

Обсуждение полученных данных

Препаратом выбора при лечении МГ головы и шеи служит пропранолол. Индивидуальный подбор его дозы на основе показателей местной гемодинамики и электрокардиографии способствует ее снижению и уменьшению частоты побочных эффектов без ущерба для эффективности. При интенсивной локальной гемодинамике в МГ и малой эффективности пропранолола показано параллельное проведение ЛТТ. Комбинированное лечение МГ позволяет в три раза снизить частоту повторных сеансов ЛТТ и в два раза уменьшить длительность лечения пропранололом. Экстренная ЛТТ МГ, осложненной язвой, позволяет быстро остановить процесс разрушения тканей. Удовлетворительные результаты лечения МГ с образованием косметических дефектов обусловлены, прежде всего, запоздалым вмешательством на фоне уже развившихся осложнений. Несмотря на то, что комбинированное лечение МГ дает лучшие результаты, мы считаем, что оно показано только при интенсивном кровотоке в МГ или при опухолях, осложненных изъязвлением. Такой подход обусловлен прежде всего тем, что ЛТТ – инвазивный метод, требующий наркоза, что сопряжено с определенным риском для ребенка.

Литература / References

1. Abushkin I.A., Privalov V.A., Lappa A.V. [et al.]. External and intralesional photocoagulation of hemangioma in children with infrared diode laser // Proc. SPIE. 2005. Vol. 5863. P. 107–115.
2. Abushkin I.A., Privalov V.A., Lappa A.V. Near-infrared laser treatment of complicated hemangiomas in children: Ten-year clinical experience // Proc. SPIE. 2011. Vol. 7883. P. T1–T9.
3. Léauté-Labrèze C., Hoeger P., Mazereeuw-Hautier J. [et al.]. A randomized, controlled trial of oral propranolol in infantile hemangioma // N. Engl. J. Med. 2015. Vol. 372. P. 735–746.

4. Macarthur C.J. Head and neck hemangiomas of infancy // Curr. Opin. Otolaryngol. Head Neck Surg. 2006. Vol. 14. P. 397–405.

Поступила в редакцию 02.02.2018.

THE ROLE OF LASER THERMOTHERAPY AND THE PARAMETERS OF LOCAL HEMODYNAMICS IN THE DIFFERENTIAL TREATMENT OF INFANT HEMANGIOMAS OF THE HEAD AND NECK

A.G. Denis¹, I.A. Abushkin², I.S. Vasilev³, O.A. Gavrilova¹, A.V. Lappa⁴, V.A. Privalov³, O.A. Romanova², M.Ya. Galiulin²

¹ Tver State Medical University (4 Sovetskaya St. Tver 170100 Russian Federation), ² Centre of Medical Laser Technologies (14a 50-let VLKSM St. Chelyabinsk 454038 Russian Federation), ³ South Ural State Medical University (64 Vorovskogo St. Chelyabinsk 454092 Russian Federation), ⁴ Chelyabinsk State University (129 Bratev Kashirnykh St. Chelyabinsk 454021 Russian Federation)

Objective. The aim of the study was to determine the location of laser thermotherapy in the treatment of infant hemangiomas of the head and neck, and to find the optimal treatment technology for this disease.

Methods. We observed 1466 children aged 9 days to 6 years with infant hemangiomas of the head and neck. An infrared diode laser with a wavelength of 0.97 μm, propranolol with an individual dose selection and a combination of these methods were used during the treatment. Local hemodynamics of infant hemangiomas was studied by ultrasound, as well as using thermal imaging, optical spectroscopy and percutaneous measurement of oxygen tension.

Results. With intensive local hemodynamics monotherapy with infant hemangiomas was insufficient. Combination of propranolol and laser thermotherapy was more effective.

Conclusions. Combined therapy of infant hemangiomas allowed a two-fold reduction in the duration of use of propranolol and a three-fold reduction in the frequency of repeated sessions of laser thermotherapy. Overall, excellent and good results were obtained in 97.5% of patients. Satisfactory results with the formation of cosmetic defects requiring further therapy were caused by delayed treatment after the already occurring complications, especially ulcers.

Keywords: hemangioma, monotherapy, combined therapy

Pacific Medical Journal, 2018, No. 1, p. 75–78.

УДК 616.348–006.4–036.22(571.61)

DOI: 10.17238/PmJ1609-1175.2018.1.78–84

Эпидемиологические аспекты рака ободочной кишки у населения Амурской области

В.П. Гордиенко¹, О.В. Логинова²

¹ Амурская государственная медицинская академия (675000, г. Благовещенск, ул. Горького, 95),

² Амурский областной онкологический диспансер (675000, г. Благовещенск, ул. Октябрьская, 110)

Приведены основные показатели оказания медицинской помощи населению с онкологическими заболеваниями ободочной кишки в Амурской области, где происходит постоянное возрастание заболеваемости и смертности от этой патологии. Показано, что максимальное количество заболевших приходится на старшие возрастные группы. В динамике прослежено увеличение числа лиц с начальными признаками заболевания, при незначительном снижении его в запущенных стадиях болезни. Выросла активность выявления больных с существенным снижением летальности на первом году с момента установления диагноза. На фоне ряда положительных моментов в работе онкологической службы отмечено значительное увеличение показателя смертности. Обозначено качество деятельности службы по индексу достоверности учета этой категории больных, который традиционно сопоставим с другими регионами страны. Результаты проведенного исследования рекомендованы авторами для использования в практической деятельности онкологической службы области при разработке приоритетных направлений целевых медико-социальных и экономических программ.

Ключевые слова: злокачественные новообразования толстой кишки, заболеваемость, смертность, статистический анализ

Злокачественные новообразования (ЗНО) – проблема огромной социальной значимости. Среди общего количества страдающих этой патологией пациенты с ЗНО желудочно-кишечного тракта составляют солидную долю. Последние годы характеризуются снижением числа заболевших раком желудка (от 11,5 до 6,2% в общей онкологической заболеваемости в 1998 и 2016 г., соответственно), долгое время занимавшем лидирующее положение, на фоне увеличения количества больных колоректальным раком, в частности, опухолями ободочной кишки (от 5,3 до 6,7% в общей онкологической заболеваемости в 1998 и 2016 г., соответственно). В 1998 г. рак ободочной кишки занимал 5-е место в общей структуре онкологической патологии, как среди мужского, так и среди женского населения страны. За двадцать прошедших лет показатели заболеваемости раком ободочной кишки у лиц обоего пола переместились на 4-е место, в то время как у мужчин в структуре общей онкологической заболеваемости аналогичных изменений не произошло [4, 9].

В 2016 г. в Российской Федерации зарегистрировано 40224 случая ЗНО ободочной кишки, в том числе 23125 – среди женского и 17099 – среди мужского населения. Стандартизованный (мировой стандарт) показатель составил на 100 тыс. соответствующего населения 13,57 – для женщин и 17,40 – для мужчин (в 1998 г. – 10,30 и 12,83, соответственно). На примере данной локализации ЗНО подтверждается тенденция к увеличению смертности при повышении заболеваемости за последние 20 лет для мужского населения, тогда как женщины стали умирать реже (1998 г.: оба пола – 7,83, женщины – 7,10, мужчины – 9,37; 2016 г.: оба пола – 7,98, женщины – 7,02, мужчины – 9,76, на 100 тыс. соответствующего населения) [8, 11]. Более 70% больных раком толстого кишечника составляют лица старше 60 лет, но не следует забывать, что этот показатель крайне вариабелен в зависимости от факторов риска (характер питания, состояние окружающей среды, вредные привычки, широкий спектр ландшафтно-биогеохимических ситуаций) и социально-экономических условий в разных территориальных образованиях России [12–14].

Все это может служить основанием для изучения и выявления факторов возникновения ЗНО в Амурской области и позволит сформировать базу для разработки программ противораковой борьбы. Здесь необходим и учет особенностей региона с его резко континентальным климатом, дефицитом и нарушением соотношения ряда микроэлементов в окружающей среде в зависимости от биогеохимического деления провинции на три зоны. Эти особенности представляют определенный интерес в плане изучения возможностей оказания медицинской помощи онкологическим больным с патологией толстого кишечника [3, 10].

Целью настоящего исследования стала оценка основных показателей заболеваемости и смертности от рака ободочной кишки в отдельно взятом регионе Российской Федерации.

Материал и методы

Изучалась динамика заболеваемости и смертности пациентов с онкологической патологией в Амурской области за 1998–2016 гг. Использовались отчетные формы № 7 «Сведения о заболеваниях злокачественными новообразованиями» и № 35 «Сведения о больных злокачественными новообразованиями», № 5 «Распределение умерших по полу, возрастным группам и причинам смерти» и № 2 «Численность населения по полу и возрасту». Материалами для исследования также служили учетно-отчетные документы: «Контрольная карта диспансерного больного» (форма 30), «Извещение о больном злокачественным новообразованием (форма 099/у)», «Медицинская карта амбулаторного больного» (форма 025/у), «Протокол запущенности (форма 027/у)» и годовые отчеты. В статье использованы коды заболеваний, представленные в Международной классификации болезней 10-го пересмотра (рак ободочной кишки – C18).

Объектом исследования был каждый пациент с раком ободочной кишки в лечебно-профилактических учреждениях Амурской области и областном онкологическом диспансере со всеми случаями законченного лечения. Все полученные результаты обработаны с использованием стандартных программ статистического анализа.

Результаты исследования

В 2016 г. в Дальневосточном Федеральном округе (ДФО) учтено 1380 случаев ЗНО ободочной кишки (женщины – 831, мужчины – 549). Интенсивный показатель 22,30, стандартизованный (мировой стандарт) – 13,75 на 100 тыс. Рак ободочной кишки встречается во всех регионах ДВФО с наиболее высоким уровнем стандартизованных показателей в Сахалинской области и Чукотском автономном округе. Наименьшие уровни заболеваемости зарегистрированы в Якутии и Амурской области (табл. 1). Следует отметить, что усредненные данные по заболеваемости в России выше таковых по ДВФО [5, 6].

От ЗНО ободочной кишки в ДВФО в 2016 г. умерли 758 человек (женщин – 443, мужчин – 315). В 1998 г. эти показатели были 604 (340 и 264), соответственно. Высокая смертность от ЗНО ободочной кишки регистрировалась в Магаданской и Сахалинской областях, низкая – в Амурской области и Хабаровском крае (табл. 1).

Важным показателем качества медицинской помощи онкологическим больным служит индекс достоверности учета – отношение числа умерших к числу заболевших, который характеризует качество первичной учетной документации и уровень исполнительской дисциплины врачей онкологических учреждений, и должен стремиться к нулю. Наиболее благоприятные результаты по этому виду статистической отчетности в 2016 г. зарегистрированы в Чукотском автономном округе и Хабаровском крае (табл. 1) [7, 8, 11].

Таблица 1

Рак ободочной кишки в ДВФО: заболеваемость, смертность (стандартизованные показатели на 100 тыс. населения), индекс достоверности учета (ИДУ)

Территория ДВФО	Заболеваемость						Смертность						ИДУ	
	1998 г.			2016 г.			1998 г.			2016 г.			1998 г.	2016 г.
	всего	муж.	жен.	всего	муж.	жен.	всего	муж.	жен.	всего	муж.	жен.		
Приморский край	9,10	9,65	8,98	13,13	15,09	12,01	9,36	10,93	8,31	8,31	9,59	7,64	1,03	0,63
Хабаровский край	11,10	12,85	10,75	13,76	14,09	14,10	7,86	9,62	6,98	6,14	8,48	4,78	0,71	0,45
Амурская обл.	9,78	10,24	9,61	13,06	14,40	12,88	5,84	5,76	5,64	6,13	6,42	5,98	0,60	0,47
Камчатский край	11,96	12,25	11,96	15,36	16,85	13,90	9,72	11,20	8,31	7,05	7,21	6,77	0,81	0,46
Магаданская обл.	14,18	20,61	11,61	16,90	14,20	18,13	5,52	7,29	4,50	9,47	11,66	7,87	0,39	0,56
Сахалинская обл.	12,76	14,39	11,71	20,43	21,81	20,25	5,38	5,20	5,25	9,45	10,71	8,46	0,42	0,46
Чукотский АО	2,31	1,34	3,21	18,34	17,20	20,96	1,30	2,55	0,00	7,26	8,77	6,89	0,56	0,39
Якутия	9,27	8,42	9,84	10,43	10,92	10,29	5,53	5,67	5,75	6,33	6,24	6,48	0,60	0,61
Еврейская АО	5,38	5,45	6,25	14,10	11,53	15,22	3,66	6,27	2,85	8,35	10,98	7,53	0,68	0,59
ДВФО	–	–	–	13,75	14,78	13,40	–	–	–	7,37	8,63	6,66	–	0,54
Россия	11,12	12,83	10,36	14,90	17,40	13,57	7,83	9,37	7,10	7,98	9,76	7,02	0,70	0,54

В 2016 г. в Амурской области было выявлено 2978 новых случаев ЗНО, что на 5,2 % меньше, чем в предыдущем году. Интенсивный показатель заболеваемости ЗНО увеличился с 245,44 в 1998 г. до 370,53 в 2016 г., а стандартизованный (мировой стандарт) – с 215,47 до 243,07 на 100 тыс. населения. Структура заболеваемости основными ЗНО в 2016 г. выглядела следующим образом: на первом месте – рак кожи – 12,4 % (в 2015 г. – 12,4 %), на втором – рак трахеи, бронхов и легкого – 11,6 % (в 2015 г. – 12,9 %) на третьем – рак молочной железы – 11,5 % (2015 г. – 11,8 %). В последние несколько десятилетий эти локализации остаются в лидирующей тройке, лишь меняясь местами в отдельные временные периоды [1, 2].

Ежегодно на территории области регистрировалось более 150 новых случаев ЗНО ободочной кишки. С 1998 по 2016 г. численность больных имела тенденцию к повышению общего и среднегодового прироста, как среди мужского, так и среди женского населения, причем темпы прироста числа заболевших среди женщин были несколько выше, чем среди мужчин (табл. 2).

Показатель активного выявления злокачественных новообразований ободочной кишки составил в 2016 г. 7,4 % (в 2015 г. – 6,5 %, в 2014 г. – 3,4 %), что свидетельствует об улучшении и интенсификации мероприятий, способствующих выявлению онкологических больных на ранних стадиях онкологического процесса в лечебно-профилактических учреждениях первичного звена [2].

Доля лиц с I–II стадиями рака ободочной кишки среди больных с впервые в жизни установленным диагнозом в 2016 г. была более, чем в два раза выше показателя 1998 г. С 1998 по 2016 г. отмечено незначительное снижение числа больных в запущенной (IV) стадии рака ободочной кишки, при существенном уменьшении частоты диагностики III стадии болезни.

Начиная с 2013 г. злокачественные новообразования неустановленной стадии на территории области не регистрировались (табл. 3).

На конец 2016 г. года контингент больных ЗНО ободочной кишки равнялся 0,11 % населения области. Максимальное количество заболевших регистрировалось в группе лиц 60 лет и старше. Индекс накопления контингентов (соотношение состоящих на учете на конец отчетного года к числу взятых на учет в отчетном году) пациентов с этими новообразованиями характеризовался постоянным и последовательным ростом, начиная с 1998 г. и был в области выше, чем в ДВФО и в целом по стране (табл. 4).

Большой объем профилактических, диагностических и лечебных мероприятий, проводимых медицинской службой имеет одну задачу – увеличить продолжительность жизни пациентов с онкологической патологией при наилучшем ее качестве. До 2008 г. в Амурской области происходило плавное повышение удельного веса больных с ЗНО ободочной кишки, состоящих на учете 5 лет и более, после чего цифровые значения этого показателя уменьшились и в 2016 г. оказались ниже средних по России, но выше, чем в ДВФО (табл. 5).

Тактика и стратегия в выборе метода лечения онкологического пациента (хирургическое, лучевое, лекарственное и их комбинации) зависят от детальной морфологической идентификации новообразования, т.к. опухоли различного строения, происхождения и степени атипичности клеток по-разному реагируют на терапевтическое воздействие. Удельный вес больных с верифицированным диагнозом ЗНО ободочной кишки к 2016 г. в области снизился, но в то же время остался выше среднероссийских (табл. 6).

Изменения в динамике смертности по Амурской области с 1998 по 2016 г. характеризовались

Таблица 2

Динамика заболеваемости раком ободочной кишки в Амурском регионе ДВФО

Показатель		Мужчины			Женщины		
		Абс.	Показатель на 100 тыс.		Абс.	Показатель на 100 тыс.	
			«грубый»	стандартизованный		«грубый»	стандартизованный
Год	1998	50	9,94	10,24	61	12,00	9,61
	2003	54	12,49	12,69	92	19,77	13,46
	2008	56	13,55	12,56	78	17,19	10,24
	2013	58	15,06	11,75	89	20,75	12,02
	2016	72	18,93	14,40	102	24,09	12,88
Прирост/убыль, %		+44,0	+90,4	+40,6	+67,2	+100,0	+43,0
Среднегодовой прирост/убыль, %		+2,4	+5,0	+2,3	+3,7	+5,6	+2,4

Таблица 3

Динамика распределения случаев рака ободочной кишки по стадиям заболевания

Год	I-II*		III		IV		Не установлена		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1998	25	23,6	39	36,8	38	35,8	4	3,8	106	100
2003	50	36,0	30	21,6	53	38,1	6	4,3	139	100
2008	48	39,3	32	26,2	39	32,0	3	2,5	122	100
2013	73	53,3	20	14,6	44	32,1	0	0,0	137	100
2016	81	52,0	27	17,3	48	30,8	0	0,0	156	100

* В 2013 и 2016 гг. показатель был рассчитан отдельно для каждой стадии. 2013 г.: I стадия – 6 случаев (4,4%), II стадия – 67 случаев (48,9%); 2016 г.: I стадия – 4 случая (2,6%), II стадия – 77 случаев (49,4%).

Таблица 4

Индекс накопления контингентов (ИНК) при раке ободочной кишки

Показатель		Амурская область					РФ	ДВФО
		1998 г.	2003 г.	2008 г.	2013 г.	2016 г.	2016 г.	2016 г.
ИНК		3,6	3,9	5,3	6,1	6,5	5,9	5,6
Кол-во случаев на конец года	абс.	384	537	642	783	883	202517	6456
	на 100 тыс.	37,7	54,9	73,6	95,6	109,3	137,3	104,1

Таблица 5

Удельный вес больных раком ободочной кишки, состоявших на учете 5 лет и более

Показатель		Амурская область						РФ	ДВФО
		1998 г.	2003 г.	2008 г.	2013 г.	2015 г.	2016 г.	2016 г.	2016 г.
Кол-во больных	%	47,1	51,2	56,1	55,6	54,1	50,2	51,0	47,5
	абс.	181	275	360	435	458	350	78811	2328

Таблица 6

Динамика удельного веса морфологически подтвержденных диагнозов (МПД) рака ободочной кишки

Пол	1998 г.			2003 г.			2008 г.			2013 г.			2016 г.		
	Абс.	МПД		Абс.	МПД		Абс.	МПД		Абс.	МПД		Абс.	МПД	
		абс.	%		абс.	%		абс.	%		абс.	%		абс.	%*
Оба пола	106	81	76,4	139	114	82,0	122	115	94,3	137	132	96,4	156	144	92,3
Мужчины	47	39	82,9	58	52	89,6	48	47	97,9	63	59	93,6	74	65	87,8
Женщины	59	42	71,2	81	62	76,5	74	68	91,8	74	73	98,6	82	79	96,3

* В 2016 г. по Российской Федерации – 91,9%, по ДВФО – 88,5%.

Таблица 7

Динамика смертности населения Амурской области от рака ободочной кишки

Показатель		Мужчины			Женщины		
		Абс.	Показатель на 100 тыс.		Абс.	Показатель на 100 тыс.	
			«грубый»	стандартизованный		«грубый»	стандартизованный
Год	1998	26	5,17	5,76	39	7,67	5,64
	2003	42	9,71	9,74	46	9,88	6,35
	2008	49	11,85	11,17	37	8,16	5,00
	2013	39	10,33	8,47	45	10,49	5,62
	2016	33	8,68	6,42	52	12,28	5,98
Прирост/убыль		+26,9	+67,9	+11,4	+33,3	+60,1	+6,0
Среднегодовой прирост/убыль		+1,5	+3,8	+0,6	+1,8	+3,3	+0,3

волнообразным увеличением как абсолютного числа умерших, так и значениями интенсивного («грубого») и стандартизованного показателей. Наиболее высокие цифры зарегистрированы у женщин в 2003 г. и у мужчин в 2008 г. Темпы прироста стандартизованных показателей при раке ободочной кишки были выше у мужчин, т.е. мужчины умирали чаще, чем женщины. Отмеченные колебания числа умерших в отдельные периоды не отразились на итоговых значениях общего и среднегодового уровней прироста/убыли при данной локализации ЗНО (табл. 7).

Качество медицинской помощи онкологическим больным определяется достоверностью сведений о заболеваемости и смертности населения любого территориального образования. Как правило, высокая заболеваемость сопровождается и высокими показателями смертности. Индекс достоверности учета (отношение числа умерших к числу заболевших) при ЗНО ободочной кишки в Амурской области за последние 20 лет в 2016 г. впервые оказался на столь низком уровне, что свидетельствует о достоверности данных и достаточном качестве исполнительской дисциплины сотрудников организационно-методического отдела Амурского областного онкологического диспансера (табл. 8).

Летальность на первом году с момента установления диагноза рака ободочной кишки в 2016 г. уменьшилась в сравнении с 1998 г. практически во всех территориальных образованиях России, включая Москву, Санкт-Петербург, Свердловскую область и весь Дальневосточный федеральный округ. В Амурской области в 2016 г. количество умерших в течение первого года увеличилось, что, возможно, связано с незначительным снижением за последние два десятилетия числа больных в IV стадии онкологического процесса (табл. 9). Отношение показателей однодневной летальности отчетного года и запущенности (IV стадия) предыдущего года, которое не должно превышать 1 (среднероссийский – 0,91), по ЗНО ободочной кишки в Амурской области в 2016 г. составило 0,91 (в 2015 г. – 0,95) [7, 8].

Таблица 8

Динамика индекса достоверности учета рака ободочной кишки

Регион	Индекс достоверности учета				
	1998 г.	2003 г.	2008 г.	2013 г.	2016 г.
РФ	0,70	0,66	0,63	0,59	0,54
Москва	0,78	0,74	0,64	0,63	0,67
Санкт-Петербург	0,77	0,73	0,70	0,60	0,53
Свердловская обл.	0,69	0,65	0,68	0,57	0,54
ДВФО	–	–	0,59	0,53	0,54
Амурская обл.	0,59	0,59	0,65	0,56	0,47

Обсуждение полученных данных

В ДВФО заболеваемость ЗНО ободочной кишки (С18) с 2008 г., согласно стандартизованным показателям (мировой стандарт) на 100 тыс. населения повысилась на 5,9% (с 11,01 в 2008 г. до 13,75 в 2016 г.). В Российской Федерации подобное увеличение равнялось 11,7%. Рост частоты онкологической патологии данной локализации обусловлен тем, что количество больных колоректальным раком за последние 20 лет имело тенденцию к постоянному и динамическому увеличению за счет улучшения выявляемости, а также естественно-го постарения населения, ухудшения качества жизни и экологической обстановки.

Анализ статистических данных о заболеваемости раком ободочной кишки на 100 тыс. населения в стандартизованных показателях на отдельных территориях ДВФО распределил их в следующем порядке (табл. 1): 1) Сахалинская область, 2) Чукотский автономный округ, 3) Магаданская область, 4) Камчатский край, 5) Еврейская АО, 6) Хабаровский край, 7) Приморский край, 8) Амурская область и 9) Республика Саха (Якутия).

В структуре онкологической заболеваемости на территории области в последние десятилетия отмечаются существенные изменения, при которых число пациентов с ЗНО ведущих локализаций определяется

Таблица 9

Летальность на первом году с момента установления диагноза рака ободочной кишки

Регион	Летальность, %				
	1998 г.	2003 г.	2008 г.	2013 г.	2016 г.
РФ	41,9	38,2	34,1	28,4	26,7
Москва	58,8	34,9	32,0	23,9	22,6
Санкт-Петербург	38,9	41,2	35,1	25,8	21,7
Свердловская обл.	34,7	42,7	36,8	22,0	26,3
ДВФО	–	–	34,3	27,7	29,1
Амурская обл.	43,7	41,1	43,9	23,9	31,6

отрицательными показателями как общего, так и среднегодового прироста/убыли. Это относится к раку желудка (–34,4%) и раку трахеи, бронхов и легкого (–16,8%) на фоне значительных темпов прироста при опухолях, прежде характеризовавшихся малыми цифровыми значениями, таких как рак щитовидной железы (+59,4%), языка (+43,6%), полости носоглотки (+26,0%), прямой кишки, ректо-сигмоидного соединения и ануса (+23,6%). Впечатляют эти показатели и при раке ободочной кишки – +33,5% (табл. 2).

Незначительное снижение числа больных в запущенной (IV) стадии опухолевого процесса в ободочной кишке (табл. 3) оставляет данную патологию в разделе наиважнейших проблем онкологии, так как увеличение количества выявляемых ЗНО на ранних (I–II) стадиях развития в дальнейшем определяет более благоприятный прогноз лечения и качества жизни онкологических больных.

Прирост контингента пациентов с ЗНО ободочной кишки (табл. 4) позволил Амурской области войти в число лидирующих по этому показателю регионов ДВФО (Камчатский край – 6,8, Хабаровский край – 6,3). Уровень больных с морфологически верифицированным диагнозом рака ободочной кишки (табл. 6) подтверждает необходимость дальнейшего совершенствования данного вида деятельности, так как этот показатель в Чукотском автономном округе и Еврейской автономной области равен 100%.

Ежегодное увеличение смертности при ЗНО данной локализации, в том числе с 2013 г. и на первом году с момента установления диагноза, можно объяснить тем, что из года в год в области сохранялся высоким показатель запущенности, когда практически каждый третий выявленный больной не подлежал радикальному лечению.

Настоящее исследование показало, что в Амурской области объективный критерий оценки деятельности онкологической службы (отношение значений смертности на первом году с момента установления диагноза в отчетном году и запущенности – IV стадия – предыдущего отчетного года), дающий возможность получения точной информации о состоянии специализированной медицинской помощи и исключающий (снижающий) уровень административного давления

сравним с таковым на многих территориях Российской Федерации. Но в тоже время он обязывает территориальные лечебно-профилактические учреждения усилить работу по устранению недостатков учета и снижению частоты клинических ошибок в оценке распространенности опухолевого процесса у каждого вновь зарегистрированного больного.

Таким образом, рост числа больных раком ободочной кишки при увеличении показателей смертности за последние 20 лет на территории Амурской области указывает на необходимость расширения возможностей диагностики и лечения ЗНО на ранних стадиях развития, что не всегда удается в амбулаторно-поликлинических учреждениях общей лечебной сети. Здесь следует постоянно повышать эффективность профилактических осмотров населения, исключить дефекты в организации диспансерного наблюдения за лицами с хроническими и предопухолевыми заболеваниями толстого кишечника. Высокий уровень онкологической настороженности врачей основных клинических специальностей, а также повышение медицинской грамотности населения позволит существенно улучшить основные показатели качественной медицинской помощи больным с ЗНО толстого кишечника и, в частности, ободочной кишки.

Выводы

1. Анализ основных статистических показателей заболеваемости и смертности от ЗНО ободочной кишки в отдельном регионе РФ позволяет сделать выводы о неблагоприятных тенденциях их динамики на протяжении последних двух десятилетий, что может свидетельствовать о серьезном неблагополучии в формировании здоровья населения Амурской области.
2. Ситуация в оценке состояния толстого кишечника характеризуется относительно высоким и постоянно увеличивающимся уровнем стандартизованных показателей заболеваемости и смертности от ЗНО ободочной кишки, недостаточным уровнем выявления ранних стадий ЗНО и высокими показателями запущенности у данной категории больных.
3. Основная роль в работе всех лечебно-профилактических учреждений области должна принадлежать продолжению разработок современных методологических подходов к раннему выявлению фоновой патологии, предраковых состояний, раннего рака и внедрений новейших технологий в диагностику и лечение ЗНО толстого кишечника.
4. Необходимым условием улучшения медицинской помощи онкологическим больным, в том числе с ЗНО толстого кишечника в целом и ободочной кишки в частности, на территории Амурской области остается выполнение основных приоритетных направлений в развитии онкологической службы, учитывающих подготовку кадров, улучшение материально-технической базы лечебно-профилактических учреждений, соблюдение принципа поэтапного

оказания диагностической и лечебной помощи, обеспечение преемственности и эффективности работы подразделений каждого уровня.

Литература / References

1. Амурский статистический ежегодник 2015: статистический сборник. Благовещенск: Амурстат, 2015. 564 с. Amur Statistical Yearbook 2015. Blagoveshchensk: Amurstat, 2015. 564 p.
2. Амурский статистический ежегодник 2016: статистический сборник. Благовещенск: Амурстат, 2016. 568 с. Amur Statistical Yearbook 2016. Blagoveshchensk: Amurstat, 2016. 568 p.
3. Гордиенко В.П., Вахненко А.А., Сапегина О.В., Ролько Е.М. Основные направления совершенствования медицинской помощи онкологическим больным в современных социально-экономических условиях отдельно взятого региона // Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание]. 2014. № 3. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/568/30/lung.ru/> (дата обращения: 17.01.2017). Gordienko V.P., Vakhnenko A.A., Sapagina O.V., Rolko E.M. The basic directions for improving medical care to cancer patients under current socio-economic conditions in a given region // Sotsialnye aspekty zdorovya naseleniya [serial online]. 2014. No. 3. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/568/30/lung.ru/> (date of access: 17.01.2017).
4. Злокачественные новообразования в России в 2015 году (заболеваемость и смертность) / под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2017. 250 с. Malignant neoplasms in Russia in 2015 (morbidity and mortality) / A.D. Kaprin, V.V. Starinsky, G.V. Petrova [eds]. Moscow, 2017. 250 p.
5. Злокачественные новообразования в России в 2016 году (заболеваемость и смертность) / под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2018. 250 с. Malignant neoplasms in Russia in 2016 (morbidity and mortality) / A.D. Kaprin, V.V. Starinsky, G.V. Petrova [eds]. Moscow, 2018. 250 p.
6. Мерабишвили В.М. Онкологическая статистика (традиционные методы, новые информационные технологии): руководство для врачей. СПб.: НИИ онкологии имени Н.Н. Петрова, 2011. Ч. 1. 224 с. Merabishvili V.M. Cancer statistics (traditional methods, new information technologies): A guide for physicians. St. Petersburg, 2011. Part 1. 224 p.
7. Петрова Г.В., Каприн А.Д., Грецова О.П., Старинский В.В. Злокачественные новообразования в России: обзор статистической информации за 1993–2013 гг. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2015. 511 с. Petrova G.V., Kaprin A.D., Gretsova O.P., Starinsky V.V. Malignant neoplasms in Russia: Review of statistical information for 1993–2013. Moscow, 2015. 511 p.
8. Состояние онкологической помощи населению России в 2015 году / под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2016. 236 с. Status of cancer care to the population of Russia in 2015 / A.D. Kaprin, V.V. Starinsky, G.V. Petrova [eds]. Moscow, 2016. 236 p.
9. Состояние онкологической помощи населению России в 2016 году / под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2017. 236 с. Status of cancer care to the population of Russia in 2016 / A.D. Kaprin, V.V. Starinsky, G.V. Petrova [eds]. Moscow, 2017. 236 p.
10. Тенденции и динамика загрязнения природной среды Российской Федерации на рубеже XX–XXI веков / под ред. А. Израэля. М.: Федеральная служба по гидрометеорологии и мониторингу окружающей среды, 2007. 65 с.

- Trends and dynamics of environmental pollution of the Russian Federation at the turn of XX–XXI centuries / ed. by A. Israel. Moscow: The Federal service for hydrometeorology and monitoring of environment, 2007. 65 p.
11. Чиссов В.И., Старинский В.В., Ременник Л.В. Состояние онкологической помощи населению России в 1998 году. М., 1998. 167 с. Chissov V.I., Starinsky V.V., Remennik L.V. State of oncologic aid to the population of Russia in 1998. M., 1998. 167 p.
 12. Boyle P., Leon M.E. Epidemiology of colorectal cancer // Brit. Med. Bull. 2002. Vol. 64. P. 125.
 13. Labianca R., Nordlinger B., Beretta G.D. [et al.]. Early colon cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up // Annals of Oncology. 2013. Vol. 24 (Suppl. 6). P. vi64–vi72.
 14. Quah H.M., Joseph R., Schrag D. [et al.]. Young age influences treatment but not outcome of colon cancer // Ann. Surg. Oncol. 2007. Vol. 14, No. 10. P. 2759–2765.

Поступила в редакцию 11.01.2018.

EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF COLORECTAL CANCER IN THE POPULATION OF THE AMUR REGION

V.P. Gordienko¹, O.V. Loginova²

¹ Amur State Medical Academy (95 Gorkogo St. Blagoveshchensk 675000 Russian Federation), ² Amur Regional Oncologic Dispensary (110 October St. Blagoveshchensk 675000 Russian Federation)

Objective. Over the past decades, the country has not improved the basic indicators of medical care for cancer patients, which determines the relevance of the problem and the appropriateness of a multifaceted approach to its solution, with a comprehensive analysis of a number of information bases, including data on the territorial and temporal features of oncological pathology that are the basis for studying the epidemiology of malignant neoplasms of the large intestine (colon) in a particular area. The purpose of this study was a scientific assessment of the main indicators of morbidity and mortality from colon cancer in a single region of the Russian Federation.

Methods. In the process of work, morbidity and mortality indicators, reporting forms of statistical recording of cancer patients and re-glamuting documents of higher organizations were used. The data of twenty-year observations on the dynamics of changes in the numerical values of the parameters of the studied pathology were processed.

Results. The basic indicators of provision of medical care to the population with cancer of the colon in the Amur region, where there is a constant increase of morbidity and mortality from this disease. It is revealed that maximum number of cases falls in older age groups. In dynamics tracked the number of patients with the initial manifestations of the disease, with a slight decrease in their advanced stages of the disease. Increased activity of identifying patients with a significant reduction in mortality in the first year since diagnosis. Against the background of a number of positive aspects in the Oncology service noted a significant increase in mortality. Indicate the quality of the service activities the index of reliability of the accounting of this category of patients that is traditionally comparable to other regions of the country. The results of the study recommended by the authors for use in the practice of Oncology service region in the development priorities targeted health, social and economic programs.

Conclusions. Despite the great work of scientific institutions and bodies of practical health care of the Amur region, aimed at reducing morbidity and mortality from malignant neoplasms, their level is still high with a trend annual increase of statistical indicators.

Keywords: malignant neoplasms of the colon, morbidity, mortality, statistical analysis