формируются вне баз данных раковых регистров и слабого, на многих территориях, кадрового обеспечения регистров (несмотря на имеющиеся нормативы приказа МЗ, которые на административных территориях, в основе своей, не соблюдаются).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На протяжении последних 45 лет нами, совместно с сотрудниками Белорусского НИИ онкологии и радиологии и МНИОИ им. П.А. Герцена, издан большой комплекс методических пособий и информационных материалов по анализу и состоянию онкологической помощи [8, 9, 15, 17, 22, 32, 33].

Особое внимание мы хотели бы обратить на три последние монографии – Экспресс-информация 3, 4 и 5 [34–36], представляющие, наряду с серией журнальных статей [37–42], объективную характеристику состояния онкослужбы в стране. Основу этих публикаций составляют сведения из базы данных вновь созданного ПРР СЗФО РФ.

Важно обратить внимание на то, что развитие и эффективность проводимых противораковых мероприятий в стране носят положительный характер и не имеют существенных различий по сравнению со среднеевропейскими показателями.

Прежде всего, это касается динамики смертности населения. На протяжении 60 лет стандартизованные показате-

ли (устраняющие различия возрастного состава населения) смертности населения России от злокачественных новообразований постоянно снижались.

Последние 25 лет повышается достоверность учета больных ЗНО. Отмечен рост медианы выживаемости и показателя наблюдаемой и относительной 5-летней выживаемости.

Рассмотрим последовательно слабые и сильные стороны аналитических показателей, используемых при оценке деятельности онкологической службы России, и причины, их формирующие. Вызывает сожаление тот факт, что оценка эффективности противораковых мероприятий в нашей стране не опирается на материалы баз данных раковых регистров, созданных на всех административных территориях страны, а формируется суммированием отчетов формы №7 от районного, затем областного и всероссийского звена. В соответствии с приказом МЗ России отчет за прошедший год должен быть сформирован к 20 января. К этому времени значительный объем первичной медицинской документации не успевает поступить в онкологические диспансеры страны, формирующие эти отчеты. Более того, огромная доля врачебных свидетельств о смерти за отчетный год не включается в отчетные формы, что искажает величины таких показателей как удельный вес больных ЗНО проживших менее года. Формирование БД умерших в стране завершается только в феврале, после отчетного года (так называемый 13 месяц подведения итогов БД умерших).

Во всем мире анализ состояния онкологической службы осуществляется не ранее, чем через 12–24 месяца после отчетного года и только после тщательной выверки каждого первичного документа, уточнения основных параметров информационных карт, гистологических заключений, изъятия двойников и больных с неподтвержденным диагнозом ЗНО.

Мы создали в Санкт-Петербурге детский ПРР, тщательно контролируя каждый случай ЗНО, осуществляя полицейскую сверку заболевших по всем лечебно-профилактическим учреждениям города. Тем не менее, через 68 месяцев к нам поступали документы на детей, заболевших ЗНО, о которых нам не было известно ранее. Провести такую работу для взрослого населения при существующих нормативах кадрового обеспечения невозможно. Сейчас в мире на первом году наблюдения погибает от 30 до 45% первично зарегистрированных больных ЗНО, а в России (официальные данные) – 22% (2019 г.) [33]. БД ПРР любых регистров России через два года показывают удельный вес умерших на первом году наблюдения не менее 30–35%, а среди мужского населения – не менее 40% [33].

Не соответствуют реальному состоянию онкослужбы России и другие параметры, такие как удельный вес ранних стадий (по данным 2019 г. это 57,4%, реально – не более 35% [33]), показатель запущенности (удельный вес IV стадии) – 19,8%.

Численность контингентов больных ЗНО практически достигла в 2019 г. 4 млн человек (3928338) [33], однако нигде в справочниках МНИОИ им. П.А. Герцена не оговорено, что с 2011 года более 20 административных территорий России не имеют доступа к базам данных умерших. Кроме того, многие территории с этой даты на протяжении 5–7 лет также не имели доступа к БД умерших.

СЗФО РФ – единственный в стране округ, полностью обеспеченный возможностью осуществлять изъятие из БД ПРР умерших пациентов. Для этого руководством НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова были направлены всем губернаторам СЗФО письма с указанием о том, что врачи имеют доступ к персональным данным в процессе лечения, а отсутствие возможности получить дату смерти умерших больных ис-

кажает формируемую государственную отчетность и не позволяет иметь точное представление об эффективности проводимых лечебных мероприятий.

Таким образом, можно предположить, что фактически более 1–1,5 млн больных, «состоящих» на учете, являются «мертвыми душами». Кроме того, получается, что около 3% всего населения России – это больные и излеченные от ЗНО. Впечатляющая цифра!

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Рассмотрим реальное состояние онкологической помощи населению России на основе БД ПРР СЗФО РФ, насчитывающей более 1 млн наблюдений.

Заболеваемость

На рис. 2 и 3 представлено ранговое распределение стандартизованных показателей заболеваемости злокачественными новообразованиями по некоторым странам мира отдельно для мужского и женского населения (Coo-96). Россия и раковые регистры пяти административных территорий занимают скромные трехсотые места.

Нередко наши коллеги при планировании проведения противораковых мероприятий ставят задачу снизить уровень заболеваемости и смертности населения от ЗНО.

Цель снизить заболеваемость населения от ЗНО недостижима в связи с расширением в стране мероприятий по диспансеризации населения, внедрением скрининга, привлечением новых методов по выявлению ЗНО на ранних стадиях, совершенствованием учета больных и проведением других активных действий по массовому обследованию населения и поиску ЗНО.

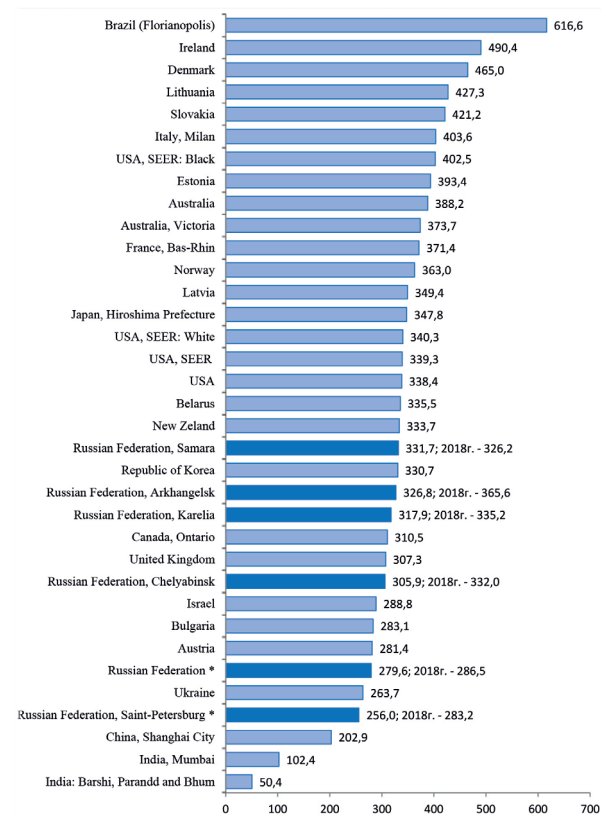


Рис. 2. Злокачественные новообразования в некоторых странах мира. Всего (Coo-96). Мужчины. 2008–2012гг [31,32]
Fig. 2. Malignant tumors in some countries. Total (Coo-96). Males. 2008–2012 [31, 32]

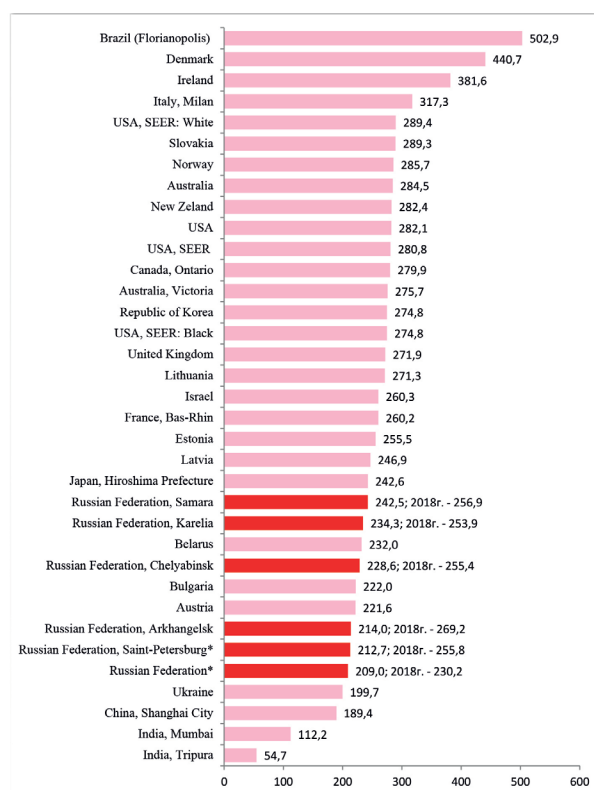


Рис. 3. Злокачественные новообразования в некоторых странах мира. Всего (C00-96). Женщины. 2008–2012гг [31,32]
Fig. 3. Malignant tumors in some countries. Total (C00-96). Females. 2008–2012 [31,32]

Кроме того, следует учитывать демографические изменения возрастной структуры населения – значительное увеличение удельного веса населения в старших возрастных группах. Наше исследование показало, что с 1959 по 2018 годы удельный вес населения России пенсионного возраста увеличился в два раза, с 13 до 25%.

На рис. 4 представлены уровни повозрастных показателей заболеваемости ЗНО в Санкт-Петербурге. В отличие от многих,

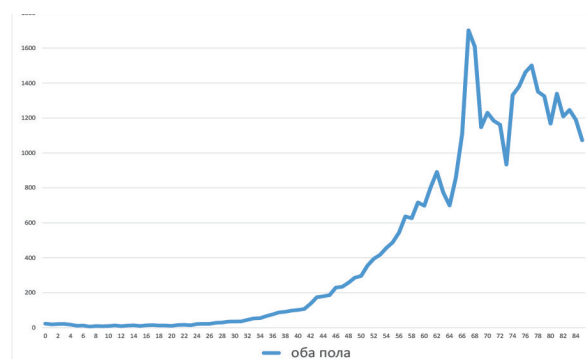


Рис. 4. Повозрастные показатели заболеваемости ЗНО в Санкт-Петербурге
Fig. 4. Age-specific incidence rates of malignant tumors in Saint Petersburg

мы осуществили расчет повозрастных показателей, суммируя пятилетний период наблюдения с промежутками не по 5-ти или 10-летним интервалам, а по каждому году отобранной группы больных. То есть, здесь представлен уровень заболеваемости для лиц в возрасте 1, 2, 3 лет ... 17, 18, 19, ... 34, 35, 36, ... 77, 78, 79 и т.д. В итоге мы смогли сделать следующее заключение по характеру кривой.

Риск возникновения заболеваемости ЗНО населения в возрасте до 35 лет находится на крайне низком уровне – 10–15 на 100000 населения каждой возрастной группы. Затем с каждым увеличением возрастной группы на год, риск возникновения ЗНО возрастает на 10%, а за 5-летний период – на 50–70%. Вероятность возникновения ЗНО среди лиц в старших возрастных группах в сотни раз выше, чем среди молодых [14, 32, 36].

Снижать можно и нужно смертность населения от ЗНО, привлекая все средства и методы противораковой борьбы.

В таблице 1 представлена динамика показателей заболеваемости ЗНО в России, СЗФО РФ и Санкт-Петербурге. За восьмилетний период возросли все показатели, особенно – в абсолютном исчислении. Наименьший прирост пришелся на стандартизованные показатели, устраняющие различия возрастного состава сравниваемых величин заболеваемости ЗНО.

Сравнительные данные заболеваемости населения ЗНО в Российской Федерации, СЗФО РФ и Санкт-Петербурге [32, 36]

Табл. 1.

Comparative data on the incidence of malignant tumors in the Russian Federation, the Northwestern Federal District (NWFD) of the Russian Federation and Saint Petersburg [32, 36]

Table 1.

Показатели	2010	2015	2017	2018	прирост/убыль(%)
Российская Федерация					
абсолютные числа	516874	589381	617177	624709	20,86
«грубый» показатель	364,22	402,57	420,30	425,46	16,81
станд. показатель	231,06	235,24	246,58	246,77	6,80
СЗФО РФ					
абсолютные числа	50746	61630	62751	63389	24,91
«грубый» показатель	377,66	445,03	450,61	454,01	20,22
станд. показатель	228,91	235,46	252,52	252,76	10,42
Санкт-Петербург					
абсолютные числа	18946	26149	26276	25941	36,92
«грубый» показатель	411,84	502,03	484,21	483,26	17,34
станд. показатель	225,33	229,26	266,89	260,21	15,48

На рис. 5 и 6 представлены картограммы распределения уровней стандартизованных показателей (мировой стандарт) заболеваемости ЗНО мужчин и женщин СЗФО РФ.

На рис. 7 и 8 представлены сравнительные данные структуры ЗНО мужского и женского населения СЗФО РФ за период с 1995 по 2018 год. Как видно из рисунков, в 1995 году более 50% всех ЗНО среди мужского населения занимали опухоли легких и желудочно-кишечного тракта (53,4%). В 2018 – менее 40% (37,8%) (рис. 7). Удельный вес рака легкого снизился с 26,9 до 16,1%, рак желудка – с 15,9 до 8,5%. Возрос удельный вес рака ободочной кишки, с 5,6 до 7,4%. Резко уве-

личился удельный вес рака предстательной железы (с 3,8 до 14,0%), который переместился с восьмого на второе место (а в Санкт-Петербурге последние пять лет является ведущей причиной заболеваемости мужского населения).

Среди женского населения (рис. 8) возрос удельный вес рака молочной железы, с 19,8 до 20,1%. Остальные ЗНО занимают более скромный удельный вес. Рак желудка переместился со второго места на пятое с удельным весом 5,2%.

Мы наблюдаем среди мужского и женского населения активное снижение удельного веса заболеваемости злокачественными новообразованиями с высоким уровнем летально-

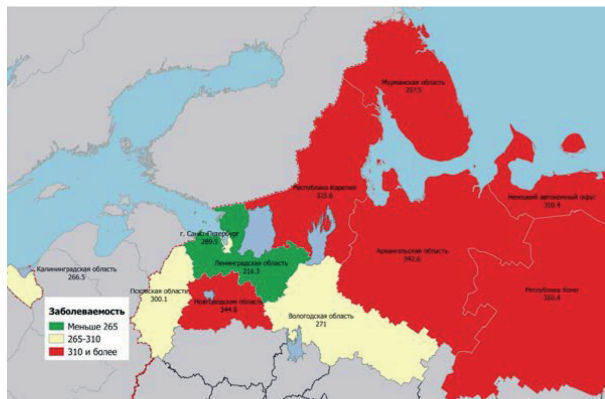


Рис. 5. Картограмма СЗФО РФ. Мужчины. Coo-96
Fig. 5. NWFD cartogram. Males. Coo-96

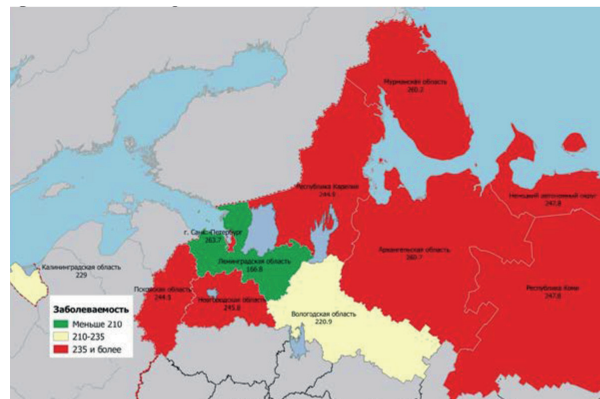


Рис. 6. Картограмма СЗФО РФ. Женщины. Coo-96
Fig. 6. NWFD cartogram. Females. Coo-96

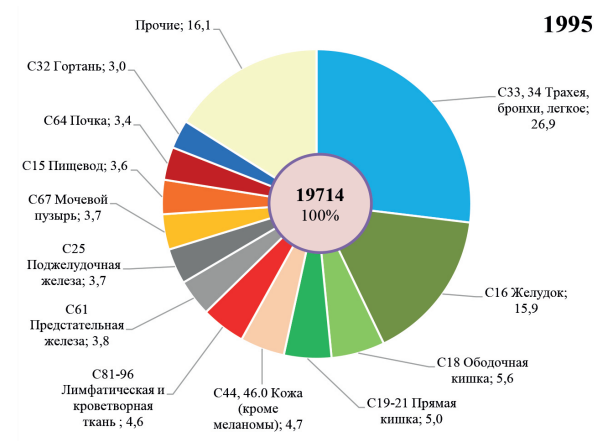


Рис. 7. Структура онкологической заболеваемости населения СЗФО в 1995 и 2018 гг. Мужчины
Fig. 7. Cancer morbidity structure in the NWFD in 1995 and 2018. Males

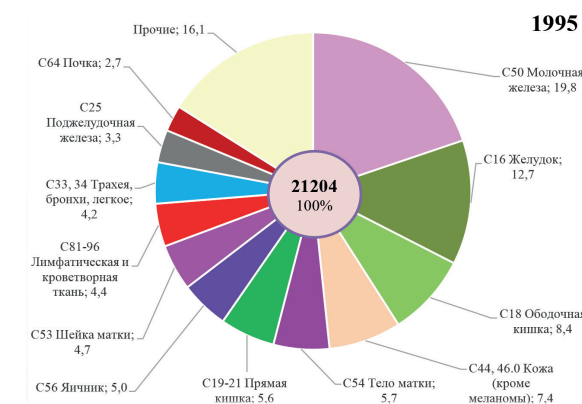
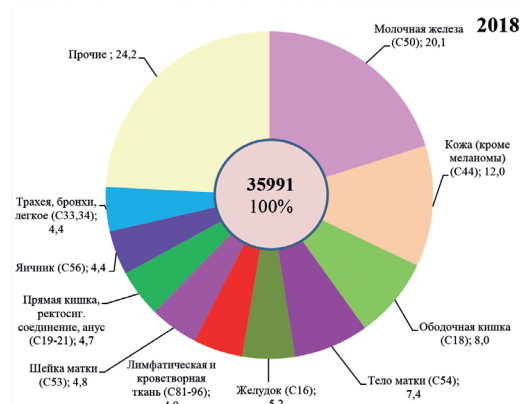


Рис. 8. Структура онкологической заболеваемости населения СЗФО в 1995 и 2018 гг. Женщины
Fig. 8. Cancer morbidity structure in the NWFD in 1995 and 2018. Females



Сравнительные данные смертности населения от ЗНО в Российской Федерации, СЗФО РФ и Санкт-Петербурге. Оба пола [32, 36]

Табл. 2.

Table 2.

Comparative data on population mortality rate from malignant tumors in the Russian Federation, the NWFD and Saint Petersburg. Both sexes [32, 36]

Показатели	2010	2015	2017	2018	прирост/убыль (%)
Российская Федерация					
абсолютные числа	290136	296476	290662	293704	1,23
«грубый» показатель	204,44	202,50	197,94	200,03	-2,2
станд. показатель	123,95	114,79	108,97	108,56	-12,4
СЗФО РФ					
абсолютные числа	30874	32265	32321	31957	3,51
«грубый» показатель	229,77	232,98	232,10	228,88	-0,4
станд. показатель	131,38	124,14	119,56	116,44	-11,4
Санкт-Петербург					
абсолютные числа	12566	13319	13516	13059	3,92
«грубый» показатель	273,16	255,71	254,22	243,28	-10,9
станд. показатель	138,46	128,84	123,81	116,52	-15,8

сти: у мужчин – рак легкого и желудка, у женщин – рак желудка и яичников.

Смертность

В таблице 2 представлена динамика смертности населения России, СЗФО РФ, Санкт-Петербурга от ЗНО с 2010 по 2018 г.

По всем представленным группам прослеживается одна и та же тенденция – рост абсолютных чисел умерших и небольшое снижение величин «грубых» показателей, и существенное снижение величин стандартизованных показателей.

Относительно состояния смертности населения России нами в последние годы опубликована серия журнальных статей, характеризующая общее состояние смертности, ее среднесрочный прогноз и специфику возрастных особенностей смертности населения [15, 38, 41].

Мы достаточно часто обращали внимание на использование в эпидемиологических исследованиях стандартизованных показателей. Полагаю необходимым сделать уточнения. Пользоваться необходимо всеми видами показателей заболеваемости и смертности:

– абсолютными числами – при планировании противораковых мероприятий;

– «грубыми» показателями – для оценки реального состояния заболеваемости и смертности на избранной территории;

– стандартизованными показателями – для проведения эпидемиологических исследований, сравнения динамических рядов и сопоставления показателей по другим территориям и странам;

– полово-возрастными показателями – для характеристики специфики риска возникновения и характера успеха проведения противораковых мероприятий для различных возрастных групп населения.

На рис. 9 и 10 представлены сравнительные данные структуры смертности мужского и женского населения СЗФО РФ за длительный период.

В 2018 году в России от ЗНО погибло около 300000 граждан (293704), в том числе 157942 мужчины и 135762 женщины. В СЗФО РФ погибла 31957 человек.

В структуре смертности мужского населения первое место сохраняет рак легкого (24,3%), второе – рак желудка (10,8%), на третьем месте – рак предстательной железы (8,6%) (рис. 9).

Среди женского населения главной причиной смерти остается ЗНО молочной железы (15,0%), второе место по-



Рис. 9. Структура смертности населения СЗФО от ЗНО в 2018 г. Мужчины

Fig. 9. Structure of the population mortality from malignant tumors in the NWFD in 2018. Males



Рис. 10. Структура смертности населения СЗФО от ЗНО в 2018 г. Женщины

Fig. 10. Structure of the population mortality from malignant tumors in the NWFD in 2018. Females

следние годы занимает рак ободочной кишки (10,6%), третье – рак желудка (8,2%). Значительные удельные веса в структуре смертности женщин от ЗНО занимают локализации с высоким уровнем летальности – рак легких, поджелудочной железы и яичника (рис. 9).

Достоверность учета

Достоверность учета – один из важнейших показателей оценки качества учета больных ЗНО. Это отношение числа умерших к числу первично учтенных больных. Ее величина зависит не только от тщательного учета больных, но и от локализационной структуры ЗНО. Чем выше уровень летальности, тем выше величина получаемого индекса достоверности учета.

Для оценки качества учета мы предложили три группы ИДУ:

- для локализаций с высоким уровнем летальности – ИДУ 0,7 и больше;
- для локализаций со средним уровнем летальности – ИДУ 0,5–0,69

- для локализаций с низким уровнем летальности – ИДУ 0,49 и меньше

По методологии расчета ИДУ нами опубликована серия журнальных статей [15, 39].

В таблице 3 представлено распределение величин ИДУ по некоторым административным территориям РФ для обоих полов по всем ЗНО (С00-96).

В среднем по России и СЗФО РФ цифры приемлемые, недопустимо высокие – в Ленинградской и Кемеровской областях. Совершенно очевиден недоучет умерших в Мордовии и Ингушетии, где существуют проблемы со вскрытием умерших.

На рис. 11 показана динамика величин ИДУ для РФ и СЗФО РФ по всем ЗНО для обоих полов. Четко прослеживается положительная динамика, что свидетельствует о существенном росте качества учета больных ЗНО. Аналогичные процессы прослеживаются по большинству локализаций ЗНО.

Ранговое распределение величин ИДУ по административным территориям России (оба пола). Все ЗНО (С00-96)

Rank distribution of Index Accuracy values by administrative territory of the Russian Federation (Both sexes). All malignant tumors (C00-96)

Табл. 3.

Table 3.

Величина ИДУ	Территория
0,68	Ленинградская область
0,61	Кемеровская область – Кузбасс
0,58	Республика Алтай
0,57	Смоленская область, Еврейская АО
0,56	Республика Башкортостан, Владимирская область
0,55	Республика Бурятия, Костромская область, Москва, Севастополь
0,54	Свердловская область
0,53	Приморский край, Вологодская область, Тульская область, Чукотский АО
0,52	Республика Калмыкия, Республика Саха (Якутия), Астраханская область, Орловская область
0,51	Республика Крым, Чеченская Республика, Забайкальский край, Пермский край, Тамбовская область, Тверская область
0,50	Северо-Западный ФО, Республика Тыва, Санкт-Петербург, Новосибирская область, Псковская область
0,49	Дальневосточный ФО, Центральный ФО, Республика Карелия, Республика Коми, Республика Хакасия, Красноярский край, Брянская область, Волгоградская область, Ульяновская область, Челябинская область
0,48	Уральский ФО, Республика Адыгея
0,47	Российская Федерация, Сибирский ФО, Республика Татарстан, Амурская область, Калининградская область, Кировская область, Курганская область, Московская область
0,46	Республика Дагестан, Оренбургская область, Ростовская область, Сахалинская область, Ненецкий АО
0,45	Южный ФО, Чувашская Республика, Калужская область
0,44	Приволжский ФО, Республика Северная Осетия, Удмуртская Республика, Архангельская область, Томская область
0,43	Республика Марий Эл, Ивановская область, Курская область, Магаданская область, Мурманская область, Ярославская область, Ханты-Мансийский АО – Югра
0,42	Карачаево-Черкесская Республика, Белгородская область, Иркутская область, Саратовская область
0,41	Алтайский край, Ставропольский край, Хабаровский край, Новгородская область, Рязанская область
0,40	Краснодарский край, Воронежская область, Омская область
0,39	Липецкая область, Ямало-Ненецкий АО
0,38	Камчатский край, Самарская область
0,37	Кабардино-Балкарская Республика, Нижегородская область, Пензенская область
0,34	Тюменская область (без АО)
0,33	Республика Мордовия
0,29	Республика Ингушетия

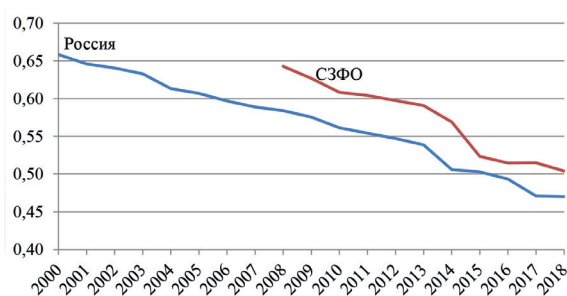


Рис. 11. Индекс достоверности учета. Соо-96. Оба пола
Fig. 11. Index Accuracy. Coor-96. Bothsexes

ВЫВОДЫ

Таким образом, оценивать динамику заболеваемости и смертности от ЗНО необходимо только в стандартизованных показателях, не раньше, чем с 70-х годов XX столетия.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Мамонов, В.Н. О статистике рака в России / В.Н. Мамонов, С.А. Новосельский // Первый Всероссийский съезд по борьбе с раковыми заболеваниями. – Петербург, 1915.
2. Тихов, П.И. К учению об опухолях / П.И. Тихов // Мед.обозрение. – 1990. – № 1. – С. 81–91.
3. Петров, Н.Н. Общее учение об опухолях / Н.Н. Петров. – Санкт-Петербург, 1910.
4. Заболеваемость и смертность населения СССР от злокачественных новообразований / под редакцией профессора А.М. Меркова и кандидата медицинских наук Г.Ф. Церковного и Б.Д. Кауфмана. – Ленинград: Медгиз, 1962.
5. Злокачественные новообразования (Стат. материалы по СССР) / под редакцией члена-корреспондента АМН СССР, профессора А.Ф. Серенко и кандидата медицинских наук Г.Ф. Церковного. – Москва: Медицина, 1974.
6. Анализ деятельности онкологической службы. Методические рекомендации / составлены В.М. Мерабишвили, Л.С. Серовой. – Ленинград, 1981. – 22 с.
7. Злокачественные новообразования в Ленинграде / под редакцией Р.И. Вагнера, В.М. Мерабишвили. – Санкт-Петербург, 1991. – 158 с.
8. Инструктивно-методические указания по использованию полного перечня кодов морфологии опухолей (МКБ-О) и их переводу в коды единой системы популяционных раковых регистров России / ред. О.Ф. Чепик, В.М. Мерабишвили. – Санкт-Петербург, 1996. – 31 с.
9. Контроль качества онкологической помощи населению с использованием современных информационных систем. Пособие для врачей / под редакцией В.М. Мерабишвили, В.В. Старинского. – Санкт-Петербург, 2005. – 61 с.

Анализ состояния онкологической помощи населению необходимо проводить только на основе созданной в стране системы ПРР и не ранее, чем через год после ее формирования и тщательной проверки накопленных данных.

Установлена положительная тенденция изменения структуры онкопатологии – снижение удельного веса локализаций с высоким уровнем летальности и качества учета больных.

Нами выявлены четкие закономерности снижения за последние 60 лет уровней стандартизованных показателей смертности населения России от ЗНО.

Во второй части статьи мы представим реальное состояние онкологической службы России с расчетами аналитических показателей, проведенных на основе надежной БД ПРР СЗФО РФ: годичной летальности, медианы выживаемости, наблюдаемой и относительной выживаемости больных ЗНО.

10. Мерабишвили, В.М. Выживаемость онкологических больных / В.М. Мерабишвили. – Санкт-Петербург, 2006. – 439 с.
11. Мерабишвили, В.М. Выживаемость онкологических больных. Выпуск второй. Часть I / В.М. Мерабишвили; под редакцией профессора Ю.А. Щербука. – Санкт-Петербург: КОСТА, 2011. – 332 с.
12. Мерабишвили, В.М. Выживаемость онкологических больных. Выпуск второй. Часть II / В.М. Мерабишвили; под редакцией профессора Ю.А. Щербука. – Санкт-Петербург: КОСТА, 2011. – 408 с.
13. Мерабишвили, В.М. Злокачественные новообразования в мире, России, Санкт-Петербурге / В.М. Мерабишвили. – Санкт-Петербург, 2007. – 423 с.
14. Мерабишвили, В.М. Злокачественные новообразования в Санкт-Петербурге (анализ базы данных ракового регистра по международным стандартам: заболеваемость, смертность, выживаемость) / В.М. Мерабишвили. – Санкт-Петербург: Ладога, 2015. – 297 с.
15. Мерабишвили, В.М. Аналитические показатели индекса достоверности учета / В.М. Мерабишвили // Вопросы онкологии. – 2018. – Т. 64. – № 3. – С. 445–452.
16. Мерабишвили, В.М. Единая система раковых регистров: опыт работы и перспективы развития / В.М. Мерабишвили, В.В. Старинский // Актуальные вопросы онкологии. – Санкт-Петербург, 1998. – С. 7–12.
17. Напалков, Н.П. Заболеваемость населения СССР злокачественными новообразованиями за период с 1970 по 1980 гг. / Н.П. Напалков, В.М. Мерабишвили, Г.Ф. Церковный [и др.] // Вопросы онкологии. – 1982. – Т. 28. – № 10. – С. 26–71.
18. Напалков, Н.П. Злокачественные новообразования в СССР в 1975 г. / Н.П. Напалков, В.М. Мерабишвили, Г.Ф. Церковный [и др.] // Вопросы онкологии. – 1978. – Т. 24. – № 6. – С. 8–37.

19. Напалков, Н.П. Смертность населения СССР от злокачественных новообразований / Н.П. Напалков, В.М. Мерабишвили, Г.Ф. Церковный [и др.] // Вопросы онкологии. – 1977. – Т. 23. – №1. – С. 3–12.
20. Напалков, Н.П. Принципы и методы изучения выживаемости онкологических больных / Н.П. Напалков, Д.П. Березкин // Вопросы онкологии. – 1982. – № 8. – С. 10–13.
21. Оценка деятельности онкологического стационара. Пособие для врачей / под редакцией В.М. Мерабишвили, В.В. Старинского. – Санкт-Петербург, 2004. – 40 с.
22. Присяжнюк, А.Е. Учет и отчетность в онкологических учреждениях о больных злокачественными заболеваниями / А.Е. Присяжнюк, В.М. Мерабишвили, А.Н. Мищенко [и др.] // Ведомственная инструкция. – Киев, 1985. – 27 с.
23. Смертность населения СССР от злокачественных новообразований // под редакцией Н.П. Напалкова, Г.Ф. Церковия, В.П. Демидова [и др.] – Ленинград, 1981. – 174 с.
24. Справочник сопоставления кодов МКБ-9 и МКБ-10 пересмотров по классу новообразований. Второе издание уточненное и дополненное / под редакцией профессора В.М. Мерабишвили. – Санкт-Петербург, 1998. – 91 с.
25. Napalkov NP, Tserkovny GF, Merabishvili VM, et al. Cancer incidence in the USSR. IARC Scientific Publication No. 48. 2nd Revised Ed. Lyon: IARC; 1983.
26. Parkin DM, Muir CS, Whelan SL, et al. Cancer Incidence in Five Continents, Vol. VI. IARC Scientific Publication No. 120. Lyon: IARC; 1992.
27. Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, et al. Cancer Incidence in Five Continents, Vol. VII. IARC Scientific Publication No. 143. Lyon: IARC; 1997.
28. Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, et al. Cancer Incidence in Five Continents, Vol. VIII. IARC Scientific Publication No. 155. Lyon: IARC; 2002.
29. Curado MP, Edwards B, Shin HR, et al. Cancer Incidence in Five Continents, Vol. IX. IARC Scientific Publication No. 160. Lyon: IARC; 2007.
30. Forman D, Bray F, Brewster DH, et al. Cancer Incidence in Five Continents, Vol. X. IARC Scientific Publication No. 164. Lyon: IARC; 2014.
31. Bray F, Colombet M, Mery L, et al. Cancer Incidence in Five Continents, Vol. XI. IARC Scientific Publication No. 14. Lyon: IARC; 2018.
32. Злокачественные новообразования в России в 2018 году (заболеваемость и смертность) / под редакцией А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. – Москва: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2019. – 250 с.
33. Состояние онкологической помощи населению России в 2019 году / под редакцией А.Д. Каприна, В.В. Старинского, А.О. Шахзадовой. – Москва: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2020. – 239 с.
34. Мерабишвили, В.М. Злокачественные новообразования в Северо-Западном федеральном округе России (заболеваемость, смертность, контингенты, выживаемость больных). Экспресс-информация. Выпуск третий / В.М. Мерабишвили; под редакцией профессора А.М. Беляева. – Санкт-Петербург: Т8 Издательские технологии, 2017. – 282 с.
35. Мерабишвили, В.М. Злокачественные новообразования в Северо-Западном федеральном округе России (заболеваемость, смертность, контингенты, выживаемость больных). Экспресс-информация. Выпуск четвертый. Пособие для врачей / В.М. Мерабишвили; под редакцией профессора А.М. Беляева. – Санкт-Петербург: Т8 Издательские технологии, 2018. – 444 с.
36. Мерабишвили, В.М. Злокачественные новообразования в Северо-Западном федеральном округе России (заболеваемость, смертность, достоверность учета, выживаемость больных). Экспресс-информация. Выпуск пятый / В.М. Мерабишвили; под редакцией профессора А.М. Беляева, профессора А.М. Щербакова. – Санкт-Петербург: Т8 Издательские технологии, 2020. – 236 с.
37. Мерабишвили, В.М. Закономерности динамики показателей смертности населения России по возрасту от злокачественных новообразований / В.М. Мерабишвили // Успехи геронтологии. – 2019. – Т. 32. – № 3. – С. 301–310.
38. Мерабишвили, В.М. Статистика опухолей / В.М. Мерабишвили // БМЭ. – Москва, 1981. – Т. 1. – С. 1056–1060.
39. Мерабишвили, В.М. Индекс достоверности учета – важнейший критерий объективной оценки деятельности онкологической службы для всех локализаций ЗНО, независимо от уровня летальности больных / В.М. Мерабишвили // Вопросы онкологии. – 2019. – Т. 65. – № 4. – С. 510–515.
40. Мерабишвили, В.М. О методах изучения заболеваемости злокачественными новообразованиями и смертности от них / В.М. Мерабишвили // Эпидемиология рака в странах СЭВ / под редакцией А.В. Чаклина. – Москва: Медицина, 1979. – С. 42–49.
41. Мерабишвили, В.М. Среднесрочный вариантный прогноз смертности населения России от злокачественных новообразований / В.М. Мерабишвили // Сибирский онкологический журнал. – 2019. – Т. 18. – № 4. – С. 5–12.
42. Мерабишвили, В.М. Аналитические показатели. Анализ реального состояния динамики смертности населения России от злокачественных новообразований и изменения ее структуры / В.М. Мерабишвили // Вопросы онкологии. – 2019. – Т. 65. – № 2. – С. 205–219.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Вахтанг Михайлович Мерабишвили, д-р мед. наук, профессор, руководитель научной лаборатории онкологической статистики Национального медицинского исследовательского центра онкологии им. Н.Н. Петрова; председатель научно-методического Совета по развитию информационных систем онкологической службы Северо-Западного региона России; руководитель популяционного ракового регистра СЗФО РФ, Санкт-Петербург, Россия; e-mail: MVM@niioncologii.ru

Алексей Михайлович Беляев, д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой онкологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия; председатель Ассоциации онкологов Северо-Запада; главный внештатный специалист-онколог Северо-Западного федерального округа; директор Национального медицинского исследовательского центра онкологии имени Н.Н. Петрова Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия; e-mail: oncl@rion.spb.ru

ADDITIONAL INFORMATION ABOUT AUTHORS

Vakhtang M. Merabishvili, Doctor of Medicine (MD), Professor, Chief of the the Oncological Statistics Scientific Laboratory “N.N. Petrov National Medical Research Center of Oncology”, Saint Petersburg, Russia; Chairman of the Scientific-Methodological Council on Development of Information Systems of Cancer Control of the Northwestern Federal District; Head of the Population-based Cancer Registry of the Northwestern Federal District of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia; e-mail: MVM@niioncologii.ru

Alexey M. Belyaev, Doctor of Medicine (MD), Professor, Head of the Department of Oncology, Mechnikov North-Western State Medical University, Saint Petersburg, Russia; Chairman of the Northwestern Association of Oncologists; Chief Freelance Oncologist of the Northwestern Federal District; Director of the N.N. Petrov Research Institute of Oncology of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia; e-mail: oncl@rion.spb.ru

Авторы заявляют, что у них нет конфликта интересов.

Stages of the objective assessment system development for the activities of the oncological service in Russia and the Northwestern Federal District of the Russian Federation (morbidity, mortality, index accuracy, annual mortality, median survival, observed and relative survival of patients with malignant tumors). Part I

©2021. V.M. Merabishvili^{1*}, A.M. Belyaev^{1, 2}

¹ N.N. Petrov National Medical Research Center of Oncology of the Ministry of Health of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia

² Mechnikov North-Western State Medical University, Saint Petersburg, Russia

* e-mail: MVM@niioncologii.ru

Received November 10, 2020;

Revised January 01, 2021;

Accepted March 20, 2021

The first part of the study includes a brief historical outline on the creation of an objective system for assessing the activities of the oncological service in Russia and the Northwestern Federal District of the Russian Federation. Dynamic series of all types of indicators of the population's morbidity and mortality have been presented, an increasing process of reliability and improvement of the quality of registration of primary patients with malignant tumors has been shown. In Russia, as well as in the Northwestern Federal District of the Russian Federation, standardized indicators of the malignant tumors incidence remain at a relatively low level. In the world ranking of Cancer Registries, the Russian Federation is on 300th place among 450 others. The mortality rate of the population in most localizations is recorded above the average European indicators.

KEYWORDS: malignant tumors; Russia; the Northwestern Federal District of the Russian Federation; morbidity; mortality; index accuracy; rank registers