

Для женского населения уравнение имело вид $СП (\%_{000}) = 1,8 - 0,05X$. При этом отмечено незначительное снижение величины стандартизованного показателя заболеваемости (убыль 2,8%).

В результате установлено, что рост уровня заболеваемости раком мочевого пузыря среди населения Краснодарского края идет в основном за счет мужчин.

Анализируя динамику возрастно-половых показателей заболеваемости раком мочевого пузыря в крае среди мужчин и женщин, надо отметить следующие различия. Заболеваемость раком мочевого пузыря за рассматриваемые 10 лет увеличилась у лиц мужского пола во всех возрастных группах, за исключением возраста до 29 лет, особенно в возрастной группе 30–39 лет – на 40,0%, 40–49 лет – на 60,0%, 70 лет и старше – на 16,2%. У женщин увеличение заболеваемости раком мочевого пузыря за последние 10 лет произошло только в молодом и старческом возрасте: в возрастной группе до 29 лет – на 100,0%, 30–39 лет – на 166,7%, 70 лет и старше – на 73,6%. В возрастном интервале 40–69 лет показатель заболеваемости снизился. Максимальные показатели заболеваемости как у мужчин, так и у женщин наблюдались в возрастной группе 70 лет и старше: среднегодовые показатели составили 113,5 и 14,4 на 100 тыс. населения соответственно.

Таким образом, величина показателей заболеваемости раком мочевого пузыря в целом по Краснодарскому краю растет, причем темпы прироста среди городского и сельского населения практически одинаковы. Уровень заболеваемости выше среди мужчин.

Заболеваемость раком мочевого пузыря у мужчин в среднем в 3–4 раза выше, чем у женщин. Рак мочевого пузыря в возрасте до 30 лет у обоих полов встречается в виде спорадических случаев. Пик заболеваемости у обоих полов приходится на возраст 70 лет и старше. Уровень заболеваемости в этом возрасте у мужчин в среднем в 8 раз выше, чем у женщин.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреева Ю. Ю., Франк Г. А. Опухоли мочевыделительной системы и мужских половых органов. Морфологическая диагностика и генетика: Руководство для врачей. – М., 2012. – 216 с.
2. Заридзе Д. Г. Канцерогенез. – М., 2000. – 576 с.
3. Каприн А. Д., Старинский В. В., Петрова Г. В. Состояние онкологической помощи населению России в 2012 году. – М., 2013. – 230 с.
4. Карпенко О. В., Романенко А. М., Гойхберг М. И. Эпителиальные опухоли мочевого пузыря. – Киев, 1986. – 174 с.
5. Пряничникова М. Б. Доклиническая диагностика и профилактика рака мочевого пузыря на основе эпидемиологических исследований: Пособие для врачей. – М., 1990. – 43 с.
6. Старцев В. Ю., Горелов С. И., Пулин И. Л. и соавт. Результаты лечения поверхностного рака мочевого пузыря у больных различных групп риска // Вопр. онкологии. – 2006. – Т. 52. № 2. – С. 187–195.
7. Трапезников Н. Н., Аксель Е. М. Заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований населения стран СНГ в 1996 году. – М., 1997. – 302 с.
8. Фигурин К. М., Романов В. А., Чабан Н. Л. и соавт. Наш опыт лечения больных поверхностным раком мочевого пузыря // Урология и нефрология. – 1995. – № 5. – С. 35–37.

Поступила 18.04.2014

М. Г. ЛЕОНОВ¹, М. В. КАЗАНЦЕВА², А. А. ТХАГАПСО¹, О. И. АХРАРОВА¹

СОСТОЯНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ РАКОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ

¹ГБУЗ «Онкологический диспансер № 3» министерства здравоохранения Краснодарского края
(г. Новороссийск),

Россия, 353915, г. Новороссийск, ул. Л. Шмидта, 7. E-mail: novonko@yandex.ru;

²ГБУЗ «Клинический онкологический диспансер № 1»

министерства здравоохранения Краснодарского края,

Россия, 350040, г. Краснодар, ул. Димитрова, 146; тел. 8 (861) 233-68-18. E-mail: kkod@kkod.ru

В работе представлен анализ динамики показателей качества оказания специализированной помощи больным раком мочевого пузыря (морфологическая верификация, поэтапная диагностика, запущенность, одногодичная летальность, профилактическая выявляемость и др.) в Краснодарском крае за 2003–2012 гг. Представлены результаты лечения 572 больных раком мочевого пузыря в течение 10 лет.

Ключевые слова: рак мочевого пузыря, онкологическая помощь, методы лечения, выявляемость, заболеваемость, смертность.

CONDITION OF THE ONCOLOGICAL HELP TO THE PATIENT WITH CANCER
OF A BLADDER IN KRASNODAR REGION

¹Oncological dispensary № 3 (Novorossiysk),

Russia, 353915, Novorossiysk, Shmidta str., 7 L. E-mail: novonko@yandex.ru;

²GBUZ «Clinical oncologic dispensary № 1»

department of health care of Krasnodar region,

Russia, 350040, Krasnodar, Dimitrova str., 146; tel. 8 (861) 233-68-18. E-mail: kkod@kkod.ru

The dynamic analysis of quality indicators of rendering the special help to the patients with cancer of a bladder (morphological verification, phasic diagnostics, neglect, one-year lethality, preventive detectability and others) in Krasnodar region for the period 2003–2012 is presented in article. Treatment results of 572 patients with cancer of a bladder within 10 years are given here.

Key words: cancer of a bladder, oncological help, treatment methods, detectability, incidence, mortality.

В структуре онкологической заболеваемости рак мочевого пузыря составляет 2–5% всех новообразований, занимая среди онкоурологических заболеваний в России второе место и третье – по смертности от них. При этом смертность от рака мочевого пузыря в России превышает мировой показатель на 19,8% [2, 3, 6].

Материалы и методы исследования

Аналізу были подвергнуты сведения о 5312 впервые выявленных больных раком мочевого пузыря за 2003–2012 гг. в соответствии с Международной статистической классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) согласно рубрике С-67 и особенностям территориального распространения этой патологии в Краснодарском крае. Материалами для исследования служили статистическая форма № 1090/у «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования», на основе которой была изучена частота заболеваемости раком мочевого пузыря за десять лет (2003–2012 гг.), а также данные о заболеваемости в зависимости от возраста и места жительства (городское или сельское население) больных.

Результаты исследования

В 2012 г. в структуре онкологической заболеваемости населения Краснодарского края рак мочевого пузыря занял 8-е место среди мужчин (4,6%) и 9-е – среди женщин (1%). Заболеваемость раком мочевого пузыря за период 2003–2012 гг. в Краснодарском крае увеличилась на 16,7%, а в России – на 14,1% [1, 3].

Анализируя динамику основных показателей качества оказания онкологической помощи больным злокачественными новообразованиями мочевого пузыря в Краснодарском крае за 2003–2012 гг., следует отметить, что удельный вес мор-

фологической верификации диагноза изучаемого злокачественного новообразования остался стабильно высоким (табл. 1). В 2012 г. этот показатель по Краснодарскому краю составил 92,3% и превзошел среднероссийский (88,3%). В связи с этим процент прироста его величины за 10 лет составил 4,5% и оказался ниже, чем по Российской Федерации (11,4%).

Известно, что одним из основных параметров как прогноза онкологического заболевания, так и уровня онкологической помощи является степень распространенности опухолевого процесса на момент диагностики. В этом плане популяционный показатель запущенности является одной из основных характеристик диагностического компонента помощи онкологическим больным. Согласно данным таблицы 1 специализированные учреждения Краснодарского края добились снижения величины показателя запущенности рака мочевого пузыря за 10 исследуемых лет на 35,3% (с 17,0% в 2003 г. до 11,0% в 2012 г.).

Этому способствовала активная работа врачей общей лечебной сети и онкологической службы в крае по повышению выявляемости рака мочевого пузыря в I–II стадиях заболевания за этот период – с 55,0% в 2003 г. до 82,0% в 2012 г., что позволяет проводить полноценное радикальное лечение опухолей. В России данный показатель не превышает и 70% [3].

Значительное увеличение выявляемости рака мочевого пузыря в I стадии как в сельской, так и в городской местности (в 3,4 и в 4 раза соответственно) обусловлено усилением профилактической выездной работы специалистов онкологических диспансеров в муниципальных образованиях края. О положительном моменте избранной тактики организации профилактики и ранней диагностики рака мочевого пузыря в Краснодарском крае говорят и данные сравнения средних деся-

Динамика основных показателей состояния онкологической помощи больным раком мочевого пузыря в Краснодарском крае (2003–2012 гг.)

Годы	Морфологическая верификация диагноза (%)	Распространение вновь выявленных больных по стадиям процесса (%)			Одногодичная летальность (%)
		I–II	III	IV	
2003	88,3	55,0	28,0	17,0	17,1
2004	92,0	60,5	27,3	12,2	17,2
2005	89,4	62,4	24,5	12,4	15,2
2006	89,2	65,2	22,8	12,0	15,3
2007	89,2	73,2	14,0	12,1	19,0
2008	86,7	67,6	14,4	18,0	13,3
2009	90,8	77,0	12,7	10,2	19,1
2010	93,0	75,9	11,4	13,0	22,9
2011	89,5	74,5	9,8	12,9	15,4
2012	92,3	82,2	6,8	11,0	21,3

титетных показателей постадийной диагностики рака мочевого пузыря среди жителей городской и сельской местности, согласно которым различий в их величине не выявлено (I–II стадии: 69,2% – городские жители, 69,4% – сельские жители; III стадия: 17,7% и 16,8%; IV стадия: 12,8% и 13,4% соответственно).

Характерно, что рак мочевого пузыря в I стадии чаще выявляется у женщин (36,1%), чем у мужчин (29,0%). У мужчин отмечается более частое выявление рака мочевого пузыря во II (40,7%) и III (17,1%) стадиях, у женщин процент таких больных составил соответственно 35,8% и 15,7%. У женщин I стадия была выявлена в возрастной группе до 29 лет (100%). В возрасте до 30 лет как среди мужчин, так и среди женщин III стадия рака мочевого пузыря вообще не выявлялась.

Максимальное число больных в первой стадии было зарегистрировано в возрасте менее 29 лет (73,7%) и 30–39 лет (60,3%), но среди больных более зрелого возраста процент их уменьшился (в возрасте 70 лет и старше он составил 23,6%). Однако обращает на себя внимание тот факт, что с увеличением возраста уменьшается удельный вес I стадии рака мочевого пузыря и увеличивается число больных со II–IV стадиями заболевания как среди мужчин, так и среди женщин.

При проведении сравнительного картографического анализа территориального распределения среднекраевых показателей ранней выявляемости рака мочевого пузыря (I–II стадий) в муниципальных образованиях Краснодарского края по пятилетиям в данных не отмечено какой-либо разницы. Эта цифра увеличилась с 63,3% в первом пятилетии (2003–2007 гг.) до 75,7% во втором пятилетии (2008–2012 гг.).

Этот же анализ величины показателя запущенности рака мочевого пузыря по пятилетиям рассматриваемого периода показал, что в первом пятилетии (2003–2007 гг.) насчитывалось 15 районов края с показателем запущенности рака мочевого пузыря выше среднекраевого значения, а во втором пятилетии (2008–2012 гг.) их количество снизилось до 12. Однако величина среднекраевого показателя осталась практически на одном уровне (13,2% в первом пятилетии и 13,0% – во втором).

Одновременно с незначительным изменением показателя запущенности отмечен рост показателя одногодичной летальности на 24,6%: с 17,1% в 2003 г. до 21,3% в 2012 г.

Показатель летальности в течение первого года после установления основного диагноза является одним из наиболее объективных в комплексной оценке состояния диагностической и

лечебной помощи больным. Следует отметить особенности интерпретации показателя одногодичной летальности применительно к административным территориям. Как отмечают В. И. Чиссов, В. В. Старинский, Б. Н. Ковалев (2002), В. М. Мерабишвили (2011) и другие авторы, такая интерпретация должна проводиться с учетом качества слежения за состоянием больных, оценки достоверности диагностики. Отсутствие дисциплины мониторинга состояния больных, несвоевременное получение данных о смерти больных, неверное определение ее причин могут привести к некорректной трактовке этого показателя. В то же время значение рассматриваемого коэффициента позволяет детерминировать адекватность ряда диагностических параметров, в частности, оценку распространенности опухолевого процесса.

Доля больных, умерших в течение первого года после установления диагноза рака мочевого пузыря, за исследуемое десятилетие имеет тенденцию к увеличению как в целом по краю, так и среди сельского населения. Одногодичная летальность при раке мочевого пузыря в 2012 г. в сравнении с 2003 г. увеличилась в целом по краю на 24,6%, в сельской местности – на 110,5%. В городской местности данный показатель уменьшился на 12,2% и составил в 2012 г. 17,3%. Такой прирост одногодичной летальности за счет сельской местности свидетельствует о недостатке кадрового состава онкологической службы в данных муниципальных образованиях – того первичного звена медицинских работников, которое отвечает за диспансеризацию, а также своевре-

менную диагностику онкологических заболеваний среди населения.

Одногодичная летальность при раке мочевого пузыря увеличивается в зависимости от стадии заболевания. Наибольшее значение данного показателя характерно для IV стадии опухолевого процесса как среди мужчин, так и среди женщин (43,5% и 42,8% соответственно).

Соотношение показателей одногодичной летальности и запущенности характеризует уровень несоответствия между долей больных с опухолевым процессом IV стадии и фактической запущенностью. Этот факт свидетельствует о весьма высокой частоте клинических ошибок в части оценки распространенности опухолевого процесса у больных. Соотношение показателей одногодичной летальности анализируемого года и запущенности прошлого года при раке мочевого пузыря в крае позволяет сделать вывод, что при определении стадии опухолевого процесса показатель запущенности рака мочевого пузыря занижался в течение всех 10 анализируемых лет. При этом максимально недооценивалась распространенность опухолей в 2006, 2009 и 2011 гг. – в 1,6, 2,2 и 1,7 раза соответственно, с чем, возможно, и связан высокий уровень ранних стадий рака мочевого пузыря. По Российской Федерации этот показатель практически во все годы занижался в 2 раза и более.

Подтверждением недостаточного уровня диагностики рака мочевого пузыря является высокий показатель одногодичной летальности, который в 2012 г. в Краснодарском крае составил 21,3% и

Таблица 2

Соотношение показателей одногодичной летальности (ОЛ) и запущенности (З) у больных раком мочевого пузыря в Краснодарском крае (КК) в сравнении с Российской Федерацией в 2003–2012 гг.

Год	Одногодичная летальность (%)		Запущенность (%)		Индекс ОЛ/З	
	КК	РФ	КК	РФ	КК	РФ
2003	17,1	26,7	17,0	12,5	1,2	2,0
2004	17,2	26,1	14,1	11,6	1,0	2,1
2005	15,2	23,9	11,2	11,1	1,1	2,1
2006	15,3	23,1	12,0	11,4	1,4	2,1
2007	19,0	22,4	12,1	11,3	1,6	2,0
2008	13,3	22,5	18,0	11,0	1,1	2,0
2009	19,1	22,6	10,2	10,8	1,1	2,1
2010	22,9	21,3	13,0	10,2	2,2	2,0
2011	15,4	19,5	12,9	9,6	1,2	1,9
2012	21,3	18,9	11,0	10,0	1,7	2,0

увеличился в сравнении с 2003 г. на 24,6%, а по Российской Федерации – уменьшился на 29,2% (табл. 2). Следует обратить внимание еще на один факт: если по России удельный вес одногодичной летальности в течение всего периода в 2 раза выше величины удельного веса запущенности рака мочевого пузыря и оба показателя постепенно снижаются, то в Краснодарском крае с 2009 г. удельный вес одногодичной летальности упорно растет, а запущенность снижается. Однако индекс ОП/З в Краснодарском крае значительно ниже, чем по Российской Федерации. Высокий показатель одногодичной летальности – факт тревожный, ибо он свидетельствует о том, что врачи поздно устанавливают правильный диагноз, учитывающий степень распространенности опухолевого процесса при раке мочевого пузыря.

Анализ показателей активной диагностики рака мочевого пузыря в крае свидетельствует о том, что во многих районах, где не проводятся регулярные профилактические скрининговые обследования всех контингентов населения, выявляемость рака мочевого пузыря при профилактических осмотрах остается низкой. При этом регистрируются самые высокие показатели запущенности рака мочевого пузыря в Щербиновском (37,3%), Ленинградском (36,2%), Курганинском (35,9%), Кавказском (33,4%), Отрадненском (32,1%), Успенском (30,7%), Апшеронском (30,5%) районах. Вместе с тем за счет активной профилактической деятельности в других районах края отмечена не только положительная динамика выявляемости рака мочевого пузыря среди больных с впервые в жизни установленным диагнозом рака мочевого пузыря,

но и высокий показатель выявляемости в среднем по краю в 2011–2012 гг., который составил 7,6%, что в 2,7 раза выше уровня 2003–2004 гг. (2,8%). Кроме того, его величина превосходит и среднероссийский показатель профилактической выявляемости рака мочевого пузыря в 5 раз (1,5% – в Российской Федерации).

Из 572 больных, впервые зарегистрированных со злокачественными новообразованиями мочевого пузыря на конец 2012 г., 403 (70,5%) закончили специальное лечение по радикальной программе, 36 (6,3%) продолжили лечение по этой программе (табл. 3). При этом из пациентов, закончивших радикальное противоопухолевое лечение, только хирургическое лечение получили 45,4%, остальные 54,6% – комбинированное, или комплексное, лечение. По сравнению с 2003 г. процент пациентов, закончивших специальное лечение по радикальной программе, увеличился на 7,5% (с 65,6% в 2003 г. до 70,5% в 2012 г.). В сравнении с данными в целом по стране показатель закончивших специальные методы лечения в крае выше, чем в Российской Федерации (61,7%).

В структуре методов лечения больных с раком мочевого пузыря процент больных, получивших комбинированное, или комплексное, лечение, снизился за 10 лет на 18,8% (с 67,2% в 2003 г. до 54,6% в 2012 г., $p < 0,05$), а получивших только хирургическое лечение – увеличился на 38,4% (с 32,8% в 2003 г. до 45,4% в 2012 г., $p < 0,05$), что обусловлено увеличением выявляемости рака мочевого пузыря в I стадии за 10 лет, когда основным методом лечения является хирургический.

Таблица 3

Методы лечения больных раком мочевого пузыря в 2003–2012 гг. в Краснодарском крае

Год	Количество больных, закончивших специальное лечение		Только хирургическое	Комбинированное, или комплексное
	Абсолютное	На 100 впервые взятых на учет		
2003	305	64,8	32,8	67,2
2004	391	78,4	43,2	56,8
2005	349	70,1	49,3	50,7
2006	335	69,4	47,2	52,8
2007	350	68,5	44,6	55,4
2008	350	75,1	47,1	52,9
2009	345	67,5	58,6	41,4
2010	360	68,6	56,9	43,1
2011	359	66,2	45,4	54,6
2012	403	70,5	45,4	54,6

Необходимо подчеркнуть, что при раке мочевого пузыря хирургический метод в самостоятельном виде не утратил своего значения, продолжает совершенствоваться и использоваться с хорошими результатами. При высоком уровне диагностических методик, позволяющих максимально уточнять распространенность опухоли, ее морфологическую характеристику и биологическую агрессивность, указанный метод лечения находит все большее применение.

К сожалению, несмотря на достижения современной медицины, с учетом преимущественного преобладания среди онкологических больных людей пожилого и старческого возраста с многочисленными сопутствующими заболеваниями доля пациентов, имеющих противопоказания к радикальному лечению рака мочевого пузыря, остается относительно стабильной в течение 10 лет с тенденцией к увеличению в 2012 г. (12,1% – в 2003 г., 14,2% – в 2012 г.). К сожалению, относительно высоким (с тенденцией к увеличению) остается удельный вес среди них пациентов с I–II стадиями рака мочевого пузыря (11,7% – в 2003 г., 10,4% – в 2012 г.).

Значительной медико-социальной проблемой является отказ онкологических больных от проведения противоопухолевого лечения. В 2012 г. 18 больных с раком мочевого пузыря, то есть 4,1% от числа подлежавших специальному лечению, отказались от его проведения. Из них 22,3% составили больные с I–II стадиями опухолевого процесса.

В целом среди пациентов с раком мочевого пузыря, подлежащих специальному противоопухолевому лечению (больные с опухолевым процессом I–III стадий), полный его курс получили 81,7%.

Важным свидетельством улучшения качества онкологической помощи населению края является статистически достоверное снижение удельного веса пациентов с раком мочевого пузыря, умерших от осложнений, связанных с проведенным лечением: с 3,2% от числа всех больных, получавших лечение, в 2003 г. до 1,5% в 2012 г. ($p < 0,05$).

Показатель выживаемости онкологических больных является важнейшим критерием объективной оценки деятельности онкологической службы [3, 4, 5, 7].

Большое значение имеют показатели наблюдаемой и скорректированной выживаемости больных раком мочевого пузыря в зависимости от стадии опухолевого процесса. Наибольшие показатели наблюдаемой выживаемости отмечены при ранних стадиях заболевания: при I стадии десятилетняя выживаемость составила 79,5%, при II стадии – 57,1%, тогда как в IV стадии показатель снижается до 10,4%.

Показатели скорректированной выживаемости как у мужчин, так и у женщин в среднем на 5% выше, чем наблюдаемой, что говорит о некотором влиянии неонкологических причин на выживаемость больных раком мочевого пузыря.

Анализ показателей выживаемости в зависимости от распределения по полу выявил, что десятилетняя выживаемость как у мужчин, так и у женщин оказалась статистически значимо ниже однолетней: 45,3% и 50,6% против 74,4% и 66,3% соответственно ($p < 0,05$). При сравнении однолетней и десятилетней выживаемости мужчин и женщин эти показатели достоверно выше у женщин ($p < 0,05$).

Десятилетняя выживаемость мужчин в I стадии заболевания выше (80,6%), а со II стадией – ниже (54,4%), чем у женщин (76,9% и 71,9% соответственно). Однако достоверные различия установлены только для II стадии заболевания ($p < 0,05$). Более низкие показатели десятилетней выживаемости среди женщин в I стадии обусловлены малым числом заболевших (13 человек).

Безусловно, ранние стадии – это локализованный процесс. Кроме того, более высокие показатели выживаемости у женщин могут быть связаны с анатомическими особенностями строения их мочевой системы, препятствующими застою мочи в мочевом пузыре. Однако совершенно очевидно, что практически 25% мужчин и 30% женщин погибают в первый год после установления диагноза.

Выявление гендерных различий показателей выживаемости можно объяснить особенностями профессиональных занятий мужского населения (мужчины более часто работают на вредных производствах). Кроме того, интенсивное курение и прием алкогольных напитков более значительно снижают выживаемость мужчин, чем женщин.

В связи с тем что данные о выживаемости онкологических больных согласно популяционному раковому регистру весьма немногочисленны и представлены в Российской Федерации в основном только Санкт-Петербургом, мы на базе популяционного канцеро регистра также провели сравнение динамики пятилетней и десятилетней наблюдаемой и относительной выживаемости больных раком мочевого пузыря в Краснодарском крае (2003–2012 гг.) и Санкт-Петербурге (1999–2008 гг.) [5].

Прежде всего необходимо отметить, что и в Краснодарском крае, и в Санкт-Петербурге уровень выживаемости больных раком мочевого пузыря характеризуется средними и сравнительно близкими показателями. При популяционном исследовании в Санкт-Петербурге установлены показатели наблюдаемой и относительной пятилетней выживаемости мужчин (53,8% и 72,8%) и женщин (56,2% и 74,9%), десятилетней выживаемости мужчин (38,4% и 75,5%) и женщин (43,8%

и 84,8%). В Краснодарском крае показатели десятилетней наблюдаемой и относительной выживаемости как среди мужчин (45,3% и 78,9%), так и среди женщин (50,6% и 88,5%) оказались несколько выше. В то же время аналогичные показатели пятилетней выживаемости в Краснодарском крае ниже, чем в Санкт-Петербурге, среди лиц обоих полов.

Обсуждение

Таким образом, анализ организации онкологической помощи больным злокачественными новообразованиями мочевого пузыря в Краснодарском крае свидетельствует о том, что имеется еще немало проблем, связанных с надежной системой ранней диагностики и лечения этой группы больных. Следовательно, в условиях нестабильной экономической обстановки в стране не только внедрение дорогостоящих высоких технологий лечения, но и организация профилактики рака являются перспективными направлениями увеличения продолжительности жизни населения и снижения смертности от злокачественных опухолей. Также необходимо отметить, что для улучшения ситуации требуется целый ряд комплексных мер: более совершенная организация повышения квалификации врачей общей лечебной сети по онкологии; проведение для онкологов, урологов, хирургов общей лечебной сети тематических семинаров по диагностике и лечению рака мочевого пузыря; выявление ранних стадий злокачественных новообразований мочевого пузыря; обязательный анализ региональных особенностей распространения рака мочевого пузыря среди населения; усиление различных видов профилактических мероприятий; расширение числа мужских смотровых кабинетов для проведения работы с учетом данных роста заболеваний в возрастных группах 60–69 лет, 70 лет и старше; установление региональных факторов риска заболевания раком мочевого пузыря; проведение широкой санитарно-просветительной противораковой работы среди населения.

Усиление организационно-методической деятельности онкологических диспансеров, их тесная связь с органами и учреждениями всей системы здравоохранения края являются неперемными условиями повышения качества онкологической помощи, раннего выявления и обеспечения должного контроля за своевременностью лечения и последующим диспансерным наблюдением за больными раком мочевого пузыря. Разработанная в Краснодарском крае программа, направленная на повышение знаний как врачей общей лечебной сети, так и населения относительно возможных профилактических мер при раке мочевого пузыря, несомненно, будет способствовать снижению показателей заболеваемости и смертности от этого злокачественного новообразования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Казанцева М. В., Тесленко Л. Г., Цокур И. В. и соавт. Злокачественные новообразования в Краснодарском крае (2008–2012 гг.). Состояние онкологической помощи населению. – Краснодар, 2013.
2. Клиническая онкоурология / Под ред. Б. П. Матвеева. – М., 2011. – 934 с.
3. Состояние онкологической помощи населению России в 2012 году / Под ред. А. Д. Каприна, В. В. Старинского, Г. В. Петровой. – М., 2013. – 230 с.
4. Мерабишвили В. М. Выживаемость онкологических больных. В II. ч. II / Под. ред. Ю. А. Щербука. – СПб, 2011.
5. Мерабишвили В. М. Наблюдаемая и относительная выживаемость онкологических больных (популяционное исследование) // Российский онкологический журнал. – 2012. – № 3. – С. 25–29.
6. Низманова Р. С. Изменения ферментативной активности мочи при опухолях мочевого пузыря // Вопросы онкологии. – 2006. – Т. 52. № 4. – С. 455–457.
7. Чиссов В. И., Старинский В. В., Ковалев Б. Н. и соавт. Организационные аспекты раннего выявления злокачественных новообразований // Российский онкологический журнал. – 2002. – № 2. – С. 43–45.

Поступила 25.02.2014

**А. В. МАЛЫШЕВ, В. Н. ТРУБИЛИН, С. М. МАККАЕВА,
С. В. ЯНЧЕНКО, З. Ж. АЛЬ-РАШИД, Ю. А. ГУСЕВ, Л. Ш. РАМАЗАНОВА**

ИССЛЕДОВАНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ВНУТРИГЛАЗНОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ

*ГБУЗ «Краснодарская краевая клиническая больница № 1 им. проф. С. В. Очаповского»
министерства здравоохранения Краснодарского края,
Россия, 350086, г. Краснодар, ул. 1 Мая, 167; тел. 8 (861) 252-73-23*

В статье описываются изменения микроциркуляции глазного яблока у больных с гемофтальмом при проведении витрэктомии.