

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И СМЕРТНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ ВСЛЕДСТВИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ

ГБУЗ «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 данной статье рассматриваются вопросы заболеваемости и смертности вследствие злокачественных новообразований среди населения Краснодарского края в сравнении со среднероссийскими данными.

Ключевые слова: злокачественные новообразования, заболеваемость, смертность.

M. V. KAZANTSEVA

THE MORBIDITY AND MORTALITY RATE OF MALIGNANT NEOPLASMS IN KRASNODAR REGION

GBUZ «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

In the article we observed the morbidity and mortality rate in Krasnodar region in comparence with medial russian rates.

Key words: malignant neoplasms, morbidity, mortality.

Введение

Злокачественные новообразования традиционно являются объектом повышенного внимания организаторов здравоохранения в связи с постоянным и повсеместным ростом заболеваемости, высокой смертностью и инвалидизацией пациентов.

Заболеваемость злокачественными новообразованиями неуклонно растет. Ежегодно в Краснодарском крае регистрируется более 20 тысяч вновь выявленных онкологических больных. Более 140 тысяч человек находятся на диспансерном наблюдении у врачей-онкологов. Рост распространенности злокачественными новообразованиями связан как с реальным увеличением их частоты в связи массовыми профилактическими акциями, так и с другими причинами, прежде всего с улучшением качества диагностики, усовершенствованием статистического учета, постарением населения.

Проведено изучение заболеваемости и смертности вследствие злокачественных новообразований в Краснодарском крае в 2008–2012 годах (в сравнении со среднероссийскими данными) с целью принятия научно обоснованных предложений по снижению смертности населения от злокачественных новообразований.

Результаты и обсуждение

В Российской Федерации каждый год регистрируется более 520 тысяч вновь выявленных случаев злокачественных новообразований. Ведущими локализациями в общей структуре онкозаболеваемости населения России являются: кожа (12,6%), молочная железа (11,1%), трахея, бронхи, легкое (10,7%), желудок (7,3%), ободочная кишка (6,5%), предстательная железа (5,1%). Ежегодно умирают около 290 тысяч онкологических больных. В структуре смертности населения России от злокачественных новообразований наибольший удельный вес составляют опухоли трахеи, бронхов, легкого (17,4%), желудка (11,5%), молоч-

ной железы (8,1%), ободочной (7,4%) и прямой кишки (5,7%) [1, 4].

В Краснодарском крае за анализируемые 5 лет (2008–2012 гг.) доля лиц в возрасте 60 лет и старше выросла на 5,6% и составила 20,2%. За данный период времени средний возраст живущих в крае вырос с 39,2 до 39,7 года, увеличившись на 0,5 года (в РФ – 39,2). Интегральным показателем, характеризующим уровень и качество жизни, является ожидаемая продолжительность жизни при рождении, которая в крае почти на 1,4 года выше, чем в среднем по России. Этот показатель по сравнению с 2008 годом увеличился на 2,0% и составил в 2011–2012-м 71,2 года (в РФ – 69,8). Таким образом, увеличивающийся удельный вес лиц пожилого и старческого возраста, рост средней продолжительности предстоящей жизни в ближайшее время будут способствовать и дальнейшему увеличению онкологической заболеваемости населения.

При сравнении «грубых» показателей заболеваемости и смертности населения от злокачественных новообразований нередко делают ошибочные заключения, например, о росте смертности населения от рака в связи с различными факторами, забывая о главной причине: идет процесс старения населения, увеличивается не смертность населения в связи с неблагоприятными условиями, а удельный вес населения в пожилом и старческом возрасте. Если, например, среди населения какого-либо региона страны будут в основном молодые жители, а в другом регионе – преимущественно пожилые контингенты, то общий показатель заболеваемости раком молочной железы женщин только по этой причине может отличаться в несколько раз. Поэтому сравнение статистических данных о распространенности злокачественных новообразований во всех странах мира происходит только в стандартизованных показателях [3].

Статистические показатели распространенности злокачественных новообразований в Краснодарском крае в сравнении со среднероссийскими данными за 2008–2012 годы

Показатели/годы	2008	2009	2010	2011	2012
Заболееваемость злокачественными новообразованиями (на 100 тыс. населения)					
Краснодарский край	389,3	414,1	432,5	410,0	427,1
Российская Федерация	345,7	355,8	364,2	365,4	367,9
Стандартизованный показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями (на 100 тыс. населения, мировой стандарт)					
Краснодарский край	237,9	251,6	261,5	243,5	259,1
Российская Федерация	222,9	227,4	231,1	228,1	231,4
Смертность населения от злокачественных новообразований (на 100 тыс. населения)					
Краснодарский край	220,3	212,1	213,2	205,7	201,9
Российская Федерация	201,9	204,9	204,4	202,5	199,1
Стандартизованный показатель смертности населения от злокачественных новообразований (на 100 тыс. населения, мировой стандарт)					
Краснодарский край	127,8	122,6	122,9	116,9	114,7
Российская Федерация	124,2	125,2	124,0	120,2	118,9

Интенсивный и стандартизованный показатели заболеваемости злокачественными новообразованиями в крае значительно выше, чем в среднем по России. По уровню показателя заболеваемости злокачественными новообразованиями в 2011 году Краснодарский край занимал 24-е место среди 80 регионов РФ, по уровню стандартизованного показателя – 27-е место.

За период 2008–2012 годов онкозаболеваемость в крае выросла с 389,3 до 427,1 на 100 тысяч населения, или на 9,7% в обычных интенсивных показателях, и с 237,9 до 259,1 на 100 тысяч – в стандартизованных (мировой стандарт), или на 8,9% [2]. Распределение по полу больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования в течение 5 лет остается относительно стабильным, и абсолютное число заболевших женщин значительно превышает число заболевших злокачественными новообразованиями мужчин: доля заболевших мужчин в 2012 году составила 46,5%, доля заболевших женщин – 53,5%. Прирост интенсивного показателя онкозаболеваемости мужчин несколько выше, чем у женщин. Уровень интенсивного показателя заболеваемости мужчин возрос за 5 лет на 10,7%. Более низкими темпами возрастала заболеваемость женщин. Интенсивный показатель заболеваемости женщин, зафиксированный в 2012 году на уровне 426,3 на 100 тыс. женского населения, превысил соответствующий показатель 2008-го на 8,9%.

Возраст является одним из основных факторов, с которым наиболее отчетливо связано развитие заболевания. Как известно, резкий рост заболеваемости злокачественными новообразованиями начинается после 45 лет как у мужчин, так и у женщин и достигает своего максимума к 70 годам и старше. Эта тенденция, несмотря на определенные возрастно-половые различия в показателях заболеваемости мужчин и женщин, сохраняется во все возрастные периоды после 45 лет. Объясняется этот факт можно возрастным увеличением частоты эндокринной патологии (нейро-обменно-эндокринный синдром, сахарный диабет, заболевания щитовидной железы). Вместе с тем необходимо отметить, что среди женщин нарастание показателей заболеваемости

начинается несколько раньше, чем среди мужчин (в возрасте от 30 лет), и происходит более интенсивно до 55 лет, тогда как среди мужчин именно после 55 лет показатели заметно начинают превышать показатели женщин этого возраста. Как у мужчин (19,0%), так и у женщин (18,0%) максимальное число заболевших приходится на возрастную группу 70–74 года. Отличия возрастной структуры заболеваемости мужского и женского населения проявляются отчетливо в возрастных группах 25–54 года. Удельный вес больных 25–54 лет в группе заболевших женщин (24,3%) значительно выше, чем в группе мужчин (17,7%).

В течение ряда лет наибольшее число заболевших злокачественными новообразованиями отмечается по таким локализациям, как онкопатология кожи, молочной железы, трахеи, бронхов, легкого, ободочной кишки, предстательной железы и желудка. За последние 5 лет снизилось количество впервые выявляемых ежегодно больных со злокачественными заболеваниями костей и суставных хрящей (на 16,1%), соединительной и других мягких тканей (на 13,2%), губы (на 8,5%), желудка (на 2,6%), пищевода (на 0,7%). Значительно выросло количество регистрируемых случаев онкопатологии предстательной железы (на 44,2%), щитовидной железы (на 34,7%), почек (на 28,7%), гортани (на 25,3%), гемобластозов (на 24,2%), мочевого пузыря (на 22,7%), кожи (на 20,4%).

С 2008 года заболеваемость злокачественными новообразованиями костей и суставных хрящей снизилась на 16,7%, соединительной и других мягких тканей – на 15,4%, губы – на 10,7%, желудка – на 8,2%. Значительно выросли за 5 лет показатели заболеваемости злокачественными новообразованиями предстательной железы – на 38,6%, щитовидной железы – на 31,0%, почек – на 25,0%, гортани – на 21,7%, мочевого пузыря – на 21,1%, гемобластомами – на 18,5%, печени – на 18,3%, кожи – на 13,6%.

В структуре заболеваемости населения края злокачественными новообразованиями, как и в целом по стране, ведущими локализациями являются: злокачественные новообразования кожи – 17,7% (РФ – 12,4%),



Структура заболеваемости злокачественными новообразованиями населения Краснодарского края в 2012 году (%)

молочной железы – 10,1% (РФ – 11,1%), трахеи, бронхов, легкого – 9,0% (РФ – 11,0%), ободочной кишки – 6,3% (РФ – 6,4%), предстательной железы – 5,5% (РФ – 5,1%), желудка – 5,5% (РФ – 7,7%). У мужчин преобладают рак легких (15,9%), кожи (15,3%) и предстательной железы (11,9%); у женщин – рак кожи (19,7%), молочной железы (18,5%) и тела матки (7,3%).

Анализ структуры онкозаболеваемости по годам свидетельствует о некоторых различиях. Если в 2008 году 1-е место занимали злокачественные новообразования кожи (16,2%), 2-е – трахеи, бронхов, легкого (10,5%), 3-е – молочной железы (9,9%), 4-е – ободочной кишки (6,5%), пятое – желудка (6,2%), то к 2012-му картина несколько изменилась: 1-е место по-прежнему занимают злокачественные опухоли кожи, на 2-е место вышли злокачественные опухоли молочной железы, на 3-е спустился рак трахеи, бронхов, легкого, 4-е занял рак ободочной кишки, а 5-е – рак предстательной железы, последний в 2008 году занимал 8-е место в структуре общей онкозаболеваемости. Таким образом, ведущими локализациями в структуре заболеваемости населения края злокачественными новообразованиями в 2012-м являлись: злокачественные новообразования кожи (16,8%), молочной железы (9,9%), трахеи, бронхов, легкого (9,7%), ободочной кишки (6,2%), предстательной железы (5,4%), желудка (5,3%).

У мужчин 1-е и 2-е места занимают рак легких (17,1%) и кожи (14,6%). Одновременно в структуре заболеваемости мужчин по отношению к 2008 году отмечен рост доли злокачественных новообразований кожи (с 14,1% до 14,6%), предстательной железы (с 9,3% до 11,7%), прямой кишки (с 5,3% до 5,5%), мочевого пузыря (с 4,4% до 4,7%), почки (с 3,8% до 4,1%), поджелудочной железы (с 3,1% до 3,3%), гортани (с 2,5% до 2,7%), печени (с 1,7% до 2,1%), гемобластозов (с 5,2% до 5,3%). По отношению к 2008 году снизилась доля злокачественных новообразований легкого (с 18,9% до 17,1%), желудка (с 8,0% до 6,8%), ободочной кишки (с 6,2% до 5,7%), полости рта и глотки (с 4,0% до 3,8%).

У женщин 1-е и 2-е места занимают злокачественные новообразования кожи (18,7%) и молочной железы (18,4%). Наибольший удельный вес в структуре онкологической заболеваемости женщин имеют злокачественные новообразования органов репродуктивной системы (35,6%), при этом опухоли половых органов составляют 17,2% от всех злокачественных новообразований у женщин.

Структура заболеваемости злокачественными новообразованиями среди женщин характеризуется ростом по отношению к 2008 году доли злокачественных новообразований кожи (с 18,0% до 18,7%), щитовид-

ной железы (с 5,2% до 6,2%), гемобластозов (с 4,3% до 5,0%), почки (с 2,1% до 2,6%). Отмечено снижение доли злокачественных новообразований ободочной кишки (с 6,9% до 6,6%), шейки матки (с 5,7% до 5,2%), прямой кишки (с 4,7% до 4,3%), яичников (с 4,3% до 4,1%), желудка (с 4,8% до 3,9%), легких (с 3,4% до 3,2%), поджелудочной железы (с 2,6% до 2,5%), меланомы кожи (с 2,3% до 2,1%).

Таким образом, заболеваемость злокачественными новообразованиями является одной из серьезных и сложных проблем здравоохранения Краснодарского края. Для снижения уровня онкозаболеваний разработана краевая программа, включающая скрининг предопухолевых и опухолевых заболеваний, – «Онкопатруль» в рамках губернаторской стратегии «Будьте здоровы!». В этой программе участвуют краевые специалисты и врачи общей лечебной сети.

Одним из важнейших элементов оценки демографических показателей является изучение смертности населения. В структуре смертности населения Краснодарского края злокачественные новообразования стабильно занимают 2-е место (15,4%) после болезней системы кровообращения (54,9%).

На протяжении последних 5 лет абсолютное число умерших от злокачественных новообразований в крае сохраняется в пределах 10,5 тыс. человек ежегодно. Отмечается снижение показателя смертности от злокачественных новообразований: 201,9 на 100 тыс. населения в 2012 году против 220,3 в 2008-м. Если по уровню «грубого» интенсивного показателя смертности в 2011 году Краснодарский край занимал 43-е место, то по уровню стандартизованного показателя смертности – 58-е место среди 80 регионов Российской Федерации [1]. По сравнению со среднероссийским стандартизованным показателем смертности от онкопатологии 2012 года (118,9 на 100 тысяч, мировой стандарт) уровень смертности от онкозаболеваний среди населения Краснодарского края ниже на 3,5% (114,7).

Самые высокие уровни смертности в 2012 году отмечены при злокачественных новообразованиях легких (36,2 на 100 тыс. населения), молочной железы (31,2) и желудка (17,6). С 2008 года наблюдается прирост смертности при злокачественных новообразованиях печени (на 33,8%), мезотелиальных и мягких тканей (на 10,0%), почки (на 3,9%), губы, полости рта и глотки (на 1,5%), предстательной железы (на 1,3%). Снижение показателя за 5 лет характерно для злокачественных новообразований: кожи – на 47,8%, желудка – на 25,1%, лейкозов – на 16,1%, костей и суставных хрящей – на 13,3%, меланомы – на 12,0%, ободочной кишки – на 11,7%, трахеи, бронхов, легкого и злокачественных лимфом – на 11,3%, поджелудочной железы – на 11,1%, мочевого пузыря – на 10,5%, пищевода – на 9,7%, молочной железы – на 9,6%, щитовидной железы – на 9,1%, яичников – на 8,0%, тела матки – на 5,4%, гортани – на 2,9%.

Несмотря на то что за последние 5 лет структура смертности несколько изменилась, первые 5 мест стабильно занимают злокачественные опухоли трахеи, бронхов, легкого (17,9%), желудка (8,7%), молочной железы (8,3%), ободочной (7,5%) и прямой кишки (6,2%). Суммарно на эти локализации опухолей ежегодно приходится около 50% от всех умерших онкологических больных. Среди мужского населения ведущей причиной смерти от злокачественных новообразований

остаётся рак легкого (26,2%), второе место сохраняет рак желудка (10,8%). У женщин – рак молочной железы прочно занимает первое место (18,3%), а рак ободочной кишки – второе (8,8%).

Таким образом, представленные статистические данные с учетом нозологических, возрастных и территориальных особенностей могут служить базой для перспективного планирования онкологической помощи и целенаправленных мероприятий противораковой борьбы.

Изучение динамики заболеваемости и смертности вследствие злокачественных новообразований как в целом по стране, так и в отдельных регионах имеет большое практическое значение. Это связано прежде всего с возможностью использования результатов исследований для принятия обоснованных управленческих решений, прогнозирования основных направлений противораковой борьбы. Значительные различия в уровнях заболеваемости между отдельными территориями страны являются основой не только для выявления предполагаемых факторов риска, но и определения теоретических возможностей профилактики заболевания. Сопоставление максимального и минимального показателей заболеваемости раком в популяции позволяет косвенно оценить долю онкологических заболеваний, которые можно предупредить.

Изучение изменений в частоте, структуре и особенностях распространения онкологических заболеваний в различных популяциях и на отдельных территориях, а также оценка обобщенных критериев состояния здоровья населения дают необходимую информацию для планирования лечебно-профилактических мероприятий на государственном и региональном уровнях, спо-

собствуя совершенствованию онкологической помощи больным злокачественными новообразованиями.

Необходимо отметить, что активно проводимые в 2010–2012 годах организационные изменения в сторону усиления онкопрофилактической направленности кубанского здравоохранения позволили добиться снижения смертности от онкологических заболеваний. Об этом красноречиво свидетельствуют разрыв между показателями заболеваемости и смертности вследствие злокачественных новообразований и резко положительная динамика уменьшения показателя смертности от онкопатологии за последние 5 лет. Эти факты, несомненно, указывают на правильность выбранного пути, по которому идет развитие онкологической службы Краснодарского края.

ЛИТЕРАТУРА

1. Злокачественные новообразования в России в 2011 году (заболеваемость и смертность) / Под ред. В. И. Чиссова, В. В. Старинского, Г. В. Петровой. – М.: ФГБУ «МНИОИ им. П. А. Герцена» Минздравсоцразвития России, 2013. – 289 с.
2. Казанцева М. В., Тесленко Л. Г., Цокур И. В., Бондарева И. С. Злокачественные новообразования в Краснодарском крае (2008–2012 годы). Состояние онкологической помощи населению. – Краснодар, 2013. – 196 с.
3. Мерабишвили В. М. Онкологическая служба Санкт-Петербурга. Популяционный раковый регистр. – СПб: ООО «Издательско-полиграфическая компания «КОСТА», 2013. – 368 с.
4. Состояние онкологической помощи населению России в 2012 году / Под ред. А. Д. Каприна, В. В. Старинского, Г. В. Петровой. – М.: ФГБУ «МНИОИ им. П. А. Герцена» Минздравсоцразвития России, 2013. – 232 с.

Поступила 17.10.2013

И. И. КАТЕЛЬНИЦКИЙ

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Кафедра хирургических болезней № 1
Ростовского государственного медицинского университета,
Россия, 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29;
тел. (863) 250-42-00. E-mail: katelnizkji@mail.ru*

Целью работы было разработать и оценить тактику комбинированного лечения больных с облитерирующими поражениями артерий нижних конечностей для оптимизации регресса ишемии конечностей у данной категории больных.

Сочетанное лечение позволило улучшить периферический кровоток, тем самым улучшить клинические результаты лечения и сохранить проходимость шунтов в отдаленном периоде.

Ангиосцинтиграфия позволила получить объективную информацию о сохранности кровоснабжения тканей при окклюзии магистральных артерий.

Ключевые слова: терапевтический ангиогенез, хирургическое лечение больных облитерирующим атеросклерозом.

I. I. KATELNITSKY

THE EFFECTIVENESS OF THE COMBINED TREATMENT OF PATIENTS WITH OBLITERATING ATHEROSCLEROSIS OF THE ARTERIES OF LOWER EXTREMITIES

*The chair of surgical diseases № 1 Rostov state medical university,
Russia, 344022, Rostov-on-don, the lane Nachichevan 29; tel. (863) 250-42-00. E-mail: katelnizkji@mail.ru*