

Результаты выявления злокачественных новообразований при диспансеризации населения в 2013—2014 гг.

Л.М. АЛЕКСАНДРОВА¹, В.В. СТАРИНСКИЙ², А.М. КАЛИНИНА³, А.Д. КАПРИН², С.А. БОЙЦОВ³

¹Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена — филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» Минздрава России, Москва, Россия; ²ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» Минздрава России, Обнинск, Россия; ³ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия

Results of malignancy detection during prophylactic medical examinations in 2013—2014

L.M. ALEKSANDROVA¹, V.V. STARINSKY², A.M. KALININA³, A.D. KAPRIN², S.A. BOYTSOV³

¹P.A. Herzen Moscow Oncology Research Institute, Branch, National Medical Radiology Research Center, Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia; ²National Medical Radiology Research Center, Ministry of Health of Russia, Obninsk, Russia; ³National Research Center for Preventive Medicine, Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia

Резюме

Цель исследования. Анализ эффективности диспансеризации населения по выявлению злокачественных новообразований (ЗНО), вносящих значительный вклад в смертность взрослого населения.

Материалы и методы. По данным государственной медицинской статистики (ф. 131/о, 7, 35) проведена экспертно-аналитическая оценка результатов онкологического компонента диспансеризации определенных групп взрослого населения России в 2013—2014 гг.

Результаты. Диспансеризацию в 2013 г. прошли 20,5 млн, в 2014 г. — 22,5 млн граждан. Удельный вес лиц возрастной группы 21 год—36 лет составил 36%, 39—60 лет — 42%, старше 60 лет — 22%. Во всех возрастных группах преобладали женщины с увеличением доли в старших возрастных группах — 55, 58 и 64% соответственно. В 2013 г. выявлены 27 173 пациента с ЗНО, в 2014 г. — 34 638, из них 17 095 (62,9%) и 20 944 (60,5%) женщин и 10 078 (37,1%) и 13 694 (39,5%) мужчины соответственно. Первые 5 рейтинговых мест в нозологической структуре выявленных ЗНО принадлежали молочной железе (28 и 30,5%), простате (13,9 и 18,5%), прямой кишке (6,5 и 7,5%), желудку (6,3 и 7,8%), легкому (6,1 и 7,3%). В 2014 г. по сравнению с 2013 г. среди всех впервые выявленных больных частота выявления ЗНО при диспансеризации выросла на 17,6%, среди всех активно выявленных — на 10,2%. Отмечен рост частоты выявления ЗНО в старших возрастных группах, наиболее значительный (на 11,8%) в группе женщин старше 60 лет.

Заключение. Отмечен рост частоты выявления ЗНО, хотя существуют дефекты в организации проведения диспансеризации, обеспечении полного объема необходимых исследований, интерпретации полученных данных. Помощь в решении этих задач может оказать методическая поддержка мероприятия региональной онкологической службой. При этом необходимы усилия по активному привлечению граждан к участию в диспансеризации, выработке поведенческих установок, связанных с повышением ответственности за сохранение личного и общественного здоровья.

Ключевые слова: профилактика, ранняя диагностика, скрининг, диспансеризация, злокачественные новообразования, смертность, заболеваемость, «выявляемость», активная «выявляемость».

Aim. To analyze the efficiency of prophylactic medical examination for malignancies that considerably contributes to adult mortality.

Materials and methods. The data of the national health statistics (Form 131/o, 7, 35) were used to make an expert analytical assessment of the results of prophylactic medical examinations for cancer in certain adult population groups in Russia in 2013—2014.

Results. Medical examinations covered 20.5 and 22.5 million people in 2013 and 2014, respectively. The proportion of 21-36-, 39-60-, and over 60-year olds was 36, 42, and 22%, respectively. All the age groups showed a preponderance of women with their larger proportion in the older age groups (55, 58, and 64%, respectively). In 2013 and 2014 there were 27,173 and 34,638 detected patients with malignancies, including 17,095 (62.9%) and 20,944 (60.5%) women and 10,078 (37.1%) and 13,694 (39.5%) men, respectively. In these years, the breast (28 and 30.5%), prostate (13.9 and 18.5%), rectum (6.5 and 7.5%), stomach (6.3% and 7.8%), lung (6.1 and 7.3%) ranked fifth in cancer sites. There was a 17.6% increase in the detection rate of malignancy among the first identified patients during prophylactic medical examinations and a 10.2% increase among all actively detected patients in 2014 versus 2013. The older age groups exhibited a rise in cancer detection rates, the most significant (11.8%) increase being in the women older than 60 years of age.

Conclusion. The malignancy detection rates were noted to be on the rise, although there are defects in organizing prophylactic medical examination, ensuring the complete scope of necessary investigations, and interpreting the findings. The measures methodically supported by a regional cancer may provide a guide to solving these problems. At the same time, efforts are needed to actively attract citizens in the participation in prophylactic medical examination and in the development of behavioral attitudes associated with the higher responsibility for maintaining personal and public health.

Keywords: prevention, early diagnosis, screening, prophylactic medical examination, malignancies, mortality, morbidity, detectability, active detectability.

ЗНО — злокачественные новообразования
 КРР — колоректальный рак
 ПЖ — поджелудочная железа
 ПСА — простатспецифический антиген
 РЖ — рак желудка

РМЖ — рак молочной железы
 РП — рак простаты
 РШМ — рак шейки матки
 УЗИ — ультразвуковое исследование
 ФР — фактор риска

В последние годы в демографическом развитии Российской Федерации (РФ) произошли позитивные изменения, обусловленные ростом рождаемости, снижением общей смертности и увеличением продолжительности жизни граждан. В 2014 г. ожидаемая продолжительность жизни у мужчин составила 65,4 года (в 2013 г. 65,1 года), у женщин — 76,5 года (в 2013 г. 76,3 года) [1]. В структуре причин смерти населения РФ злокачественные новообразования (ЗНО) длительное время находятся на втором месте, составляя более 15% (в 2012 г. 15,1%, или 201,0 на 100 тыс. населения; в 2014 г. 15,3%, или 201,1 на 100 тыс. населения) [1, 2].

Более 50% смертей лиц трудоспособного возраста в РФ обусловлены заболеваниями из группы предотвратимой смертности, а $\frac{1}{3}$ — на предотвратимые причины, зависящие от первичной (предупреждение заболеваний путем исключения или снижения интенсивности воздействия поведенческих и экологических факторов риска) и вторичной (раннее выявление и своевременное начало лечения) профилактики, а также качества оказываемой медицинской помощи [3].

Важнейшим фактором увеличения продолжительности жизни населения, улучшения здоровья, сохранения работоспособности и активного долголетия граждан является профилактика. В этой связи особое внимание должно уделяться реализации мероприятий по диспансеризации населения, играющей важную роль в раннем выявлении как самих заболеваний, так и факторов риска (ФР) их развития. Правильно организованное проведение диспансеризации способно обеспечить существенный, до 30%, вклад в снижение общей смертности населения, в том числе от ЗНО [4].

В РФ создается 3-уровневая система оказания медицинской помощи населению. Первичная медико-санитарная помощь является базой, на которой реализуется профилактическая направленность здравоохранения, формируются основы для выработки у населения мотивации к сохранению и поддержанию высокого уровня здоровья, определяющего здоровое долголетие без инвалидизирующих заболеваний.

Переориентирование здравоохранения на путь профилактики в настоящее время может и должно предоста-

вить гражданам основанные на индивидуально-массовом подходе технологии выявления предрака и ЗНО, их донозологическую диагностику и своевременную коррекцию функционального состояния в ходе диспансеризации. Сочетая профилактическую и лечебную направленность, диспансеризация наиболее эффективна при заболеваниях, для которых с учетом принципов доказательной медицины разработаны и рекомендованы международными медицинскими экспертными сообществами методики ранней диагностики и скрининга [5, 6].

Диспансеризация взрослого населения в 2013—2014 гг. проводилась в соответствии с Порядком проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденным приказом Минздрава России от 3 декабря 2012 г. №1006н [7]. Ее отличием от диспансеризации, проводившейся в стране ранее, явилось то, что диагностические исследования выполнялись с использованием современного оборудования, позволяющего выявить заболевания на ранней стадии, а также наличие ФР их развития.

Целью исследования был анализ эффективности диспансеризации определенных групп взрослого населения РФ населения, проведенной в 2013—2014 гг., по выявлению ЗНО, вносящих значительный вклад в смертность населения.

Материалы и методы

На основе данных официальной статистики (формы №131/о «Сведения о диспансеризации определенных групп взрослого населения», №7 «Сведения о заболеваниях ЗНО», №35 «Сведения о больных со ЗНО») проанализированы результаты онкологического компонента диспансеризации 2013—2014 гг., а также основные онкологические показатели: заболеваемость, частота выявления («выявляемость») ЗНО, в том числе активная «выявляемость».

Результаты

Диспансеризацию в 2013 г. прошли 20,5 млн, в 2014 г. — 22,5 млн граждан. Удельный вес лиц, относящихся к возрастной группе 21 год—36 лет, составил 36%, 39—60 лет — 42%, старше 60 лет — 22%. Во всех возрастных группах преобладали женщины с увеличением их доли в старших возрастных группах — 55, 58 и 64% соответственно.

При диспансеризации в 2013 г. выявлены 27 173 пациента с ЗНО, в 2014 г. — 34 638, что на 27,5% больше, чем в

Сведения об авторах:

Старинский Валерий Владимирович — зам. генерального директора по науке ФГБУ НМИРЦ Минздрава России

Калинина Анна Михайловна — рук. отд. первичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний в системе здравоохранения ГНИЦ ПМ Минздрава России

Каприн Андрей Дмитриевич — генеральный директор ФГБУ НМИРЦ Минздрава России

Бойцов Сергей Анатольевич — директор ГНИЦ ПМ Минздрава России

Контактная информация:

Александрова Лариса Митрофановна — рук. отд. ния координации и внедрения научных исследований МНИОИ им. П.А. Герцена — филиал ФГБУ НМИРЦ Минздрава России; 125284 Москва, ул. 2-й Боткинский проезд, 3; тел.: +7(495)945-1492; e-mail: mnioi.alex@mail.ru

Таблица 1. Нозологическая и половая структура ЗНО, выявленных при диспансеризации в 2013—2014 гг., %

Локализация ЗНО	Женщины			Мужчины		
	2013 г.	2014 г.	прирост	2013 г.	2014 г.	прирост
Всего ЗНО	100	100		100	100	
пищевод	1,1	1,3	15,4	2,2	2,9	24,1
желудок	3,8	5,5	30,9	10,6	11,3	6,2
ободочная кишка	2,7	3,9	30,8	3,7	5,1	27,5
прямая кишка, ректосигмоидное соединение, задний проход	5,4	6	10	8,3	9,6	13,5
ПЖ	1,5	2,2	31,8	2,6	2,8	7,1
трахея, бронхи, легкое	2,5	3,5	28,6	12,3	12,9	4,7
молочная железа	44,5	50,3	11,5			
шейка матки	9,1	10,2	10,8			
тело матки	7,6	7,3	-4,1			
яичники	3,7	3,7	0			
простата				37,4	46,2	19
почка	3,3	3,6	8,3	6,2	6,5	4,6
Прочие	14,8	2,5	-83,1	16,7	2,7	-83,8

предыдущем году. В женской когорте в первый год проведения диспансеризации выявлены 17 095 (62,9%) пациенток с диагнозом злокачественной опухоли, во второй год — 20 944 (60,5%), в мужской когорте — 10 078 (37,1%) и 13 694 (39,5%) соответственно.

Большинство всех диагностированных случаев онкологического заболевания (70,9% в 2013 г. и 84% в 2014 г.) составили те виды рака, для выявления которых в программу диспансеризации включены скрининговые тесты и диагностические исследования: рак молочной железы (РМЖ), рак шейки матки (РШМ), рак простаты (РП), колоректальный рак (КРР), рак желудка (РЖ). Первое рейтинговое место в структуре выявленных ЗНО как в 2013 г., так и в 2014 г. занимал РМЖ — 28 и 30,5%, второе — РП — 13,9 и 18,5% соответственно. На третьей и четвертой позиции оказались ЗНО прямой кишки (6,5 и 7,5%) и РЖ (6,3 и 7,8%). Затем следовали ЗНО легкого (6,1 и 7,3%), шейки матки (5,7 и 6,2%), тела матки (4,8 и 4,4%), почки (4,4 и 4,8%), ободочной кишки (3,1 и 4,4%), яичников (2,3 и 2,2%), поджелудочной железы — ПЖ (1,9 и 2,4%), пищевода (1,5 и 1,9%). В 2013 г. значимую по удельному весу группу, включающую другие нозологии злокачественных опухолей, формировали «прочие» ЗНО — 15,5%, в 2014 г. ее доля уменьшилась более чем в 7 раз, составив 2,1%.

В 2014 г. на 19,6% увеличилась частота выявления ЗНО органов верхнего (пищевод и желудок) и на 19,3% нижнего (ободочная и прямая кишка) отдела желудочно-кишечного тракта, легкого — на 16,4%. Удельный вес злокачественных опухолей, выявленных преимущественно с использованием ультразвукового исследования (УЗИ) — ЗНО яичников, почки, ПЖ, повысился незначительно — с 8,6% в 2013 г. до 9,5% в 2014 г., в основном в результате роста частоты выявления рака ПЖ, составившего 20,8%.

При диспансеризации женского населения в оба сравниваемых года в нозологической структуре ЗНО первые 5 мест последовательно занимали злокачественные опухоли молочной железы, шейки и тела матки, прямой кишки, желудка (табл. 1). В 2014 г. отмечен рост частоты выявления по всем основным нозологическим формам ЗНО за исключением рака яичников и рака эндометрия.

Наиболее значительный прирост числа выявленных случаев заболевания отмечен при ЗНО ПЖ, желудка и ободочной кишки, легкого. В результате в нозологическом профиле онкологической заболеваемости отмечено сокращение в 6 раз удельного веса группы «прочие» ЗНО.

В структуре выявленных ЗНО у мужчин последовательно лидировали рак простаты, рак легкого и РЖ (см. табл. 1). Рост «выявляемости» ЗНО отмечен при всех локализациях опухолевого процесса, наиболее высокие показатели наблюдались при ЗНО ободочной кишки и пищевода.

Анализ динамики частоты выявления ЗНО в половых группах населения с учетом возрастных страт, участвующих в диспансеризации, показал, что второй год ее проведения характеризуется ростом числа диагностированных случаев заболевания в старших возрастных группах. Наиболее значительное увеличение «выявляемости», составившее 11,8%, отмечено в группе женщин старше 60 лет.

Нозологический профиль выявленных при диспансеризации ЗНО в возрастных стратах половых групп населения представлен в табл. 2. В женской когорте РМЖ лидирует во всех возрастных группах, преобладая в группе 39—60 лет. РШМ занимает вторую позицию в возрастных стратах 21—36 и 39—60 лет, уступая место у женщин старше 60 лет в 2013 г. раку тела матки, в 2014 г. раку прямой кишки. Третье ранговое место в первый год диспансеризации в страте 21—36 лет принадлежало раку яичников, а в последующих стратах — раку тела матки и раку прямой кишки; во второй год диспансеризации в группах 21—36 и 39—60 лет — раку тела матки, старше 60 лет — РШМ. Таким образом, среди женщин всех возрастных страт, особенно в двух первых, после РМЖ наибольший удельный вес имели ЗНО женских половых органов, суммарная частота которых в 2013 г. составила 14,5, 17,7 и 8,4%, в 2014 г. — 26,3, 17,8 и 8,2% соответственно.

В мужской когорте во всех возрастных группах за исключением страты 21—36 лет в 2013 г. чаще всего выявлялся РП. Вторую и третью позицию поочередно занимали ЗНО желудка и легкого.

Таблица 2. Возрастная нозологическая структура ЗНО, выявленных при диспансеризации в 2013—2014 гг., %

Локализация ЗНО	Женщины (возраст, годы)						Мужчины (возраст, годы)					
	2013 г.			2014 г.			2013 г.			2014 г.		
	21—36	39—60	>60	21—36	39—60	>60	21—36	39—60	>60	21—36	39—60	>60
Всего ЗНО	100	100	100	100	100	100	1000	1000	100	100	100	100
пищевод	0,6	1,3	0,9	2,4	1,2	1,3	1,5	2,3	2,2	3,2	3,5	2,5
желудок	1,8	3	5,2	3,2	4,1	7,2	3,3	14,3	9,7	10,5	13,2	10,3
ободочная кишка	0,9	1,7	4,4	2,7	3,2	4,7	0,7	3,3	4,4	6,1	5,1	5
прямая кишка, ректосигмоидное соединение, задний проход	2,2	4,1	7,7	4,7	4	8,4	2,4	10,2	8,1	11	9,3	9,7
ПЖ	2,2	1,3	1,6	1,5	1,7	2,8	1,3	3,7	2,1	3,4	3,4	2,4
трахея, бронхи, легкое	1,1	2,1	3,3	2,6	3,1	3,9	4,2	13,8	12,8	9,2	14,3	12,4
молочная железа	25,2	48,1	44,6	46,5	52,8	48,4						
шейка матки	10,6	9,8	8	19,1	11	8,2						
тело матки	2,7	7,9	8,4	7,2	6,8	7,8						
яичник	3,9	3,6	3,7	6,4	3,8	3,2						
простата							4,3	30,1	47,8	27,3	38,2	52,2
почка	3,3	3,1	3,5	3,7	3,5	3,7	4,9	8,7	4,9	8,5	7,8	5,5
прочие	45,5	14	8,7	0	4,8	0,4	77,4	13,6	8	20,8	5,2	0

Таблица 3. Активная «выявляемость» определенных нозологических форм ЗНО при различных видах профилактических осмотров

Локализация ЗНО	Все виды профилактических осмотров			Диспансеризация		
	% от числа больных с впервые установленным диагнозом ЗНО		прирост, %	% от числа активно выявленных больных с ЗНО		прирост, %
	2013 г.	2014 г.		2013 г.	2014 г.	
Всего ЗНО	17,3	18,7	7,5	32,6	36,3	10,2
желудок	8,3	8,8	5,7	62,6	91,7	31,7
ободочная кишка	5,6	6,3	11,1	48,2	74,2	35
прямая кишка, ректосигмоидное соединение, задний проход	11,7	13,3	12	62,7	77,4	19
трахея, бронхи, легкое	21,8	21	−3,7	15,3	23,5	34,9
молочная железа	30,1	33,1	9,1	44,1	52,1	15,4
шейка матки	32,2	32,7	1,5	32,7	42,2	22,5
тело матки	16,4	18,1	9,4	38,6	38,5	−0,3
яичники	12,2	13	6,2	42,3	48,1	12,1
простата	25	27,5	9,1	51,8	67,5	23,3
почка	12,5	14,6	14,4	50,1	56,7	11,6

Результаты онкологического компонента диспансеризации (ф. №131/о) сопоставляли со статистическими данными, отражающими такие онкологические показатели, как заболеваемость, «выявляемость», активная «выявляемость» ЗНО (ф. №7 и №35) (табл. 3). Активная «выявляемость» ЗНО подразумевает диагностику заболевания при целенаправленном проведении профилактических осмотров населения для выявления злокачественной патологии, в том числе при диспансеризации и скрининге.

В 2013 г. в РФ впервые в жизни выявлены 515 005, в 2014 г. — 566 970 случаев ЗНО. Частота активного выявления ЗНО составила 17,3 и 18,7% соответственно. Активно диагностирован каждый третий случай ЗНО молочной железы и шейки матки, каждый четвертый случай РП и каждый пятый случай рака легкого. Прирост активной «выявляемости» анализируемых форм ЗНО оказался наибольшим при раке почки (14,4%) и КРР (23,1%).

При диспансеризации прирост частоты выявления ЗНО в 2014 г. был выше по всем нозологиям за исключением ЗНО тела матки (−0,3%). Среди всех активно выявленных пациентов с ЗНО соответствующей нозологии именно при диспансеризации оказалось более 90% с ЗНО желудка, более 75% больных КРР, более 67% — РП, 52% — РМЖ.

Обсуждение

Сравнительный анализ возрастного-половой структуры граждан, прошедших диспансеризацию, со структурой аналогичного возрастного диапазона населения РФ по данным Росстата свидетельствует о репрезентативности данных диспансеризации для населения страны в целом в возрастной категории 21 год и старше [8].

В онкологический компонент диспансеризации включены исследования и скрининговые тесты, рекомен-

двумя экспертными сообществами для ранней диагностики и скрининга отдельных нозологий ЗНО [9, 10]. Скрининг рекомендован только для четырех локализаций: молочная железа, шейка матки, толстая кишка, полость рта, для большинства же нозологий ЗНО — мероприятия по раннему выявлению.

Динамика частоты выявления ЗНО при диспансеризации среди всех впервые выявленных больных свидетельствует о ее росте на 17,6%. В группе активно выявленных больных удельный вес диспансеризации вырос на 10,2%. Наиболее значительный вклад диспансеризации наблюдался при следующих локализациях ЗНО: желудок (91,7%), прямая кишка (77,4%), ободочная кишка (74,2%), простата (67,5%), почка (56,7%), молочная железа (52,1%). Полученные результаты, очевидно, определены накопившимся опытом проведения диспансеризации в первичном звене здравоохранения.

Вместе с тем эффективность онкологического компонента диспансеризации явно недостаточна: практически лишь каждый третий активно выявленный онкологический больной установлен в ходе диспансеризации. Причинами этого, по нашему мнению, являются неполный охват населения (в 2013 г. диспансеризацию прошли 76,3% от запланированного объема, в 2014 г. — 92,8%), неполный объем выполнения необходимых исследований как на первом, так и на втором этапе диспансеризации, возможная неточность данных о результатах мероприятия, низкая укомплектованность первичного звена медицинским персоналом и его недостаточная онкологическая настороженность и подготовка по вопросам профилактики [11–13].

Согласно результатам проведенного в 2013 г. исследования на первом этапе диспансеризации мазок с шейки матки выполнен лишь в 53% от необходимого, маммография — в 85,3%, УЗИ брюшной полости — в 52%, исследование уровня в крови простатспецифического антигена (ПСА) — в 85,7%, кала на скрытую кровь и флюорография — в 96%. На втором этапе частота применения методов обследования после назначения составила для эндоскопического исследования (эзофагогастро- и колоно-, ректороманоскопия) 72%, консультации хирурга/проктолога — 73%, хирурга/уролога — 84%, гинеколога — 89% [8].

Немалое значение имеют качество выполнения диагностического исследования и трактовка специалистом его результатов. Показано, что исследование кала на скрытую кровь позволяет снизить смертности от рака толстой кишки на 15–33% в общей популяции и на 45% у участников рандомизированных исследований [14]. Рак ободочной кишки выявляется в 5–10%, железистые аденоматозные полипы — в 20–40% случаев. К существенным недостаткам теста относятся его невысокая информативность при наличии полипов диаметром менее 2 см, которые практически не кровоточат, локализация образований в правой половине ободочной кишки, наличие периодически кровоточащей опухоли. В результате процент ложноотрицательных результатов теста при наличии рака ободочной кишки может достигать 50%, при аденомах — до 70%. Чувствительность теста (gFOBT — fecal occult blood test, или гемокульт-тест) при однократном проведении не превышает 50–60% и достигает 90% при длительном мониторинге с периодичностью 1 раз в 2 года. Иммунохимическое исследование кала на скрытую кровь

(iFOBT — immunochemical fecal occult blood test) обладает более высокой чувствительностью и специфичностью и, что важно, у него нет реакции с животным гемоглобином [15, 16].

В алгоритме диспансеризации отсутствуют современные диагностические технологии, направленные на выявление рака легкого. Рентгенография органов грудной клетки позволяет выявлять туберкулез, периферический и распространенные формы центрального рака легкого, однако в качестве скрининга рака легкого не рекомендовано [9, 10].

Определение в сыворотке крови ПСА относится к базовым методам раннего выявления РП [17, 18]. Однако при уровне общего ПСА от 4 до 10 нг/мл РП диагностируется при биопсии лишь у 35% пациентов, у 20–25% мужчин имеется ПСА-негативное заболевание. Частота отрицательных результатов биопсии достигает 70–80% [19].

Важным фактором, влияющим на эффективность скрининга РШМ, является чувствительность цитологического исследования, составляющая от 60 до 85%. Основной причиной ложноотрицательных заключений служат некачественный забор материала, дефекты в приготовлении и окрашивании препарата [20].

В отношении выявления РМЖ маммография является единственным методом скрининга, эффективность которого доказана в популяции женщин в возрасте от 50 до 69 лет [21]. Чувствительность маммографии колеблется от 77 до 95%, специфичность — от 94 до 97%, а при выявлении новообразований менее 1 см не превышает 80%. Чувствительность маммографии зависит от плотности ткани молочной железы: в жировой паренхиме она приближается к 100%, при наличии фиброзно-кистозной мастопатии, создающей рентгеноплотный фон и зачастую искажающую рентгенологическую семиотику злокачественного процесса, снижается до 40% и менее [22, 23].

Достаточно высокая частота выявления при диспансеризации ЗНО почки и яичников связана с введением в алгоритм первого этапа диспансеризации УЗИ. С широким внедрением в медицинскую практику сонографии значительно выросла частота выявления почечно-клеточного рака на ранних стадиях, с 25 до 5% уменьшилось число больных с отдаленными метастазами [24, 25]. В отношении же яичников следует отметить, что, по данным некоторых исследователей, при УЗИ может визуализироваться 70–87% случаев их злокачественного поражения [26, 27].

Важнейшими факторами, влияющими на эффективность диспансеризации, являются информированность и готовность населения участвовать в профилактическом мероприятии. По итогам социологических опросов, готовность проходить диспансеризацию высказали 71% взрослых, непосредственно же проходят диспансеризацию или профилактические осмотры лишь 58% граждан [4]. Наибольшую готовность к прохождению профилактического обследования выражают женщины — 73% опрошенных, среди мужчин готовы участвовать в мероприятии 65% [28].

Таким образом, несмотря на небольшие сроки наблюдения, наблюдается рост частота выявления ЗНО, вносящих основной вклад в смертность населения от новообразований. Однако существует немало дефектов в организации проведения диспансеризации, обеспечении

полноты объема необходимых исследований и интерпретации полученных данных. Значительную помощь в решении этих задач может оказать методическая поддержка мероприятия региональной онкологической службой. Однако следует отметить определенную инертность онкологической службы и главных онкологов регионов как в оказании методической поддержки при проведении диспансеризации, так и анализе результатов ее онкологического компонента.

В соответствии с Порядком оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология» онкологическая служба страны курирует деятельность медицинских организаций первичного звена здравоохранения, направленную на профилактику ЗНО [29]. На онкологическую службу возложены такие функции, как организация работы по повышению онкологической настороженности медицинских работников, методическое руководство и консультативная помощь врачам по вопросам проведения диспансеризации и профилактических осмотров, санитарно-гигиеническое просвещение населения по профи-

лактике онкологических заболеваний и соблюдению здорового образа жизни.

Современный уровень организации оказания профилактической помощи населению требует смещение усилий на активное привлечение к участию граждан в профилактических мероприятиях, в первую очередь в прохождении диспансеризации. Поэтому наряду с необходимостью оптимизации организационных технологий важным вектором работы по повышению эффективности профилактической помощи является совершенствование комплекса мероприятий, направленных на выработку у населения поведенческих установок, связанных повышением ответственности гражданина за сохранение личного и общественного здоровья. Только совместными усилиями различных ведомств на государственном уровне может быть обеспечено создание благоприятных условий для активной, здоровой и продолжительной жизни населения.

Конфликт интересов отсутствует.

ЛИТЕРАТУРА

1. Доклад Министра здравоохранения РФ В.И. Скворцовой на заседании итоговой Коллегии Минздрава России «Об итогах работы Министерства в 2014 году и задачах на 2015 год». Доступно по: <http://www.rosminzdrav.ru/open/kollegiya-ministerstva-zdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii/materialy-kollegii-ministerstva-zdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii/kollegiya-ministerstva-zdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii-ob-itogah-raboty-ministerstva-v-2014-godu-i-zadachah-na-2015-god>. Ссылка активна на 07.07.2015.
2. Федеральная служба государственной статистики. Здравоохранение в России — 2013 г. Умершие по основным классам причин смерти. Доступно по: http://www.gks.ru/bgd/regl/b13_34/IssWWW.exe/Stg/1-06.doc. Ссылка активна на 10.08.2015.
3. Сабгайда Т.П. Возрастные особенности предотвратимой смертности населения России. Социальные аспекты здоровья населения. 2013;33(5). Доступно по: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/505/30/lang,ru/> Ссылка активна на 07.07.2015.
4. Доклад о состоянии здоровья населения и организации здравоохранения по итогам деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации за 2014 год. Доступно по: <http://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/svodnyu-doklad-o-sostoyanii-zdorovya-naseleniya-i-organizatsii-zdravoohraneniya-napravlenyyu-v-pravitelstvo-rf-1-iyunya-2015-goda> Ссылка активна на 18.06.2015.
5. Щепин О.П., Коротких Р.В. Диспансеризация как необходимый путь оздоровления населения России. Российская академия медицинских наук. *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья*. 2012;1:7-10.
6. Всемирная организация здравоохранения. Информационный бюллетень №297 Февраль 2015 г. Доступно по: <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs297/ru/> Ссылка активна на 04.08.2015.
7. Приказ Минздрава России от 3 декабря 2012 г. №1006н. Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп населения: Доступно по: <http://mpmo.ru/content/2013/01/Приказ-№1006н-от-03.12.2012-г.pdf>. Ссылка активна на 14.02.2014.
8. Яковлева Т.В., Вылегжанин С.В., Бойцов С.А., Калинина А.М., Ипатов П.В. Диспансеризация взрослого населения Российской Федерации: первый год реализации, опыт, реализация, перспективы. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2014;38(4):1—17. Доступно по: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/579/30/lang,ru/>. Ссылка активна на 16.04.2015.
9. Cancer control: Early detection. WHO guide for effective programmes. Geneva, Switzerland: World Health Organization. 2007.
10. Европейские рекомендации по борьбе со злокачественными новообразованиями и их научное обоснование. Третья версия. Доступно по: http://prog.ru/prophylaxis_euro1.shtml. Ссылка активна на 13.08.2015.
11. Фисенко В.С., Рогинко Н.И., Дорофеев А.А. Контроль за соблюдением прав граждан при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения в субъектах Российской Федерации. *Вестник Росздравнадзора*. 2015;2:48-51.
12. Анисимова И.В. Онкологическая настороженность в практике врача-стоматолога. *Институт стоматологии*. 2009; 4(45):52-53.
13. Чойнзонов Е.Л., Писарева Л.Ф., Жуйкова Л.Д., Одинцова И.Н., Ананина О.А. Рак гортани в Томской области: оценка онкологической помощи на основе показателей выживаемости (2004—2013 гг.). *Вопросы онкологии*. 2014;60(6):683-686.
14. Практическое руководство Всемирного гастроэнтерологического общества и Международного союза по профилактике рака пищеварительной системы: Скрининг колоректального рака. World Gastroenterology Organisation, 2008 Доступно по: http://www.kostyuk.ru/kolorektal-nyj_rak/skrining_kolorek.html. Ссылка активна на 20.08.2015.
15. Солодкий В.А., Чхиквадзе В.Д., Станоевич У.С., Дехисси Е. Ранняя диагностика колоректального рака. *Врач*. 2012; (11): 20-23.
16. Гусейнова З.К., Тайжанова Д.Ж., Тауешева З.Б., Мандыбаева М.К., Холошенко А.О. Частота распространенности и

- скрининг диагностика колоректального рака. *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. 2015;3-2:190-197.
17. Catalona WJ, Smith DS, Ratliff TL, Dodds KM, Coplen DE, Yuan JJ, Petros JA, Andriole GL. Measurement of prostate-specific antigen in serum as a screening test for prostate cancer. *New Engl J Med*. 1991;324(17):1156-1161.
18. Spapen SJ, Damhuis R, Kirkels W. Trends in the curative treatment of localized prostate cancer after the introduction of prostate-specific antigen: data from the Rotterdam Cancer Registry. *BJU International*. 2000;85(4):474-480.
19. Сидоренков А.В., Пушкарь Д.Ю. РСА3 — истинный онкомаркер рака предстательной железы. *Онкоурология*. 2014;10(2):70-77.
20. Паяниди Ю.Г., Комарова П.Г., Козаченко В.П., Кузнецов В.В., Кашурников А.Ю., Жордания К.И. Скрининг рака шейки матки. Взгляд клинициста. *Онкогинекология*. 2013;1:35-42.
21. Захарова Н.А., Семиглазов В.Ф., Daffy S.W. *Скрининг рака молочной железы, проблемы и решения*. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2011.
22. Корженкова Г.П. *Комплексная рентгено-сонографическая диагностика заболеваний молочной железы*. М.: Фирма СТРОМ; 2004.
23. Бухарин Д.Г., Величко С.А., Слонимская Е.М., Фролова И.Г., Лунева С.В., Гарбуков Е.Ю., Дорошенко А.В. Особенности маммографической визуализации «малых» форм рака молочной железы, развившегося на фоне фиброзно-кистозной болезни. *Вопросы онкологии*. 2011;57(5):664-667.
24. Аляев Ю.Г., Крапивин А.А., Григорьев Н.А., Аль Агбар Н.И., Чабан А.В., Спирин Р.П. Особенности диагностики новообразования почки до 4 см. *Медицинская визуализация*. 2003;2:33-38.
25. Минько Б.А., Евтушенко Е.В., Прохоров Д.Г., Алиева Л.Б., Джабари Х.К. Ультразвуковые исследования в диагностике и лечении рака почки. *Вопросы онкологии*. 2014;60(5):607-611.
26. Востров А.Н., Степанов С.О., Корнеева И.А. Дифференциальная ультразвуковая диагностика доброкачественных и злокачественных новообразований яичников. *Онкология*. 2015;4(3):52-58.
doi:10.17116/onkolog20154352-58.
27. Никогосян С.О., Кузнецов В.В. Современная диагностика рака яичников. *Российский онкологический журнал*. 2013;5:52-56.
28. Сергеев М.Н. Научные и практические аспекты скрининга. *Практическая онкология*. 2014;15(1):37-42.
29. Приказ Министерства здравоохранения РФ №915н от 15.11.2012 г. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология». Доступно по: <http://base.garant.ru/70317796/>. Ссылка активна на 21.08.2015.

Поступила 31.08.2015