

Э.Т. Ауезова, А.М. Арингазина
Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ», г.Алматы, Казахстан

ДИНАМИКА ОСНОВНЫХ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОНКОПАТОЛОГИИ ЗА ПЕРИОД 1990-2017 ГГ

Проведен анализ официальных статистических данных за период 1990-2017 гг. по показателям: первичная заболеваемость ЗНО, общая смертность по причине ЗНО и выявляемость ЗНО по стадиям. Выявлены и описаны тренды этих показателей. Также проведено ранжирование ЗНО по частоте выявляемости онкологических форм в РК, которое дает возможность системе здравоохранения усилить/улучшить мероприятия по данному направлению.

Ключевые слова: злокачественные новообразования, первичная заболеваемость, общая смертность, выявляемость, ранжирование.

Введение. В системе здравоохранения Казахстана реализуется комплекс реформ, направленных на повышение доступности и качества оказания медицинской помощи, снижение уровня заболеваемости, инвалидизации и смертности [1,2].

Для онкологической службы остается актуальной задача снижения уровня первичной инвалидной задачи населения от злокачественных новообразований. При этом следует отметить, что онкологическая служба Казахстана представлена сетью медицинских учреждений, оснащенных современной медицинской техникой, и использующих передовые международные технологии диагностики, лечения и реабилитации онкопатологии [3].

Цель исследования: для оценки медицинской результативности реализуемых в Казахстане скрининговых осмотров на онкопатологию, в т.ч. визуально-доступных форм рака, нами был проведен анализ эпидемиологических показателей злокачественных новообразований (ЗНО) за длительный период.

Материал и методы исследования: Анализ официальных статистических данных проведен за период 1990-2017 гг., при этом в качестве опорных точек и для сравнения нами взяты показатели 5-летнего интервала: 1990, 1995, 2000, 2005 и 2010 годы, а также с однолетним интервалом – 2015-2017 гг.

Результаты исследования.

Для определения эпидемиологических показателей ЗНО в Казахстане нами были проанализированы следующие показатели, позволившие дать характеристику системы раннего выявления ЗНО:

- 1) первичная заболеваемость ЗНО, в т.ч. по опухолям визуальной локализации;
- 2) общая смертность по причине ЗНО;
- 3) выявляемость ЗНО по стадиям [4]

В целом, за изученный период первичная заболеваемость ЗНО имеет несколько трендов (Рисунок 1):

- 1) 1990-1995 гг. – снижение уровня;
- 2) 1995-2000 гг. – рост показателя;
- 3) 2000-2005 гг. – стабилизация показателя
- 4) 2005-2010 гг. – снижение уровня;
- 5) 2010-2015 гг. – рост показателя;
- 6) 2015-2017 гг. – постепенное снижение.

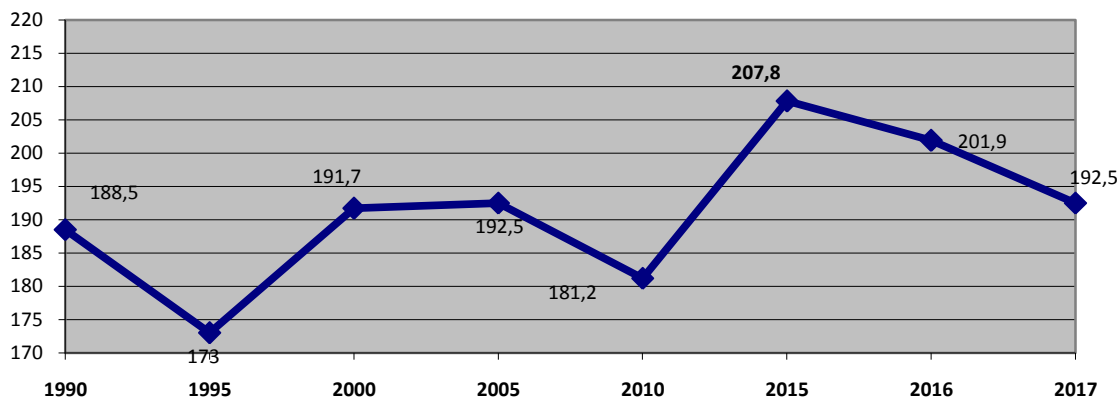


Рисунок 1- Динамика уровня первичной заболеваемости ЗНО в РК в 1990-2017 гг. (на 100 тыс. населения)

Уровень отрицательного прироста первичной заболеваемости ЗНО в Казахстане в 2010 г. по сравнению с 2005 г. (5-летний период) составил 5,9% (Таблица 1). Далее идет положительный прирост показателя в 2015 г. по сравнению с 2010 г. на 14,7%. Следует отметить, что данный прирост многие специалисты объясняют эффектом от внедрения скрининговой программы, когда активизировалось раннее выявление ЗНО. Далее с 2015 г. идет процесс снижения анализируемого показателя на 7,4% и, вероятно, этот показатель в ближайшие годы должен стабилизироваться, показав истинный уровень выявляемости ЗНО.

Таблица 1 - Динамика прироста показателей заболеваемости ЗНО в Казахстане за период 1990-2017 гг.

Показатель	Прирост за 1990-1995 гг.	Прирост за 1995-2000 гг.	Прирост за 2000-2005 гг.	Прирост за 2005-2010 гг.	Прирост за 2010-2015 гг.	Прирост за 2017-2015 гг.	Прирост за 1990-2017 гг.
Первичная заболеваемость ЗНО	-8,2%	+10,8%	+0,4	-5,9%	+14,7	-7,4%	+0,1%
Смертность от ЗНО	+0,7%	-1,7%	-8,8%	-10,5%	-17,5%	-8,0%	-32,1%
Выявляемость ЗНО на I-II стадии	*	*	*	+7,3%	+10,1%	+2,4%	+19,8
Выявляемость ЗНО на III стадии	*	*	*	-5,7%	-24,3%	-32,7%	-14,1%
Выявляемость ЗНО на IV стадии	*	*	*	-1,5	+42,1%	-45,9%	-5,3%

* - нет данных в официальной статистике

Значительный прирост показателя первичной заболеваемости свидетельствует об улучшении процесса раннего выявления ЗНО (фактор здравоохранения), т.к. сведений об изменении экологической среды или образа жизни в этих областях не зарегистрировано. В целом, за изученный период смертность от ЗНО имеет 3 тренда, отличающихся от трендов заболеваемости (Рисунок 2):

- 1) 1990-2000 гг. – стабилизация показателя;
- 2) 2000-2015 гг. – снижение уровня за 15-летний период;
- 3) 2015-2016 – рост показателя за один год;
- 4) 2016-2017 гг. – стабилизация на одном уровне.

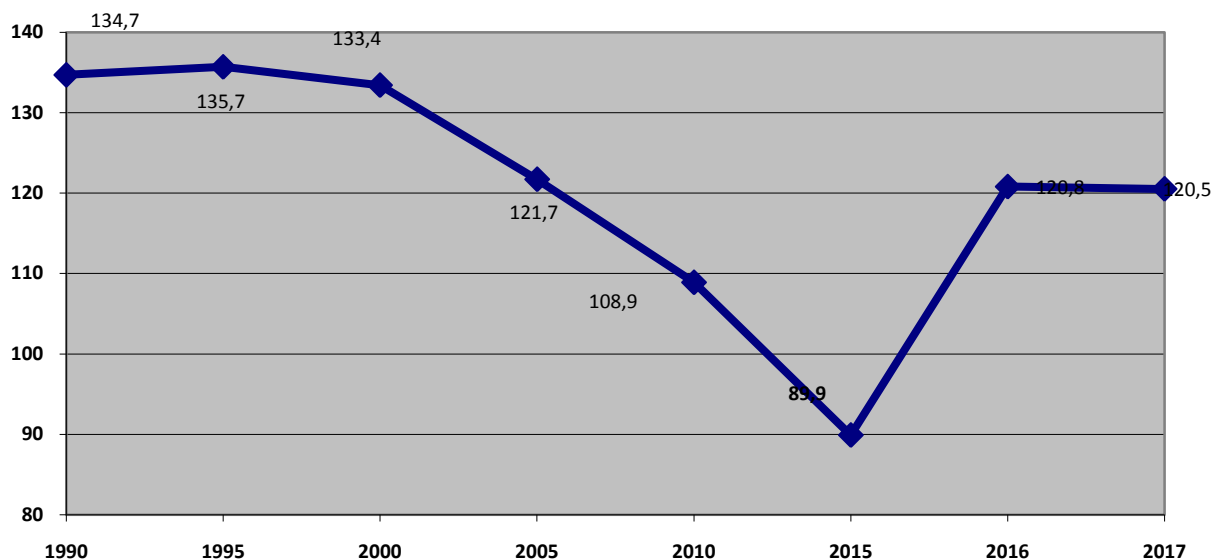


Рисунок 2- Динамика уровня смертности от ЗНО в РК в 1990-2017 гг. (на 100 тыс. населения)

Уровень отрицательного прироста смертности от ЗНО в Казахстане в 2010 г. по сравнению с 2005 г. (5-летний период) составил -10,5% (Таблица 1), далее идет дальнейшее снижение в 2015 г. по сравнению с 2010 г. на 17,5%. За 3 основных исследуемых года (2015-2017 гг.) также регистрируется отрицательный прирост (-8%). Как и с показателем выявляемости ЗНО, показатель смертности от ЗНО также в ближайшие годы должен стабилизироваться (при условии, что медицинские технологии останутся примерно на современном уровне), но пока этого не произошло.

Значительная убыль показателя смертности от ЗНО может быть обусловлена не только улучшением процесса раннего выявления ЗНО, но и улучшением процесса лечения (инновационные технологии).

В целом, за изученный период выявляемость ЗНО в зависимости от стадии носит характер улучшения (Рисунок 3). В 2017 г. по сравнению с 2005 г. выявляемость в I-II стадии возросла на 19,8% и снизилась в III стадии – на 14,1% и IV стадии – на 5,3% (Таблица 1). Следует отметить, что при сравнении с аналогичными показателями по СНГ (менее 50%), ситуацию следует считать более лучшей.

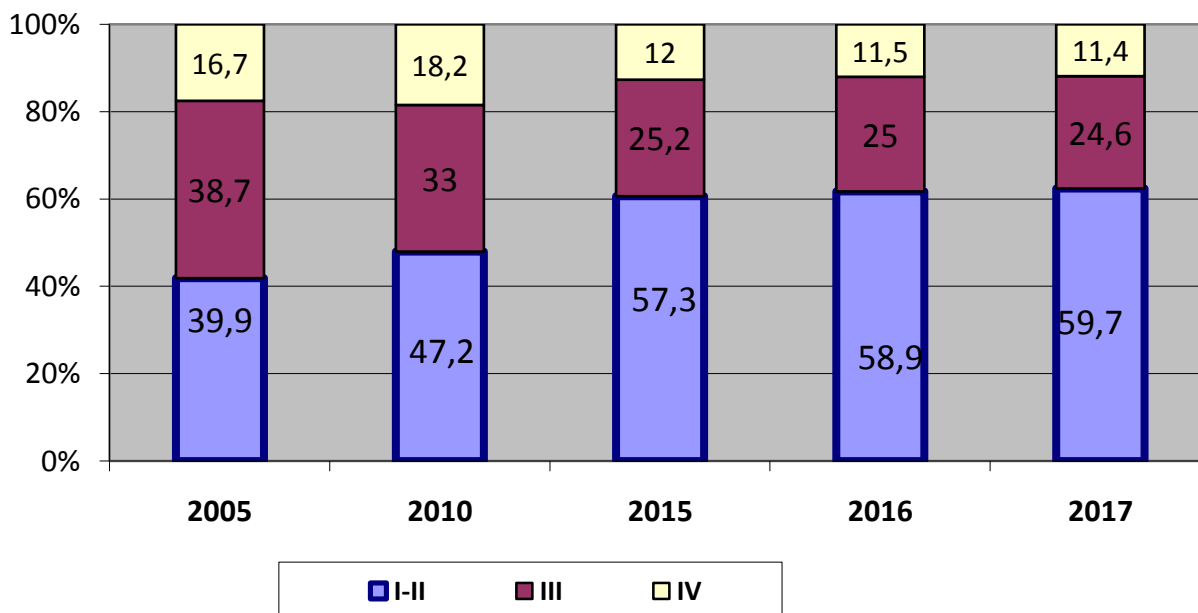


Рисунок 3- Динамика уровня выявляемости ЗНО по стадиям в РК в 2005-2017 гг. (в %)

Также следует подчеркнуть, что темпы прироста выявляемости ЗНО в I-II стадии замедляются: за последние 3 года прирост составил не более 2%. Т.е. можно говорить о том, что эффект от внедрения программ скрининга ЗНО стабилизировался, и для дальнейшего улучшения этого показателя необходимо или внедрять новые программы онкоскрининга (не входящие в скрининг другие виды ЗНО) или улучшать качество имеющихся программ онкоскрининга, либо внедрять иные технологии раннего выявления (новые методы диагностики или новые технологии организации раннего выявления).

В структуре выявляемости **ЗНО по возрасту** в РК в 2017 г. наблюдается нарастающий характер роста объема диагностированной онкопатологии с 1,2% в детском возрасте (0 до 18 лет) до пика в возрастной группе 60-69 лет (31,5%), затем идет снижение (Рисунок 3). Следует отметить, что при анализе аналогичных интенсивных и стандартизованных показателей, рассчитанных на 100 тыс. населения соответствующего возраста, эта кривая носит постоянно нарастающий характер с увеличением возраста.

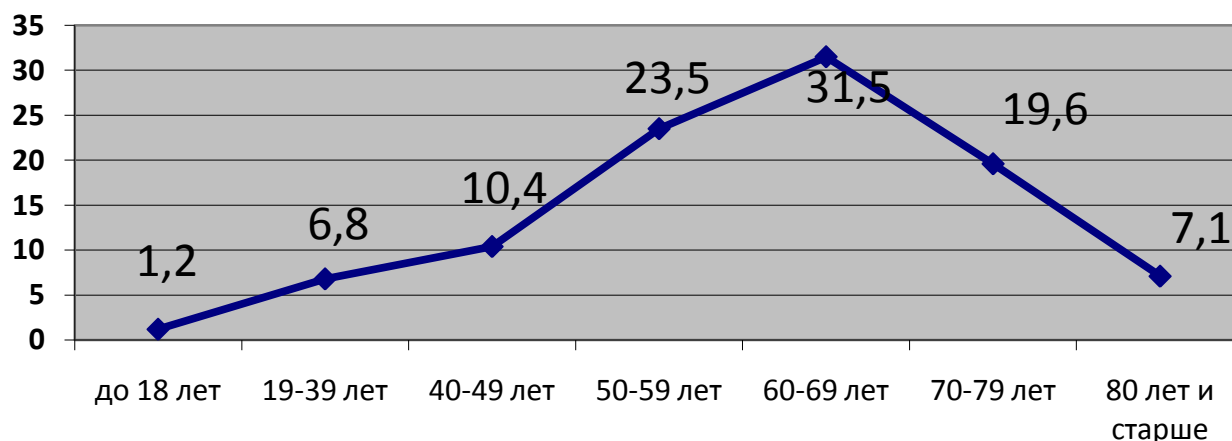


Рисунок 3- Структура выявляемости ЗНО по возрасту в РК в 2017 г. (в %)

В структуре первичной заболеваемости **ЗНО по нозологическим формам** в РК в 2017 г. мы разбили 28 групп онкопатологии на 4 группы по частоте и проранжировали их (Таблица 2):

Таблица 2- Ранжирование нозологической структуры первичной заболеваемости ЗНО в РК в 2017 г. (в %)

№	ЗНО	Уровень выявляемости (%)	Ранговое место	Группа ранга	Уровень ранговой группы (%)
1	женской молочной железы	12,31	1	I	52,8
2	меланома кожи и другие новообразования кожи*	11,21	2		
3	трахеи, бронхов, легкого	10,78	3		
4	желудка	8,03	4		
5	шейки матки	5,13	5		
6	прочие	5,32	5		
7	ободочной кишки	4,54		II	35,0
8	прямой кишки, ректосигм.соединения, ануса	3,92			
9	предстательной железы	3,85			
10	пищевода	3,79			
11	тела матки	3,32			
12	яичника	3,11			
13	почки	3,07			
14	поджелудочной железы	2,53			
15	печени	2,49			
16	языка, полости рта и глотки	2,28			
17	головного мозга и ЦНС	2,15			
18	мочевого пузыря	1,91		III	10,7
19	злокачественные лимфомы	1,88			
20	лейкемии	1,73			
21	щитовидной железы	1,72			
22	соединительной и других мягких тканей	1,33			
23	гортани	1,10			
24	меланома кожи	1,00			
25	костей и суставных хрящей	0,57		IV	1,5
26	яичка	0,33			
27	губы	0,43			
28	глаза и его придаточного аппарата	0,17			

I группа - с высокой частотой (в диапазоне частоты выше 5%), общий вклад 6 групп ЗНО составил 52,8% - это РМЖ (12,3%), другие ЗНО кожи (11,21%), ЗНО трахеи, бронхов и легких (10,78%), желудка (8,03%), РШМ (5,13%) и группа прочих ЗНО (5,32%).

II группа - со средней частотой (в диапазоне частоты от 2% до 5%), общий вклад 11 групп ЗНО составил 35%. В основном, эту ранговую группу составили ЗНО ЖКТ, женской и мужской репродуктивной системы, а также головного мозга и ЦНС.

III группа - с низкой частотой (в диапазоне частоты от 1% до 2%), общий вклад 7 групп ЗНО составил 10,7%. Эту ранговую группу составили ЗНО МПС, лимфодренажной системы, крови, щитовидной железы, соединительной и других мягких тканей, гортани и меланома кожи.

IV группа - с очень низкой частотой (в диапазоне частоты до 1%), общий вклад 4-х групп ЗНО составил 1,5%, это ЗНО костей и суставных хрящей, яичка, губы, глаза и его придаточного аппарата.

Выводы. Таким образом, при анализе официальных статистических данных за период 1990-2017 годы выявлено 6 трендов первичной заболеваемости ЗНО с максимальным уровнем в 2015 г. (207,8 на 100 тыс.) и с последней тенденцией постепенного снижения в 2015-2017 гг., при этом уровень 2017 г. приближается к «исходному» 1990 г. (192,5 против 188,5 на 100 тыс.). Смертность от ЗНО имеет 3 тренда: стабилизация показателя в 1990-2000 гг. снижение уровня за 15-летний период (2000-2015 гг.), рост и стабилизация показателя

на одном уровне (2015-2017 гг.). Ранняя выявляемость ЗНО в 2005-2017 гг. улучшилась (в I-II стадии возросла с на 19,8%), но темп прироста за последние 3 года стабилизируется.

При ранжировании ЗНО по частоте выявляемости нозологических форм в РК по данным в 2017 г. самой распространенной была группа с высокой частотой (в диапазоне частоты выше 5%), общий вклад 6 групп ЗНО составил 52,8% - это РМЖ (12,3%), другие ЗНО кожи (11,21%), ЗНО трахеи, бронхов и легких (10,78%), желудка (8,03%), РШМ (5,13%) и группа прочих ЗНО (5,32%). Ранжирование ЗНО по частоте выявляемости дает возможность системе здравоохранения усилить/улучшить мероприятия по данному направлению.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Нургазиев К.Ш., Байпеисов Д.М., Ауезова Э.Т., Адилбай Д.Г. Результаты внедрения системы мониторинга и оценки онкологической службы в Республике Казахстан // Онкология и радиология Казахстана. -2015. – Т.12., №3(37). – С. 4-7.
- 2 Aringazina A, Gulis G., Allegrante J. Public Health Challenges and Priorities for Kazakhstan // Central Asian Journal of Global Health. -2012. - Vol. 1, №1. <http://cajgh.pitt.edu>
- 3 Нургазиев К.Ш., Байпеисов Д.М., Ауезова Э.Т., Адилбай Д.Г. Мониторинг и оценка деятельности онкологической службы РК. – Метод. рекомендации. – Алматы: КазНИИОиР, 2016. – 238 с.
- 4 Кучеренко В.З. Применение методов статистического анализа: учебное пособие. - М.: 2004. – 188 с.

Э.Т. Ауезова, А.М. Арингазина

«ЖЖДСМ» Қазақстан медициналық университеті, Алматы қ., Қазақстан

1990-2017 ЖЖ КЕЗЕҢДЕГІ ОНКОПАТОЛОГИЯНЫҢ НЕГІЗГІ ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ КӨРСЕТКІШТЕРІНІҢ ДИНАМИКАСЫ

Түйін: 1990-2017 жж. келесі көрсеткіштер бойынша ресми статистикалық деректерді талдау жүргізілді: қатерлі ісіктердің алғашқы аурушандығы, қатерлі ісіктерден жалпы өлім себептері және қатерлі ісіктердің ерте анықталуы. Осы көрсеткіштердің трендтері анықталған және сипатталған. Сондай-ақ, қатерлі ісіктердің анықтауы бойынша ранжирлеу жүргізілді, ол денсаулық сақтау жүйесіне осы бағыт бойынша күшейтуге/жақсартуға мүмкіндік береді.

Түйінді сөздер: қатерлі ісіктер, бастапқы сырқаттану, жалпы өлім-жітім, анықтауы, ранжирлеу.

E. T. Aueyzova, A. M. Aringazina

Kazakhstan Medical University «KSPH», Almaty, Kazakhstan

DYNAMICS OF THE MAIN EPIDEMIOLOGICAL INDICATORS OF CANCER PATHOLOGY FOR THE 1990-2017 PERIOD

Resume: The analysis of population based cancer registry data performed for the period 1990-2017. Following indicators are analyzed: primary incidence of cancer, mortality due to cancer and detectability of cancer stratified by stages. The trends of these indicators are identified and described. Also, cancer incidence was ranked according to different cancer sites and types in Kazakhstan, which enables the health system to strengthen / improve measures in this direction.

Keywords: cancer, primary morbidity, total mortality, detectability, ranking.