

УДК 618.19-006.6 (470.11)

ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

© 2004 г. А. В. Красильников, Т. Р. Жданова,
М. Ю. Кордумов, Л. А. Заросликова

Областной клинический онкологический диспансер, г. Архангельск

Злокачественные новообразования являются для России в начале XXI века одной из важнейших медико-социальных проблем с выраженным влиянием на экономику общества, его здоровье и качество жизни. В последние годы ученые, занимающиеся вопросами эпидемиологии злокачественных новообразований, уверенно говорят о тенденции к росту показателя заболеваемости. В настоящее время совершенно определенно отмечен рост заболеваемости раком органов дыхания, гемобластозами и, особенно, раком молочных желез. Рак молочной железы (РМЖ) встречается в различные периоды жизни у 15,0—20,0 % женщин земного шара [2].

Важность рассматриваемой проблемы определяется большим удельным весом числа больных РМЖ среди всех больных со злокачественными новообразованиями различной локализации, высокой распространенностью болезни в возрастных группах старше 35 лет, быстро прогрессирующим течением, приводящим к снижению качества жизни больной, потери трудоспособности, инвалидизации и преждевременной смерти. Особую значимость в сложившихся условиях приобретает проведение мероприятий по диагностике ранних стадий болезни, которые должен проводить врач любой специальности с последующим своевременным и комплексным лечением и динамическим наблюдением больных в специализированных медицинских учреждениях — диспансерах.

Мы изучили динамику заболеваемости по классу злокачественных новообразований различных локализаций, в том числе рака молочной железы, по материалу обращаемости в лечебно-профилактические учреждения Архангельской области — крупного центра Северо-Западного региона России. Особенности заболеваемости раком молочных желез и отдаленные результаты лечения были проанализированы по материалам обращаемости пациенток в хирургическое отделение № 2 Архангельского областного клинического онкологического диспансера (АОКОД).

За изучаемый период времени (1980—1998 гг.) была выявлена тенденция к росту заболеваемости по классу злокачественных новообразований среди взрослого населения как в абсолютных, так и в относительных числах: в 1980 году интенсивный показатель составил 225 на 100 тыс. человек, в 1998-м — 269. При этом заболеваемость по Архангельской области была несколько ниже, чем по Российской Федерации (например, в 1998 году этот показатель составил 269 на 100 тыс. человек по Архангельской области против 282 по РФ).

Сравнение интенсивного показателя заболеваемости злокачественными новообразованиями на территории Российской Федерации и Архангельской области показал: прирост заболеваемости за 18 лет был несколько выше по Российской Федерации, но при расчете уравнений полиномиального тренда динамических рядов отмечался наиболее выраженный подъем заболеваемости злокачественными новообразованиями в Архангельской области (табл. 1).

В статье на основе анализа официальных документов рассматриваются особенности заболеваемости раком молочной железы (РМЖ) в Архангельской области в динамике за 20 лет (1980—2000). Проанализированы данные о смертности от РМЖ с оценкой 5-летней выживаемости в зависимости от стадии заболевания, представлены отдаленные результаты лечения РМЖ в зависимости от стадии заболевания и методов лечения.

Ключевые слова: рак молочной железы, заболеваемость, смертность.

Таблица 1
Динамика заболеваемости по классу новообразований в Российской Федерации и Архангельской области на 100 тыс. населения (1980—1998 гг.)

В структуре заболеваемости по локализации выявленных злокачественных новообразований первое место у женщин занимает рак молочной железы. Доля числа больных с указанной локализацией рака составила в 2000 году 19,7 % случаев от всех злокачественных новообразований по России и 15,6 % случаев — по Архангельской области.

Анализ динамического ряда заболеваемости РМЖ, представленный в табл. 2, свидетельствует о росте численности больных. Уравнение линейного тренда ($y = 2,2x + 11$, при достоверности аппроксимации $R^2 = 0,97$) подтверждает неуклонное увеличение численности первичных случаев РМЖ. Рассчитанные на основе базовых динамических рядов линейные уравнения регрессии, а также трендовые модели прогноза заболеваемости РМЖ до 2005 года свидетельствуют о ее росте в ближайшие годы.

За период 1980—2000 годов прирост интенсивного показателя первичных случаев РМЖ в расчете на все население Архангельской области составил 65,0 %. Более достоверно отражает ситуацию по заболеваемости РМЖ интенсивный показатель в расчете на женское население Архангельской области, представленный в табл. 2. Прирост этого показателя соответствовал 84,0 %.

Таблица 2
Заболеваемость раком молочной железы в Архангельской области на 100 тыс. населения (1980—1998 гг.)

Заболеваемость РМЖ	Годы					
	1980	1990	1995	1997	1998	2000
Всего населения	13	15	18	21	21,5	24
Женского населения	25	29	35	41	42	46,7

Сравнение показателей заболеваемости РМЖ по России и Архангельской области выявило, что в 2000 году уровень ее составил 35,5 и 46,7 на 100 тыс. женщин соответственно. В Архангельской области с 1990 по 2000 год количество случаев РМЖ у женщин увеличилось на 53,0 %, по России — на 42,0 %.

Нами были выявлены различия в уровне заболеваемости РМЖ среди городского и сельского населения Архангельской области.

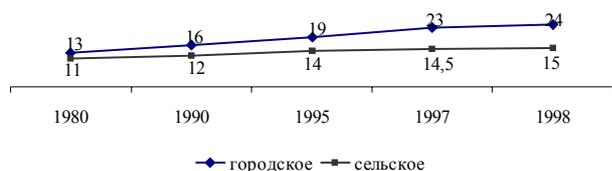


Рис. 1. Динамика заболеваемости раком молочной железы городского и сельского населения Архангельской области (1989—1998 гг.) на 100 тыс. человек

Данные, представленные на рис. 1, свидетельствуют о преобладании роста численности больных РМЖ среди городского населения, что отражает тенденцию, общую для всех развитых стран мира. Количество случаев РМЖ у городского населения Архангельской области увеличилось с 1980 по 1998 год на 85,0 %, у сельского населения — на 36,0 %. Общеизвестно, что группами повышенного риска РМЖ являются женщины высокого социально-экономического статуса старше 40 лет, бездетные или с небольшим количеством детей. В условиях нашей страны женщины, относящиеся к группе риска, проживают чаще в городах.

С учетом того факта, что наиболее высокий уровень первичных случаев заболеваемости РМЖ отмечен среди городского населения, нами была проведена сравнительная оценка заболеваемости в крупных городах Архангельской области.

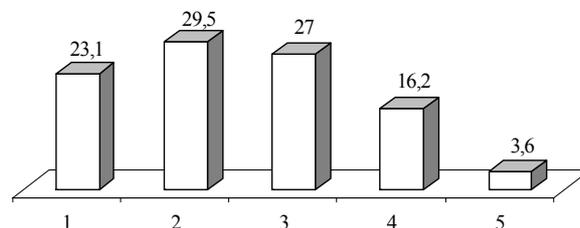
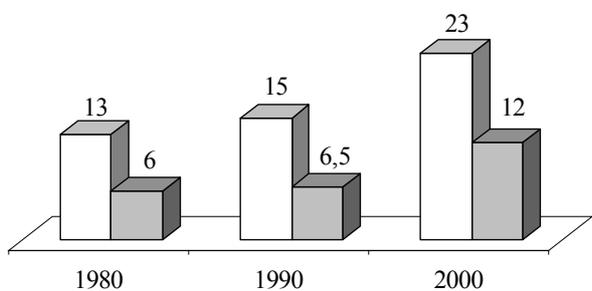


Рис. 2. Сравнительная характеристика заболеваемости раком молочной железы на 100 тыс. человек: 1 — г. Архангельск, 2 — г. Северодвинск, 3 — г. Коряжма, 4 — г. Новодвинск, 5 — г. Котлас

По данным, представленным на рис. 2, максимальный уровень заболеваемости РМЖ регистрировался в Северодвинске (29,5 на 100 тыс. человек) и Коряжме (27,0 на 100 тыс. человек). За период с 1980 по 1998 год показатель заболеваемости РМЖ увеличился в Коряжме в 3 раза (с 9,0 до 27,0 на 100 тыс. населения). В Архангельске и Северодвинске за изучаемый период времени рост показателя отмечался в 2 раза: с 10,8 до 23,1 и с 14,0 до 29,5 на 100 тыс. человек соответственно. Анализ интенсивных показателей первичных случаев РМЖ в районах Архангельской области показал максимальный уровень в Шенкурском (37,0 на 100 тыс. человек), Вельском (26,9), Ленском (24,5) и Холмогорском (24,9) районе. Вызывает серьезную тревогу тот факт, что резко возросла заболеваемость в таких неблагополучных в экологическом плане районах, как Плесецкий, Мезенский и Онежский. Численность первичных случаев заболевания РМЖ в указанных районах увеличилась в 2—3 раза за последние четыре года.

Анализ данных хирургического отделения № 2 АОКОД предоставил возможность выделить возрастную группу женщин 45—60 лет с наиболее частой встречаемостью злокачественных новообразований молочной железы; их доля в структуре заболеваемости РМЖ составила 73,0 %. Но необходимо отметить, что в последнее время участились первичные случаи РМЖ у женщин в возрасте до 40 лет (5,0 %) и старше 70 лет (22,0 %).

Большой интерес представляют данные анализа динамики смертности от РМЖ. За рассматриваемый период времени (1980—2000 гг.) выявлена тенденция к увеличению ежегодного количества смертей женщин от РМЖ с увеличением относительного показателя смертности в 2 раза (рис. 3). Высокий уровень смертности от РМЖ в Архангельской области отмечался за последние десять лет в Няндомском, Плесецком, Холмогорском районах. В указанных районах число случаев смерти от РМЖ увеличилось в 5 раз: интенсивный показатель с 2,8 на 100 тыс. населения в 1990 году достиг уровня 14,3 на 100 тыс. в 2000-м. В городах Архангельской области также выявлен рост относительного показателя смертности от РМЖ в 4—5 раз. В Архангельске увеличение показателя отмечено с 3,4 на 100 тыс. населения в 1990 году до 13,9 в 2000-м. В Новодвинске — с 2,0 на 100 тыс. населения в 1990 году до 10,0 в 2000-м.



сти. Проведение гинекологами профилактических осмотров молочной железы у женщин способствовало увеличению доли активного выявления РМЖ до 14,0 %, но тем не менее, несмотря на положительные результаты по улучшению выявляемости ранних стадий болезни, у 22,0 % больных рак молочной железы был диагностирован на третьей и четвертой стадии процесса.

Нами были изучены за 15 лет (1983—1997) причины поздней диагностики злокачественных новообразований молочных желез по материалам 344 протоколов хирургического отделения № 2 АОКОД.

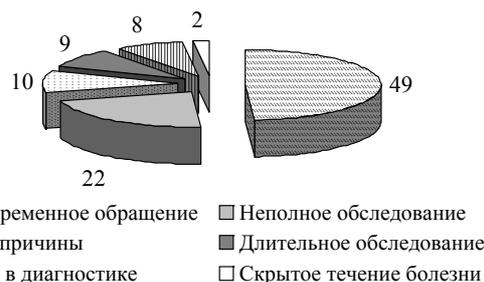


Рис. 4. Структура причин поздней диагностики рака молочной железы в Архангельской области, 2000 год, %

Наибольшая доля (49,0 %) в структуре причин поздней диагностики РМЖ (рис. 4) принадлежит несвоевременному обращению больных по поводу заболевания. Данная причина поздней диагностики РМЖ обусловлена, на наш взгляд, недостаточно проводимой профилактической работой в лечебных учреждениях области и отсутствием организации санитарного просвещения населения. Неполное или длительное обследование больных и ошибки в диагностике РМЖ составили 39,0 %. Указанные причины позднего выявления заболевания свидетельствуют, по нашему мнению, об отсутствии эффективной организации диагностики в лечебно-профилактических учреждениях области.

При оценке структуры качества медицинской помощи отмечалась неоднородность в обеспечении кадрами и в комплектовании медицинским оборудованием сельского здравоохранения. Система оказания медицинской помощи в большинстве районов области представлена главным образом учреждениями небольшой мощности, в 80,4 % которых оказывалась общеврачебная помощь. В учреждениях сельского здравоохранения, где оказывалась медицинская помощь почти половине (43,9 %) населения области, установлено менее трети необходимого оборудования. В частности, доля оборудования составила 29,4 % от потребности при давности приобретения 55,2 % оборудования более 15 лет. При этом отсутствовала личная ответственность руководителя административного образования за системой профилактических мероприятий по выявлению социально значимого заболевания, которым является РМЖ. Отсутствовала и четкая организация профилактических осмотров.

Несомненно, вышеуказанные причины поздней выявляемости РМЖ не только влияют на качество

Рис. 3. Динамика заболеваемости и смертности от рака молочной железы в Архангельской области на 100 тыс. человек

Одной из основных причин высокой смертности от РМЖ в области следует признать позднюю диагностику заболевания. Так, в Архангельской области в 2001 году было впервые выявлено 363 больных РМЖ, из них заболевание диагностировано на первой стадии у 25 больных (9,4 %), на второй стадии — у 182 (68,6 %), на третьей стадии — у 44 (16,6 %) и на четвертой стадии — у 14 (5,4 %) больных. Ретроспективный анализ за последние двадцать лет (1981—2001) данных хирургического отделения № 2 АОКОД показал увеличение случаев диагностики ранних стадий заболевания. Удельный вес больных с первой стадией РМЖ вырос в 2 раза: с 4,0 до 9,4 %. Доля больных, у которых РМЖ диагностирован во второй стадии, увеличилась в 4 раза: с 19,0 до 68,6 %. Как следствие, число больных с третьей стадией РМЖ уменьшилось в 3 раза. В 1981 году доля больных с этой стадией болезни составила 51,5 %, а 2001-м — 16,6 %. Численность больных с четвертой стадией РМЖ снизилась в 4,7 раза: в 1981 году доля больных с этой стадией болезни соответствовала 25,5 %, а 2001-м — 5,4 %. Необходимо отметить, что изменению структуры РМЖ с увеличением доли ранних форм болезни способствовала совместная работа врачей-маммологов АОКОД и врачей-гинекологов, работающих в лечебно-профилактических учреждениях обла-

диагностики заболевания, но и повышают уровень смертности.

Анализ данных о выживаемости больных РМЖ показал, что пятилетняя выживаемость составила 64,0 %, причем прослеживалась четкая зависимость показателя пятилетней выживаемости больных РМЖ от стадии процесса. При выявлении заболевания в первой стадии процесса этот показатель соответствовал 96,0 %, а во второй и третьей — 72,0 и 45,0 % соответственно.

Все лечебные мероприятия при РМЖ разделяются по воздействию на местные (операция, лучевая терапия) и системные (химиотерапия, гормонотерапия, иммунотерапия). Нами были изучены отдаленные результаты лечения рака молочной железы в зависимости от стадии заболевания и методов лечения.

Таблица 3

Десятилетняя выживаемость больных раком молочной железы в зависимости от стадии заболевания и методов лечения, %

Метод лечения	Стадия заболевания			Все больные
	1	2	3	
Хирургический	92,0	—	—	92,0
Комбинированный	83,0	53,0	50,0	59,0
Комплексный	82,0	47,0	49,0	53,0
Хирургический в сочетании с химиотерапией	100,0	57,0	25,0	65,0
Итого	89,0	50,0	47,0	59,0

Примечание. Комбинированная терапия включала проведение хирургического и лучевого методов лечения, комплексная терапия включала проведение хирургического и лучевого методов и химиотерапевтического лечения.

Оценка отдаленных результатов лечения показала эффективность хирургического метода лечения в сочетании с химиотерапией у больных РМЖ первой и второй стадии процесса (табл. 3). При опухолях молочной железы стадии 3 наиболее целесообразно применение как комбинированного, так и комплексного метода лечения. Но в последние годы прогресс в лечении РМЖ связывается с широким применением комплексного лечения, включающего наряду с местным (оперативно-лучевым) и системные воздействия, такие, как химиотерапия и гормонотерапия [1].

Таким образом, с точки зрения организации здравоохранения наилучшим подходом к лечению РМЖ должна быть его профилактика. Возможности первичной профилактики рака молочной железы, направленной на устранение этиологических факторов, представляется в настоящее время проблематичными. Более реально проводить вторичную профилактику, которая направлена на выявление и лечение предраковых заболеваний и, главное, ранних стадий рака,

включая его преинвазивные формы. Становится все более очевидным, что реальные успехи практической онкологии почти исключительно определяются «удельным весом» ранних форм злокачественных опухолей, их своевременным выявлением и современным адекватным лечением.

Выявленные закономерности в процессе заболеваемости и смертности больных РМЖ являются основой для формирования региональной политики в отношении снижения смертности и предотвращения поздней диагностики изучаемого заболевания. В настоящее время перспективными практическими направлениями помощи больным раком молочной железы признаны разработка и внедрение стандартов диагностики и лечения данной патологии. В сложившихся условиях необходимо объединение усилий заинтересованных служб и ведомств — администрации территории, предприятий и организаций всех форм собственности, органов социальной защиты населения, учреждений здравоохранения, общественных организаций, медицинских ассоциаций, что позволяет эффективнее решать вопросы совершенствования медико-социальной помощи больным РМЖ и тем самым способствовать сохранению качества их жизни.

Список литературы

1. Семиглазов В. Ф. Лечение рака молочной железы / В. Ф. Семиглазов. — СПб., 1993. — 39 с.
2. Резолюция IX Всероссийской научно-практической конференции «Гормонозависимые опухоли», Санкт-Петербург, 1—3 окт. 2002 г. // Вопросы онкологии. — 2003. — № 2. — С. 250—254.

PECULIARITIES OF MAMMARY GLAND CARCINOMA MORBIDITY IN THE ARKHANGELSK REGION

A. V. Krasilnikov, T. R. Zhdanova, M. Yu. Kordumov,
L. A. Zaroslikova

*The Regional Clinical Oncologic Dispensary,
Arkhangelsk*

In the article, the peculiarities of mammary gland carcinoma (MGC) morbidity in dynamics during 20 years (1980—2000) in the Arkhangelsk region are considered on the basis of the official documents analysis. The data about morbidity because of MGC have been analyzed and the evaluation of 5-year survival depending on the disease stage has been given, the distant results of MGC treatment depending on the disease stage and treatment methods have been presented.

Key words: mammary gland carcinoma, morbidity, mortality.