

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА: ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ПРОФИЛАКТИКА И ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВЫЖИВАЕМОСТИ БОЛЬНЫХ

*ГУЗ «Краевой клинический онкологический диспансер»
департамента здравоохранения Краснодарского края,
г. Краснодар, ул. Димитрова, 146. E-mail: kkod@kkod.ru*

В статье рассматриваются показатели заболеваемости, запущенности, одногодичной летальности и смертности от злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта среди населения Краснодарского края в динамике за 7 лет (2002–2008 гг.) в сравнении со среднероссийскими данными. Представлены показатели 7-летней выживаемости больных с данными локализациями опухолей (по базе данных Популяционного ракового регистра Краснодарского края за 2001–2007 гг.).

Ключевые слова: злокачественные новообразования, пищевод, желудок, ободочная и прямая кишка, печень, поджелудочная железа, выживаемость.

A. G. BARISHEV

MALIGNANT TUMORS OF GASTRO-INTESTINE SYSTEM: EPIDEMIOLOGY, PROPHYLAXIS AND SURVIVAL ANALYSIS OF PATIENTS

*GUZ Krasnodar region oncology dispensary state health department of Krasnodar region,
Russia, 350040, Krasnodar, Dimitrova str., 146. E-mail: kkod@kkod.ru*

In the article morbidity, late stage and one-year mortality from gastro-intestine system malignant tumors of Krasnodar region's population in seven-year (2002-2008) dynamic are observed in compare with medical Russian rates. Seven-year survival data of patients with such tumor localizations are presented (according the Population cancer register of Krasnodar region data base of 2001-2007).

Key words: malignant tumor, esophagus, stomach, colon, rectum, pancreas, survival.

Введение

Одной из наиболее актуальных проблем, стоящих перед человечеством, остается распространенность злокачественных новообразований. Анализ заболеваемости и смертности от онкопатологии с учетом регионального аспекта необходим для определения потребности населения в онкологической помощи и повышения эффективности всего комплекса противоопухолевых мероприятий [1].

Злокачественные опухоли пищеварительной системы занимают значительное место в структуре онкологической заболеваемости населения Краснодарского края (около 30%) и относятся к опухолям с относительно неблагоприятным прогнозом. Однако, если заболевание выявлено своевременно (в I–II стадиях) и проведено адекватное лечение, для больного вероятность прожить более 5 лет составляет около 50% [5].

Ведущим фактором риска развития злокачественных новообразований пищеварительной системы является стереотип питания с низким содержанием продуктов, богатых витаминами, – овощей и фруктов. Кроме того, несомненными факторами риска развития злокачественных опухолей пищевода и

поджелудочной железы являются курение и чрезмерное потребление алкоголя [6]. Предполагается, что большое потребление соленой и копченой пищи повышает риск развития злокачественных опухолей желудка. Имеются также основания предполагать, что инфицированность *Helicobacter pilory* ассоциируется с наличием у больных как новообразования желудка, так и его предшественника, хронического атрофического гастрита [4]. Рядом аналитических эпидемиологических исследований показано, что потребление насыщенных жиров и мяса повышает риск злокачественных опухолей ободочной и прямой кишки. Потребление грубоволокнистой пищи и продуктов, содержащих большое количество витаминов, снижает риск этих форм опухолей [3]. Многие исследователи настаивают также на ассоциации между заядлым курением и умеренным увеличением риска развития колоректального рака [8]. Высокая заболеваемость первичным печеночно-клеточным раком печени ассоциируется с инфицированностью вирусом гепатита В. Кроме того, риск развития злокачественной опухоли печени связан с загрязнением пищи афлатоксином. Повышение риска рака печени также связано с алкоголизмом и наличием цирроза печени [7].

Таблица 1

**Заболеваемость населения Краснодарского края
злокачественными новообразованиями пищеварительной системы
в 2002–2008 гг. (на 100 тыс. населения)**

Локализация злокачественных новообразований	Годы							% прироста к 2002 г.
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	
Пищевод	2,9	2,8	3,2	2,9	2,6	3,3	3,2	10,3
Желудок	25,0	27,8	24,3	23,8	24,6	24,5	24,4	-2,4
Ободочная кишка	20,2	20,8	21,0	21,9	21,2	23,4	25,5	26,2
Прямая кишка	16,8	18,4	16,8	17,4	18,3	17,1	19,3	14,9
Печень	6,2	5,8	5,6	6,4	5,5	5,4	6,0	-3,2
Поджелудочная железа	8,1	8,5	8,5	10,3	9,8	11,0	11,0	35,8

Таблица 2

**Удельный вес числа больных, взятых на учет с IV стадией заболевания
(по данным оперативной отчетности, %)**

Годы	Пищевод	Желудок	Печень	Поджелудочная железа	Ободочная кишка	Прямая кишка	Прямая кишка, III, IV ст.
2002	47,5	46,8	78,1	71,2	29,4	23,5	37,0
2003	40,0	46,0	72,6	69,0	30,5	23,0	36,5
2004	41,2	45,8	61,6	58,3	26,9	23,9	37,8
2005	39,4	45,0	59,8	61,5	28,9	21,7	37,2
2006	39,8	51,0	73,9	61,3	29,7	25,5	38,9
2007	42,1	50,0	71,7	59,2	25,9	23,2	36,6
2008	33,3	46,9	71,9	60,9	22,8	22,1	38,6

Таким образом, злокачественные опухоли пищеварительной системы полиэтиологичны в своем возникновении и развитии.

Методика исследования

Нами проведено изучение заболеваемости, запущенности, одногодичной летальности и смертности от злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта среди населения Краснодарского края в 2002–2008 гг. (в сравнении со среднероссийскими данными) и показателей 7-летней выживаемости больных с данными локализациями опухолей (по базе данных Популяционного ракового регистра Краснодарского края за 2001–2007 гг.).

Результаты

В последние годы в РФ отмечается тенденция к росту уровня заболеваемости злокачественными новообразованиями ободочной и прямой кишки, а также снижению заболеваемости онкопатологией желудка и печени [2]. В Краснодарском крае наблюдаются те же тенденции, что и в Российской Федерации в целом, однако еще и заметно вырос уровень заболеваемости злокачественными новообразованиями поджелудочной железы (табл. 1). Как видно из таблицы 1, процент прироста заболеваемости злокачественными новообразованиями ободочной кишки за последние 7 лет составил 26,2, злокачественными новообразованиями прямой кишки – 14,9, поджелудочной железы – 35,8.

Рак пищевода чаще встречается у мужчин, это в основном заболевание людей пожилого возраста. Заболеваемость раком желудка у мужчин выше, чем у женщин, в среднем в 1,5–1,8 раза. Максимальные значения заболеваемости приходятся у мужчин на возраст 60–69 лет, у женщин – на 65–69 лет. До 25 лет случаи заболевания раком желудка единичны. В возрасте 45–59 лет заболеваемость раком ободочной кишки выше у женщин, в более старших возрастных группах – у мужчин. У обоих полов пик заболеваемости наблюдается в возрасте 65–69 лет. В этой же возрастной группе за последние 7 лет отмечается значительный прирост заболеваемости. Максимальные значения заболеваемости раком прямой кишки у мужчин и женщин приходятся на 65–69 лет. У мужчин показатели заболеваемости несколько выше, однако случаи заболевания раком прямой кишки у женщин начинают регистрироваться с 20-летнего возраста (единичные и раньше), а у мужчин на 5 лет позже. При анализе возрастного и полового распределения заболеваемости раком печени отмечен резкий скачок показателя заболеваемости данной онкопатологией в возрастной группе 65–69 лет как среди мужчин, так и среди женщин. У мужчин заболеваемость регистрируется с 35-летнего возраста, у женщин – с 40-летнего. Спорадические случаи заболеваемости встречаются у лиц обоих полов с 15-летнего возраста. Раком поджелудочной железы болеют в основном лица старше 50 лет, хотя отмечаются случаи заболеваний среди подростков. Показатели

Одногодичная летальность в 2002–2008 гг. (%)

Локализация	Годы						
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Пищевод	47,0	56,0	73,3	51,3	38,0	51,6	51,3
Желудок	42,4	51,7	38,9	41,4	43,0	41,5	45,3
Ободочная кишка	30,0	26,7	26,4	25,2	22,5	20,9	22,7
Прямая кишка	27,6	29,0	23,9	22,2	24,4	23,2	24,0
Печень	71,6	80,1	81,6	71,4	79,6	73,1	78,4
Поджелудочная железа	68,6	76,9	76,3	67,8	73,3	65,8	67,1

заболеваемости несколько выше у мужчин, чем у женщин, во всех возрастных группах. Пик заболеваемости приходится на возрастной интервал 65–69 лет как среди мужчин, так и среди женщин.

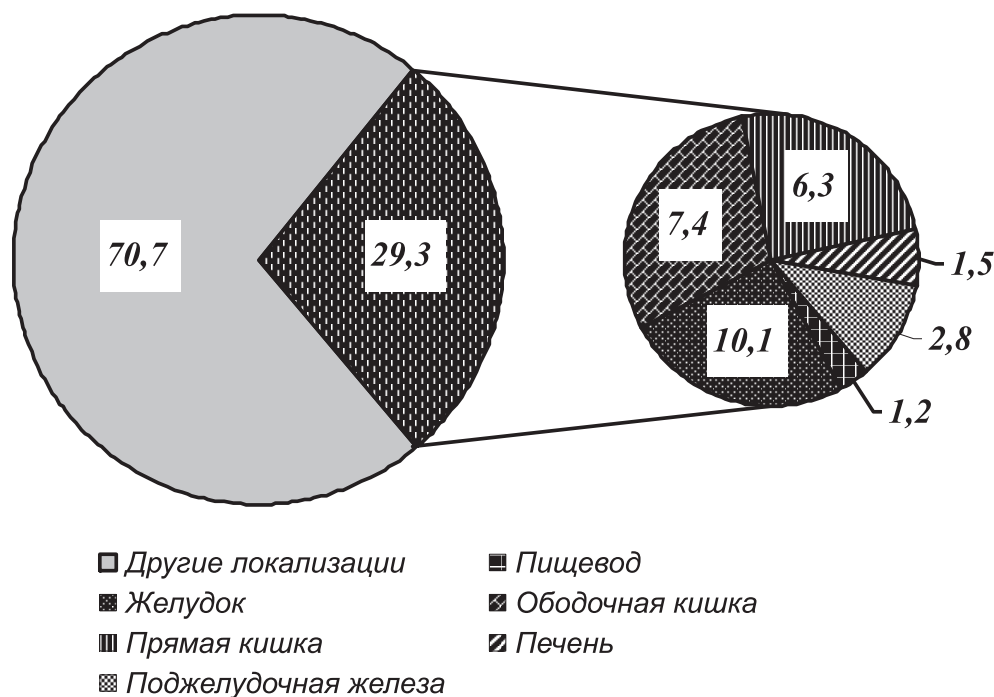
Одним из основных критериев оценки диагностического компонента помощи онкологическим больным в учреждениях общей лечебной сети является показатель запущенности (табл. 2).

Следует обратить внимание на тот факт, что очень высок удельный вес числа больных, взятых на учет в IV стадии заболевания, почти по всем локализациям опухолей пищеварительной системы.

Доля лиц с диагнозом, установленным в запущенной стадии, чрезвычайно высока при злокачественных новообразованиях печени и поджелудочной железы: от 60 до 72% пациентов выявляются в инкурабельном состоянии. При патологии желудка и пищевода показатель запущенности несколько ниже, но тоже достаточно высок: 40–50% пациентов выявляются в неоперабельном состоянии. При раке ободочной кишки запущенные случаи составляют 1/4 от всех пациентов.

Хочется обратить внимание на высокий показатель запущенности при раке прямой кишки – 36,6%. Это опухоль визуально обозримой локализации, для постановки диагноза которой не требуется сложных или дорогостоящих методов обследования. Высокий процент первичной запущенности по всем локализациям злокачественных опухолей желудочно-кишечного тракта свидетельствует, с одной стороны, о низкой онкологической настороженности практических врачей общей лечебной сети, а с другой – об отсутствии налаженной истемы диспансеризации больных с предопухоловой патологией.

Уровень одногодичной летальности при раке печени самый высокий из всех рассматриваемых злокачественных новообразований (табл. 3). На втором месте находится одногодичная летальность при опухолях поджелудочной железы. К сожалению, как в целом по стране, так и в Краснодарском крае сохраняются высокие показатели одногодичной летальности при злокачественных новообразованиях пищевода и желудка. Однако обращает на себя внимание значительное



Доля злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта в структуре онкологической смертности населения края в 2008 г. (%)

снижение этого показателя за прошедшие 7 лет по всем нозологиям, кроме рака печени и желудка.

В последние годы в Российской Федерации отмечается тенденция к росту уровня смертности от злокачественных новообразований ободочной, прямой кишки и поджелудочной железы. Снижение смертности за последние годы наблюдается при онкопатологии пищевода и желудка [2].

В Краснодарском крае за последние 7 лет смертность от злокачественных новообразований ободочной кишки возросла наиболее значительно – на 24%, а при заболеваниях печени несколько снизилась (на 4,7%). Также как и в Российской Федерации, в Краснодарском крае наблюдается рост смертности от онкопатологии прямой кишки и поджелудочной железы (на 14,8 и 24% соответственно).

В структуре смертности среди всех злокачественных новообразований у населения доля онкопатологии желудочно-кишечного тракта составляет 29,3% (рисунок).

Наиболее объективным критерием оценки эффективности организации онкологической помощи больным является показатель выживаемости, исчисленный на популяционном уровне. При его расчете четко проявляется значимость отдельных факторов риска, таких как пол, возраст, стадия заболевания, гистологический тип опухоли, тип лечебного учреждения, и ряда других [4].

Нижеприведенные показатели выживаемости при разных локализациях опухолей желудочно-кишечного тракта свидетельствуют о высокой значимости диагностики онкологических заболеваний в ранних стадиях.

Наихудшие показатели 7-летней выживаемости среди всех злокачественных опухолей пищеварительной системы отмечены при раке пищевода: 0,7 + 1,0% (из 151 пациента, взятого на учет в 2001 г. с диагнозом «рак пищевода» всего 1 человек был жив к началу 2008 г.).

Отдаленные результаты хирургического лечения рака желудка зависят от стадии заболевания, т. е. своевременности начатого лечения. Эта истина еще раз нашла свое подтверждение в показателях 7-летней выживаемости пациентов с раком желудка. При I стадии показатели наблюдаемой выживаемости составили 71,6%, при IV – 16,6%. При этом показатели наблюдаемой выживаемости мужчин и женщин отличаются незначительно: у мужчин 7-летняя выживаемость – 33,4%, у женщин – 34,8%. Показатели скорректированной выживаемости при раке желудка не отличаются от показателей наблюдаемой выживаемости, что еще раз подтверждает факт высокого уровня смертности от этой онкопатологии. При сравнении показателей выживаемости у мужчин и женщин по стадиям опухолевого процесса значимых различий не выявлено. В динамике за 7 лет отмечается улучшение показателей однолетней выживаемости среди мужчин (с 48,5% в 2001 г. до 51,8% в 2007 г.), а среди женщин – ухудшение (с 49,2% в 2001 г. до 47,9% в 2007 г.).

Отдаленные результаты лечения больных ранними стадиями рака ободочной кишки относительно удовлетворительные. При опухолях, ограниченных слизистой оболочкой, 7-летняя наблюдаемая выживаемость достигает 72,3%, при II стадии этот показатель снижается до 65,4%. При III стадии с метастазами в лимфатические узлы 7-летняя выживаемость составляет 52,0%. При IV стадии – 21,1%. При сравнении показателей выживаемости мужчин и женщин при раке ободочной кишки по стадиям опухолевого процесса, как и при раке желудка, значимых различий не выявлено. Показатели

скорректированной выживаемости при раке ободочной кишки не отличаются от показателей наблюдаемой выживаемости, что говорит о значительном уровне смертности от этой локализации рака.

Прогноз при раке прямой кишки зависит от стадии заболевания, гистологического строения опухоли, наличия или отсутствия метастазов в регионарных лимфатических узлах, а также радикализма выполненного вмешательства. При I стадии 7-летняя наблюдаемая выживаемость составила у мужчин – 40,0%, у женщин – 55,5%, при IV стадии у мужчин – 26,3%, у женщин – 31,3%. При сравнении показателей выживаемости мужчин и женщин при раке прямой кишки по стадиям опухолевого процесса при всех стадиях выживаемость женщин на 5–10% выше, чем у мужчин.

Прогноз при первичном раке печени (даже после хирургического лечения) неблагоприятный. 7-летняя наблюдаемая выживаемость составила к началу 2008 г. 0,6%, т. е. из 330 больных с впервые зарегистрированным в 2001 г. диагнозом злокачественного новообразования печени к началу 2008 г. живы только 2 человека. Одним из факторов, влияющих на уровень показателей выживаемости при раке печени, является выявление этой патологии преимущественно при IV стадии процесса, когда специальное лечение, не говоря уже о радикальном, невозможно. Несмотря на то что уровень выживаемости низкий как у мужчин, так и у женщин, у женщин показатели 7-летней наблюдаемой выживаемости во II стадии лучше, чем у мужчин: 0,0% у мужчин против 11,1% у женщин. При этом в III и IV стадиях на 7-м году наблюдения выживаемость составила 2,9 и 0,0% соответственно, 7-летняя выживаемость у мужчин в III стадии – 5,3%, а среди женщин даже трехлетнего рубежа не пережил никто. Показатели скорректированной выживаемости при раке печени не отличаются от показателей наблюдаемой выживаемости, что еще раз подтверждает факт высокого уровня смертности от данного заболевания и незначительное влияние неонкологических причин на смертность в группе лиц, страдающих раком печени.

Прогноз заболевания при раке поджелудочной железы неблагоприятный, т. к., как правило, диагноз рака устанавливается после появления клинических признаков, в запущенной стадии. Поэтому 7-летняя наблюдаемая выживаемость в 2007 г. составила 1,8%.

Для улучшения показателей выживаемости при злокачественных новообразованиях пищеварительного тракта надо добиться увеличения числа больных, которым диагноз поставлен в начальных стадиях заболевания. Для этого необходимо не только наличие квалифицированных специалистов в учреждениях общей лечебной сети, знающих симптомы предопухолевой патологии и онкозаболеваний, но и осуществление качественной и своевременной диспансеризации населения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Голева О. П., Вяльцин С. В., Вильгельм А. В. Заболеваемость населения Ханты-Мансийского автономного округа злокачественными новообразованиями // Здравоохранение Российской Федерации. – 2008. – № 2. – С. 47–49.
2. Злокачественные новообразования в России в 2007 году (заболеваемость и смертность) / Под ред. В. И. Чиссова, В. В. Старинского, Г. В. Петровой. – М., 2009. – 244 с.
3. Имянитов Е. Н. Клинико-молекулярные аспекты колоректального рака: этиопатогенез, профилактика, индивидуализация лечения // Практическая онкология. – 2005. – № 2. – Том 6. – С. 65–70.

4. Мерабишвили В. М. Рак желудка: эпидемиология, профилактика, оценка эффективности лечения на популяционном уровне // Практическая онкология. – 2001. – № 3 (7). – С. 3–8.

5. Тесленко Л. Г., Воронова О. А., Цюкур И. В. Онкологическая служба Краснодарского края (2001–2007 гг.). – Краснодар: БК «Группа Б», 2008. – 444 с.

6. Янкин А. В. Рак пищевода: от статистики к диагностике // Практическая онкология. – 2003. – № 2. – Том 4. – С. 61–65.

7. Ярошенко Е. Б., Бурневич Э. З., Мойсюк Я. Г. Роль вирусных гепатитов в развитии гепатоцеллюлярной карциномы // Практическая онкология. – 2008. – № 4. – Том 9. – С. 189–193.

8. Boyle P., Leon M. E. Epidemiology of colorectal cancer // Brit. Med. Bull. – 2002. – Vol. 64. – P. 1–25.

Поступила 26.01.2009

Е. В. БОЛОТОВА

УРОВЕНЬ ЗНАНИЙ ВРАЧЕЙ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ПО РАЗДЕЛУ ПОКАЗАНИЙ К КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИМ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМ

*Кафедра терапии № 1 ФПК и ППС Кубанского государственного медицинского университета,
г. Краснодар, ул. Седина, 4. E-mail: bolotowa_e@mail.ru*

Проведена оценка уровня знаний у врачей первичного звена по разделу показаний к кардиохирургическим вмешательствам. Высокий уровень знаний ($\geq 80\%$) выявлен у 22,6% врачей первичного звена; средний (60–79,9%) – у 57,4%; низкий ($\leq 60\%$) – у 20%. Наибольшее количество правильных ответов дано по показаниям к АКШ – 82,5%; наименьшее – к имплантации ЭКС (56,7%). Доля правильных ответов была наибольшей у врачей со стажем работы от 10 до 15 лет (78,5%), наименьшей – со стажем работы свыше 15 лет (68,8%).

Ключевые слова: врачи первичного звена, уровень знаний, кардиохирургические вмешательства.

E. V. BOLOTOVA

CARDIOVASCULAR SURGERY: THE ASSESSMENT OF COMPETENCE LEVEL IN PANEL PHYSICIANS

*Department of Therapy № 1, Faculty of Advanced Training of Physicians Kuban State Academy of Medicine,
Krasnodar, Sedina, 4. E-mail: bolotowa_e@mail.ru*

The level of competence of panel physicians was estimated in the section "Cardiovascular Surgery". The high level of competence ($\geq 80\%$) was revealed in 22% of panel physicians, satisfactory level of competence (60–79,9%) was revealed in 58%, and poor level ($\leq 60\%$) was seen in 20 of panel physicians. The largest number of correct answers was noted in the section «Indications for Coronary Artery Bypass Grafting» – 82,5%. The worst results were shown in the section «Implantation of a Pacemaker» – 56,7%. Panel physicians who practice for 10–15 years showed the highest rate of correct answers (78,5%). Those who practice 15 years or more showed the poorest results (68,8%).

Key words: Panel physician; questionnaire; indications for cardio-surgical interventions.

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются основной причиной смерти в экономически развитых странах. По прогнозам экспертов, общественное бремя ССЗ будет расти [6, 9]. Имеющиеся данные о непредсказуемых результатах профилактических программ требуют развития эффективных методов лечения ССЗ, из которых основное значение имеют хирургические и интервенционные методы лечения [4, 5]. Результативность системы предоставления высокотехнологичной медицинской помощи населению в значительной степени зависит от должного профессионального взаимодействия всех ее участников, основными из которых на первом этапе являются пациент и врач первичного звена. От уровня знаний врачами первичного звена основных показаний к кардиохирургическому дообследованию и лечению зависит адекватность первичного отбора пациентов на высокотехнологичную медицинскую помощь. По мнению ряда авторов, на принятие решения о направлении на выполнение или отказе

от выполнения кардиохирургического вмешательства влияет множество факторов [1, 2], большинство из которых носят субъективный характер.

Поэтому целью настоящего исследования явилась оценка уровня знания врачей первичного звена по разделу показаний к отдельным видам кардиохирургических вмешательств.

Материалы и методы

Проведено анкетирование врачей первичного звена поликлиник и терапевтических отделений стационаров. В анкетировании приняли участие 411 человек, из них 209 врачей стационаров и 202 – поликлиник. Анкета содержала 57 вопросов по разделам показаний к 5 видам кардиохирургических вмешательств, в том числе к коронарографии – 21 вопрос, аортокоронарному шунтированию (АКШ) – 8, ангиопластике – 4, протезированию клапана при стенозе аорты – 9, имплантации электрокардиостимулятора (ЭКС) – 15. За основу были