

А.Б. Кутлумуратов
К.И. Поляков
И.З. Вайсбейн
М.С. Попов

ГБУЗ «Областная клиническая
больница Калининградской
области» МЗ Калининградской
области, Калининград,
Российская Федерация

Ключевые слова:

колоректальный
рак, выживаемость
на популяционном уровне,
онкологическая служба.

ДИНАМИКА ВЫЖИВАЕМОСТИ БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ В 2007–2012 ГГ. В КАЛИНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Цель: проанализировать по показателю выживаемости динамику эффективности специализированной помощи в Калининградской области РФ больным колоректальным раком (КРР) в связи с организационным изменением структуры онкологической службы (включение областного онкологического диспансера в состав Калининградской областной многопрофильной клинической больницы). *Объект и методы:* на базе данных популяционного ракового регистра области сравнительно изучены наблюдаемая и скорректированная выживаемость (НВ и СВ) больных КРР на популяционном уровне за два периода: 15.11.2006 — 31.12.2009 г. (группа «ДО» изменения структуры онкологической службы) и 15.11.2009 — 31.11.2012 г. (группа «ПОСЛЕ»). *Результаты:* в группе «ПОСЛЕ» 3-летняя НВ и СВ больных КРР статистически значимо выше в сравнении с группой «ДО» ($p < 0,001$). Преимущество в выживаемости пациентов группы «ПОСЛЕ» сохранилось (статистически значимо ($p < 0,05$, $p < 0,001$) или в виде тенденции ($p > 0,05$)) и при анализе с учетом локализации опухоли, стадии процесса, способов верификации диагноза, клинической группы, вида и стратегии лечения. *Вывод:* данные ежегодной статистики свидетельствуют, что вовлечение материально-технических, кадровых и организационных ресурсов крупного лечебного учреждения (областной клинической больницы) в онкологическое обслуживание населения региона позволило улучшить выживаемость пациентов с КРР.

ВВЕДЕНИЕ

Выживаемость больных онкологического профиля на популяционном уровне определяется доступностью специализированной онкологической помощи для населения. В США за период 1991–2009 гг. смертность от злокачественных новообразований (ЗН) снизилась на 20% (предотвращено около 1,18 млн смертей, из которых 152 900 — только за 2009 г.) [11]. Прогнозируется дальнейший прогресс в контроле ЗН при условии охвата онкосервисом всех слоев населения с акцентом на группах с самым низким социально-экономическим статусом. Указанный подход вполне созвучен с доктриной всеобщей диспансеризации [6], набравшей в СССР силу в середине 80-х годов прошлого века. Впечатляет динамика смертности в США от таких форм ЗН, как колоректальный рак (КРР): в 2000–2009 гг. ежегодное ее снижение составило в среднем 3,0%. Ожидается, что в США в 2013 г. заболеваемость КРР составит у мужчин 73,60, у женщин 69,14 на 100 тыс. населения, а смертность — соответственно 26,30 и 24,53. В 2011 г. в России заболеваемость КРР (грубый показатель) составила 41,60 на 100 тыс. населения (11,4% всех ЗН), уступив лишь ЗН кожи [10].

Специализированную онкологическую помощь оказывают, как правило, в онкологическом дис-

пансере, но предусматривается (согласно приказу Минздравсоцразвития РФ от 13.10.2005 г. № 633 [9]) возможность ее организации и в иных учреждениях здравоохранения субъектов РФ, в том числе — в областной больнице. В 2009 г. постановлением правительства Калининградской области от 08.05.2009 г. № 284 [8] функции диспансерного звена онкологической службы области с оказанием специализированной онкологической помощи населению возложены на многопрофильную Калининградскую областную клиническую больницу (ОКБ). Ключевым показателем эффективности указанной помощи является выживаемость больных онкологического профиля на популяционном уровне, оценка которой возможна лишь при устойчивой работе популяционного ракового регистра (ПРР) [3–5, 7, 11–13].

В нашем сообщении впервые приводится сравнительная оценка наблюдаемой (НВ) и скорректированной (СВ) 3-летней выживаемости в Калининградской области больных КРР на популяционном уровне, в том числе сравнение показателей в периоды «ДО» и «ПОСЛЕ» включения областного онкологического диспансера в состав ОКБ. Иными словами, проанализировано эффективность специализированной онкологической помощи в зависимости от ее организационной формы.

ОБЪЕКТ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

НВ и СВ больных КРР на популяционном уровне оценивали стандартными методами [3, 12, 13] на основе базы данных ПРР области за 2007–2012 гг., учитывая, что постановление № 284 было реализовано к концу 2009 г. В исследование вошли данные о 1956 больных КРР, из которых 939 зарегистрированы в промежуток времени 15.11.2006–31.12.2009 г. (группа «ДО») и 1017 — в период 15.11.2009–15.11.2012 г. (группа «ПОСЛЕ»). В группе «ДО» численность больных со ЗН ободочной кишки (ЗНОК) — 514, ректосигмоидного отдела (ЗНРС) — 101, прямой кишки и анального канала (ЗНПКАК) — 324, а в группе «ПОСЛЕ» — 549, 112 и 356 соответственно. При оценке СВ умершие от неонкологических заболеваний приравнивались к выбывшим из-под наблюдения. Выживаемость оценивали в зависимости от стадии болезни по классификации TNM и 4-стадийной классификации, способов верификации диагноза, клинической группы, вида и стратегии лечения. Результаты анализа оценены на фоне ежегодных показателей состояния онкологической помощи населению в 2005–2012 гг. О межгрупповых различиях судили с помощью *t*-критерия Стьюдента. При небольшом числе наблюдений (<30) использовали поправку Йетса с расчетом *φ*-параметра Фишера [2].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Установлено, что разница 3-летней выживаемости по показателям НВ и СВ между группами «ДО» и «ПОСЛЕ» повышалась постепенно. К концу первого года наблюдения в группе «ДО» НВ и СВ были статисти-

чески достоверно ($p < 0,05$) ниже, чем в группе «ПОСЛЕ», к концу третьего года указанные различия возросли ($p < 0,001$) (табл. 1). Улучшение показателей НВ и СВ в группе «ПОСЛЕ» по сравнению с группой «ДО» составило при ЗНОК 23,25 и 23,14%, при ЗНРС — 41,83 и 41,04%, при ЗНПКАК — 27,03 и 27,68% соответственно. Значимой разницы между НВ и СВ как в группе «ДО», так и в группе «ПОСЛЕ» не отмечено: случаи смерти от неонкологических заболеваний были редки и практически не влияли на показатели смертности больных КРР (см. табл. 1).

Преимущество в показателе НВ больных со ЗНОК и ЗНПКАК в группе «ПОСЛЕ» (табл. 2) отмечено также при учете стадий злокачественного процесса согласно системе TNM и отечественной (4-стадийной) классификации. В абсолютном большинстве вариантов сравнения разница между группами была статистически достоверна (от $p < 0,05$ до $p < 0,001$), в подгруппах «Т (нет сведений)» — на уровне тенденции ($p > 0,05$). Различия между группами «ДО» и «ПОСЛЕ» у больных ЗНРС с Т1, 2 статистически незначимо ($p > 0,05$). Возможно, это связано не только с малочисленностью выборок, но и с тем, что группировку по критерию Т проводили независимо от пораженности лимфоузлов (N) и других органов (M), определяющей выживаемость больных раком после лечения. Преимущество в выживаемости пациентов группы «ПОСЛЕ» выявлено и при их группировке по способу верификации диагноза (в большинстве подгрупп $p < 0,001$; в подгруппах ЗНОК с цитологической верификацией или «нет сведений», ЗНПКАК с клиникоинструментальной верификацией или «нет сведений» различия на уровне тенденции; $p > 0,05$) (см. табл. 2).

Таблица 1

НВ и СВ больных со ЗН разных отделов толстой кишки
в период 2006–2009 гг. (группа «ДО») и 2009–2012 гг. (группа «ПОСЛЕ»)

Показатель	Время наблюдения, мес	«ДО»		«ПОСЛЕ»		Статистическое различие
		Р, %	m	Р, %	m	
ЗНОК						
		n = 514		n = 549		t_{α}
НВ	12	85,96	1,53	93,44	1,06	4,019
	24	63,89	2,12	81,24	1,67	6,438
	36	44,15	2,19	67,40	2,00	7,835
СВ	12	86,14	1,52	93,80	1,03	4,166
	24	64,18	2,11	81,55	1,66	6,467
	36	44,67	2,19	67,81	1,99	7,808
ЗНРС						
		n = 101		n = 112		t_{α}
НВ	12	81,19	3,89	97,32	1,53	3,862
	24	46,53	4,96	89,29	2,92	7,422
	36	28,71	4,50	70,54	4,31	6,712
СВ	12	82,03	3,82	97,32	1,53	3,718
	24	47,64	4,97	89,29	2,92	7,224
	36	30,37	4,58	71,41	4,27	6,557
ЗНПКАК						
		n = 324		n = 356		t_{α}
НВ	12	82,69	2,10	95,51	1,10	5,405
	24	58,44	2,74	83,99	1,94	7,609
	36	40,10	2,72	67,13	2,49	7,328
СВ	12	82,69	2,10	95,78	1,07	5,553
	24	58,96	2,73	84,23	1,93	7,548
	36	40,69	2,73	68,37	2,46	7,527

В табл. 1–3: n — число больных в начале наблюдения в каждой группе (подгруппе).

3-летняя НВ больных КРР в группах «ДО» и «ПОСЛЕ» в зависимости от стадии заболевания и способа верификации диагноза

Критерии разделения на подгруппы	Группа «ДО»			Группа «ПОСЛЕ»			Статистическое различие	
	п	НВ, %	m	п	НВ, %	m	t _к	p
ЗНОК								
TNM – T								
1, 2	46	69,02	6,82	44	86,36	5,17	2,026	<0,05
3	131	63,02	4,22	143	80,42	3,32	3,242	<0,01
4	170	37,30	3,71	281	66,55	2,81	6,281	<0,001
Нет сведений	167	28,93	3,51	81	37,04	5,37	1,265	>0,05
TNM – N								
0	164	68,00	3,64	180	88,89	2,34	4,823	<0,001
1, 2, 3	123	41,60	4,44	158	65,19	3,79	4,039	<0,001
Не установлено	60	26,67	5,71	111	51,35	4,74	3,326	<0,01
Нет сведений	167	28,25	3,48	100	50,00	5,00	3,569	<0,01
TNM – M								
0	234	66,68	3,08	272	87,13	2,03	5,544	<0,001
1	87	17,24	4,05	123	40,65	4,43	3,901	<0,001
Нет сведений	193	28,60	3,25	154	53,90	4,02	4,894	<0,001
Стадия согласно 4-стадийной классификации								
I, II	153	61,74	3,93	212	79,25	2,79	3,635	<0,001
III	123	62,35	4,37	153	79,08	3,29	3,061	<0,01
IV	191	18,02	2,78	183	43,72	3,67	5,584	<0,001
Нет сведений	47	42,55	7,21	1	-	-	-	-
Способы верификации диагноза								
Гистологический	312	54,41	2,82	360	75,83	2,26	5,932	<0,001
Цитологический	39	65,86	7,59	25	68,00	9,33	0,178	>0,05
Клинико-инструментальный	151	19,31	3,21	141	51,77	4,21	6,131	<0,001
Нет сведений	12	16,67	10,76	23	34,78	9,93	1,237	>0,05
ЗНРС								
TNM – T								
0, 1, 2	10	90,00	9,49	15	80,00	10,33	-0,713	>0,05
3	18	27,78	10,56	27	77,78	8,00	3,775	<0,001
4	35	20,00	6,76	62	67,74	5,94	5,306	<0,001
Нет сведений	38	23,68	6,90	8	62,50	17,12	2,103	<0,05
TNM – N								
0	31	48,39	8,98	51	96,08	2,72	5,085	<0,001
1, 2, 3	20	20,00	8,94	24	62,50	9,88	3,189	<0,01
Нет сведений	50	22,00	5,86	37	43,24	8,14	2,117	<0,05
TNM – M								
0	37	45,95	8,19	61	98,36	1,63	6,275	<0,001
1	19	15,79	8,37	23	21,74	8,60	0,496	>0,05
Нет сведений	45	22,22	6,20	28	50,00	9,45	2,458	<0,05
Стадия согласно 4-стадийной классификации								
1, 2	25	52,00	9,99	48	93,75	3,49	5,653	<0,001
3	25	36,00	9,60	23	86,96	7,02	8,879	<0,001
4	38	10,53	4,98	41	34,15	7,41	0,228	>0,05
Нет сведений	13	30,77	12,80	0	-	-	-	-
Способы верификации диагноза								
Морфологический	66	39,39	6,01	82	79,27	4,48	5,318	<0,001
Во время операции, инструментально-клинический	34	8,82	4,86	30	46,67	9,11	3,665	<0,001
Нет сведений	1	-	-	-	-	-	-	-
ЗНПАК								
TNM – T								
0, 1, 2	35	56,67	8,38	46	82,61	5,59	2,576	<0,05
3	109	56,70	4,75	115	81,74	3,60	4,203	<0,001
4	104	27,88	4,40	161	60,25	3,86	5,533	<0,001
Нет сведений	76	26,32	5,05	34	23,53	7,27	0,315	>0,05
TNM – N								
0	98	68,21	4,70	126	88,10	2,89	3,604	<0,001
1, 2, 3, 4	72	32,75	5,53	82	53,66	5,51	2,679	<0,01
Нет сведений	154	25,32	3,50	148	55,41	4,09	5,588	<0,001
TNM – M								
0	165	57,30	3,85	216	85,19	2,42	6,134	<0,001
1	43	18,60	5,93	76	39,47	5,61	2,556	<0,05
Нет сведений	116	23,28	3,92	64	39,06	6,10	2,177	<0,05
Стадия согласно 4-стадийной классификации								
1, 2	111	50,19	4,75	174	80,46	3,01	5,389	<0,001

Критерии разделения на подгруппы	Группа «ДО»			Группа «ПОСЛЕ»			Статистическое различие	
	n	НВ, %	m	n	НВ, %	m	t _к	p
3	85	53,82	5,41	80	77,50	4,67	3,315	<0,01
4	93	20,43	4,18	101	36,63	4,79	2,547	<0,05
Нет сведений	35	28,57	7,64	1	-	-	-	-
Способы верификации диагноза								
Гистологический	213	47,10	3,42	279	73,12	2,65	6,009	<0,001
Цитологический	42	33,33	7,27	22	81,82	8,22	4,416	<0,001
Инструментально-клинический	64	23,44	5,30	41	31,71	7,27	0,920	>0,05
Нет сведений	5	20,00	17,89	14	28,57	12,07	0,397	>0,05

При сравнительном анализе по клиническим группам выживаемость больных группы «ПОСЛЕ» при всех трех формах локализации КРР (табл. 3) была статистически значимо (от $p < 0,001$ до $p < 0,05$) выше, чем в группе «ДО», за исключением клинической группы 3 при ЗНПКАК ($p > 0,05$). Последнее, возможно, обусловлено тем, что эти больные лечились, как правило, за пределами области.

Статистически значимое преимущество НВ больных в группе «ПОСЛЕ» для ЗНОК, ЗНРС и ЗНПКАК отмечено при хирургическом лечении. При сочетании хирургического лечения с другими методами («Хирургическое+») выживаемость больных ЗНРС и ЗНПКАК в группе «ПОСЛЕ» также была значимо выше, чем в группе «ДО» ($p < 0,001$) (см. табл. 3). Сравнение выживаемости больных, получавших консервативное лечение, было возможно лишь при ЗНПКАК; при этом выявлено тенденцию ($p > 0,05$) к повышению НВ в группе «ПОСЛЕ». Вне зависимости от локализации ЗН выявлено достоверное ($p < 0,01$) повышение НВ пациентов группы «ПОСЛЕ», получивших радикальное или паллиативное лечение. Значимой разницы в эффективности симптоматического лечения не выявлено ($p > 0,05$) (см. табл. 3).

Отметим, что в Германии, по данным программы «The EURO CARE-4 Study» [12], 1-годовая НВ при ЗНОК, диагностированных в 1995–1999 гг., составила 71,96%, 2-летняя — 59,94%, 3-летняя — 54,01%. Эти показатели заметно выше, чем в Польше (за тот же период), где 1-, 2- и 3-летняя НВ составили 57,36; 43,39 и 38,61% соответственно. При ЗНПКАК аналогичные показатели НВ в Германии — 78,38; 66,21 и 58,37%, в Польше — 68,96; 53,72 и 43,37% [12].

Ежегодные отчеты PPP (формы «Ф7» и «Ф35») показывают, что в Калининградской области имеются резервы повышения выживаемости больных КРР за счет улучшения работы онкокабинетов в районных поликлиниках [1]. Данные табл. 4 свидетельствуют, что этот вопрос стоит остро в отношении не только ЗНОК, но и визуально доступной локализации — ЗНПКАК: остается большой доля первично выявленных запущенных случаев. Хотя в последние годы в целом увеличилось количество морфологически диагностированных случаев КРР, доля больных, находящихся на учете на протяжении 5 лет и более с момента установления диагноза, достоверно не изменилась (колеблется преимущественно в пределах 3–9%) (табл. 5).

Таблица 3

3-летняя НВ больных КРР в группах «ДО» и «ПОСЛЕ» в зависимости от клинической группы, вида и стратегии лечения

Критерии разделения на подгруппы	Группа «ДО»			Группа «ПОСЛЕ»			Статистическое различие	
	n	НВ, %	m	n	НВ, %	m	t _к	p
ЗНОК								
Взят на учет с клинической группой								
2-я	367	53,82	2,60	388	76,80	2,14	6,818	<0,001
3-я	24	62,50	9,88	39	87,18	5,35	2,196	<0,05
4-я	123	11,31	2,86	122	31,15	4,19	3,911	<0,001
Проведенное лечение по виду								
Хирургическое + ХТ	24	56,16	10,13	58	72,41	5,87	1,388	>0,05
Хирургическое	349	50,27	2,68	385	74,55	2,22	6,982	<0,001
ХТ	2	-	-	8	87,50	11,69	-	-
Нет сведений	139	25,83	3,71	98	34,69	4,81	1,459	>0,05
Проведенное лечение по стратегии								
Радикальное	256	65,44	2,97	343	84,84	1,94	5,469	<0,001
Паллиативное	99	15,37	3,62	87	48,28	5,36	5,087	<0,001
Симптоматическое	57	34,70	6,31	92	31,52	4,84	-0,400	>0,05
Лечение не проводилось вообще	56	21,43	5,48	2	-	-	-	-
Нет сведений	46	23,91	6,29	25	28,00	8,98	0,373	>0,05
ЗНРС								
Взят на учет с клинической группой								
2-я	68	38,24	5,89	78	80,77	4,46	5,754	<0,001
3-я	5	40,00	21,91	8	100,00	0,00	2,739	<0,01
4-я	28	7,14	4,87	26	30,77	9,05	2,299	<0,05

Критерии разделения на подгруппы	Группа «ДО»			Группа «ПОСЛЕ»			Статистическое различие	
	n	НВ, %	m	n	НВ, %	m	t _к	p
Проведенное лечение по виду								
Хирургическое + ХТ	75	36,00	5,54	104	73,08	4,35	5,263	<0,001
Консервативное	0	-	-	1	-	-	-	-
Нет сведений	26	11,54	6,27	7	42,86	18,70	1,588	>0,05
Проведенное лечение по стратегии								
Радикальное	40	55,00	7,87	69	95,71	2,42	4,947	<0,001
Симптоматическое, паллиативное	37	13,51	5,62	41	29,27	7,11	1,739	>0,05
Лечение не проводилось вообще	9	22,22	13,86	0	-	-	-	-
Нет сведений	15	20,00	10,33	2	50,00	35,36	0,814	>0,05
ЗНПК								
Взяты на учет с клинической группой								
2-я	243	45,40	3,19	255	75,69	2,69	7,256	<0,001
3-я	20	70,00	10,25	28	85,71	6,61	1,289	>0,05
4-я	61	13,11	4,32	73	30,14	5,37	2,469	<0,05
Проведенное лечение по виду								
Хирургическое + ХТ	37	35,14	7,85	79	84,81	4,04	5,628	<0,001
Хирургическое	178	55,06	3,73	163	73,01	3,48	3,521	<0,001
Консервативное	11	36,36	14,50	45	66,67	7,03	1,880	>0,05
Нет сведений	98	16,33	3,73	69	33,33	5,68	2,504	<0,05
Проведенное лечение по стратегии								
Радикальное	153	65,81	3,83	199	85,93	2,46	4,413	<0,001
Паллиативное	68	19,12	4,77	74	51,35	5,81	4,288	<0,001
Симптоматическое	35	22,86	7,10	61	36,07	6,15	1,407	>0,05
Лечение не проводилось вообще	40	15,00	5,65	1	-	-	-	-
Нет сведений	28	10,71	5,85	21	33,33	10,29	1,912	>0,05

Таблица 4

Динамика стадийности случаев рака ободочной и прямой кишки, выявленных в 2005–2012 гг.

Годы	Взято на учет в отчетном году, n	Выявлено при профилактических осмотрах (% от взятых на учет)	Частота стадий заболевания среди взятых на учет, %			
			I–II	III	IV	Стадия не определена
ЗНОК						
2005	177	54 (30,51)	30,51	32,77	31,64	5,08
2006	156	18 (11,54)	31,41	32,05	32,05	4,49
2007	154	18 (11,69)	36,36	24,68	35,06	3,90
2008	145	0 (0,00)	27,59	21,38	37,93	13,10
2009	177	2 (1,13)	25,42	29,94	33,33	11,30
2010	176	2 (1,14)	20,45	25,57	44,32	9,66
2011	199	1 (0,50)	29,15	27,64	25,63	17,59
2012	203	6 (2,96)	25,62	27,09	34,48	12,81
ЗНПК						
2005	175	54 (30,86)	33,71	28,57	33,14	4,57
2006	136	18 (13,24)	30,88	33,09	33,82	2,21
2007	115	11 (9,57)	35,65	23,48	32,17	8,70
2008	152	1 (0,66)	29,61	27,63	27,63	15,13
2009	149	1 (0,67)	25,50	25,50	34,90	14,09
2010	160	1 (0,63)	28,75	26,88	35,63	8,75
2011	173	1 (0,58)	37,57	18,50	24,28	19,65
2012	169	4 (2,37)	34,91	20,71	26,04	18,34

Таблица 5

Сведения о динамике морфологического подтверждения и контингента ЗН ободочной и прямой кишки в 2005–2012 гг.

Годы	Взято на учет в отчетном году, n	Диагноз подтвержден морфологически (% от взятых на учет)	Состоит на учете на конец отчетного года	На учете с момента установления диагноза 5 лет и более (% от всех учтенных на конец года)
ЗНОК				
2005	177	114 (64,41)	898	516 (57,46)
2006	156	95 (60,90)	927	618 (66,67)
2007	154	108 (70,13)	915	508 (55,52)
2008	145	107 (73,79)	956	547 (57,22)
2009	177	116 (65,54)	1023	552 (53,96)
2010	176	125 (71,02)	1078	560 (51,95)
2011	199	139 (69,85)	1094	626 (57,22)
2012	203	151 (74,38)	1128	636 (56,38)
Рак прямой кишки, ректосигмоидного соединения, ануса				
2005	175	121 (69,14)	479	228 (47,60)
2006	136	96 (70,59)	769	515 (66,97)
2007	115	85 (73,91)	752	501 (66,62)
2008	152	124 (81,58)	810	441 (54,44)
2009	149	116 (77,85)	843	451 (53,50)
2010	160	127 (79,38)	897	455 (50,72)
2011	173	142 (82,08)	872	495 (56,77)
2012	169	144 (85,21)	918	503 (54,79)

Абсолютное количество зарегистрированных больных со ЗНОК и ЗНПКАК в 2010–2012 гг. возросло соответственно на 21,4 и 20,7% по сравнению с данными за период 2007–2009 гг.; число состоящих к концу каждого года на учете — на 14,0 и 11,7%; морфологически верифицированных заболеваний — на 24,8 и 27,7% соответственно.

Отмеченные различия в выживаемости между группами «ДО» и «ПОСЛЕ» носят популяционный характер и отражают улучшение доступности для населения специализированной помощи в диспансерном звене онкологической службы в течение 2010–2012 гг. Очевидно, вовлечение в работу этой службы материально-технических, кадровых и организационных ресурсов многопрофильной Калининградской ОКБ повысило шансы больных КРР на адекватное специализированное лечение в условиях специализированного стационара, гарантирующее большую выживаемость [3–5].

Сопоставление данных ежегодной статистики с результатами исследования 3-летней выживаемости больных КРР показывает наличие резервов для улучшения доступности специализированного лечения при ЗН для населения области. Существуют необходимость и возможность основательно улучшить работу районных звеньев онкологической службы с акцентом на уменьшение доли запущенных первично выявленных ЗН (в частности ЗНПКАК), что позволит увеличить количество пациентов КРР, охватываемых программой условно радикального лечения. Значимая роль в достижении этих целей отводится и созданию устойчивой практики прогнозного регулирования деятельности онкологической службы с отслеживанием резервов скрининга, лечения и профилактики ЗН, исходя из данных ПРР. Реальные плоды такой практики можно ожидать, прежде всего, в отношении визуально доступных локализаций, к числу которых относится, в частности, ЗНПКАК.

ВЫВОДЫ

1. В Калининградской области в 2010–2012 гг. в сравнении с 2007–2009 гг. возросли объемы оказываемой специализированной онкологической помощи больным КРР. Это выразилось в увеличении числа первично зарегистрированных больных со ЗНОК и ЗНПКАК, состоящих к концу года на учете, морфологически верифицированных случаев.

2. В Калининградской области в период 2010–2012 гг. (после включения онкологического диспансера в состав многопрофильной ОКБ) 1-, 2- и 3-летняя НВ и СВ больных КРР на популяционном уровне статистически достоверно ($p < 0,001$) повысилась по сравнению с периодом 2007–2009 гг. Преимущество в выживаемости больных группы «ПОСЛЕ» в сравнении с группой «ДО» в целом сохранялось и при анализе с учетом стадий злокачественного процесса, локализации ЗН, способов подтвержде-

ния диагноза, клинической группы, вида и стратегии лечения (от $p < 0,001$ до $p > 0,05$).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кутлумуратов АБ, Поляков КИ, Вайсбейн ИЗ. О новых тенденциях выживаемости онкологических больных в Калининградской области на популяционном уровне. В сб науч трудов: «Реальная клиническая практика». Калининград, 2013: 35–47.
2. Лакин ГФ. Биометрия. Москва: Высшая школа, 1990. 352 с.
3. Мерабишвили ВМ. Выживаемость онкологических больных. Санкт-Петербург: ООО «Фирма КОСТА», 2006. 440 с.
4. Мерабишвили ВМ. Методологические аспекты анализа деятельности онкологической службы на основе новых разработок информационных технологий. *Вопр онкол* 2012; 58 (2): 171–8.
5. Мерабишвили ВМ. Наблюдаемая и относительная выживаемость онкологических больных (популяционное исследование). *Рос онкол журн* 2012; (3): 25–9.
6. Новгородцев ГА, Демченкова ГЗ, Полонский МЛ. Диспансеризация населения в СССР. Москва: Медицина, 1982. 360 с.
7. Петрова ГВ, Попова СП, Старинский ВВ и др. Развитие системы популяционных раковых регистров в России. *Вопр онкол* 2003; (4): 422–6.
8. Постановление Правительства Калининградской области от 08.05.2009 г. № 284 «О реорганизации отдельных государственных учреждений Калининградской области».
9. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 13.10.2005 г. № 633 «Об организации медицинской помощи».
10. Состояние онкологической помощи населению России в 2011 году / Под ред.: ВИ Чиссова, ВВ Старинского, ГВ Петровой / Москва: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздравсоцразвития России, 2012. 240 с.
11. Siegel R, Naishadham D, Jemal A. Cancer Statistics. *CA Cancer J Clin* 2013; 63: 11–30.
12. Survival of Cancer Patients in Europe. The EURO-CARE-4 Study. Section-1: Survival Analysis 1995–1999 (www.eurocare.it/Portals/0/CDEU4/).
13. Swaminathan R, Brenner H. Statistical methods for cancer survival analysis. In: Cancer survival in Africa, Asia, the Caribbean and Central America (SurvCan) / Eds: R Sankaranarayanan, R Swaminathan, E Lucas / IARC Scientific Publications. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 2011; 162. ISBN 978–92–832–2162–3.

DYNAMICS OF SURVIVAL IN PATIENTS WITH COLORECTAL CANCER IN 2007–2012 IN THE KALININGRAD REGION OF THE RUSSIAN FEDERATION

A.B. Kutlumuratov, K.I. Poljakov, I.Z. Vaysbeyn, M.S. Popov

Summary. Objective: to analyze the dynamics of survival rate of the efficacy of specialized care in the Kaliningrad region of the Russian Federation patients with colorectal cancer (CRC) in connection with the organizational change in the structure of oncology services (inclusion of regional oncologic dispensary in the composition of the Kaliningrad regional multifield clinical hospital). **Object and methods:** on the basis of the data of cancer register of the region the observed (OS) and comparative survival (CS) were comparative studied in

patients with CRC at the population level for two periods: 15.11.2006 — 31.12.2009 years (group «BEFORE» changes in the structure of oncology services) and 15.11.2009 — 31.11.2012 years («AFTER»). **Results:** in the group «AFTER» 3-year OS and CS patients with CRC statistically was significantly higher in comparison with the group of «BEFORE» ($p < 0.001$). Advantage in survival of patients «AFTER» preserved (statistically significant ($p < 0,05$, $p < 0,001$), or was in the form of trends ($p > 0,05$)) and in the analysis taking into account the location of the tumor, the stage of the process, methods of verification of the diagnosis of clinical group, the type and treatment strategies. **Conclusion:** the data of annual statistics indicate that the involvement

of the material, technical, personnel and organizational resources of a large medical institution (regional hospital) in the Oncology service of the population of the region has allowed to improve the survival of patients with colorectal cancer.

Key words: colorectal cancer; survival on population level; oncological service.

Адрес для переписки:

Кутлумуратов А.Б.
Российская Федерация,
236016, Калининград, ул. Клиническая, 74
E-mail: atabekb@yahoo.com

Получено: 29.06.2013