

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

У.К. Жумашев

Рассматривается важность ранней диагностики и своевременного выявления онкологических больных среди детского населения Республики Казахстан.

Ключевые слова: злокачественные опухоли; дети; критерии; регионы.

При оценке состояния онкологической службы в различных онкологических организациях существуют определенные показатели противораковой борьбы. Одним из важных показателей деятельности их является вычисление показателей заболеваемости населения злокачественными опухолями и ее отдельных форм. Показатель заболеваемости взаимосвязан с абсолютным числом больных, зарегистрированных в течение года, а также с ранним и своевременным выявлением больных. Своевременное выявление онкологических больных влияет на эффективность диагностики, проводимой и организуемой онкологическими организациями. Для проведения эпидемиологических исследований среди населения, в частности детского, необходима полная информация о числе больных с впервые установленным диагнозом злокачественных опухолей. Однако при жизни не всегда удается выявить всех заболевших злокачественными опухолями. К ним относятся лица, страдающие опухолями внутренних органов, которые сложно выявить своевременно. У таких пациентов диагноз чаще устанавливается посмертно. Основной критерий оценки состояния онкологической служ-

бы – показатель заболеваемости злокачественными опухолями прижизненно зарегистрированных и посмертно учтенных по полу и среди городских и сельских жителей. Также отдельно учитывается удельный вес зарегистрированных посмертно в динамике за несколько лет.

Регистрация посмертно учтенных больных является одним из важных компонентов не только для вычисления показателей заболеваемости, но и смертности от злокачественных опухолей. Такой учет позволил бы получить более полную и достоверную информацию о заболеваниях, выявить их частоту и распространенность. Посмертно учтенные случаи злокачественных опухолей в сумме с первично выявленными заболеваниями при вычислении показателей заболеваемости и смертности в среднем за несколько лет позволят в улучшить учет и диагностику заболеваемости злокачественными опухолями.

Данный компонент организации онкологической службы в различных регионах был неодинаковым. Так, из всех умерших, не состоявших на учете в онкологических учреждениях, отмечено 3,7 %. Этот показатель колебался в различных ре-

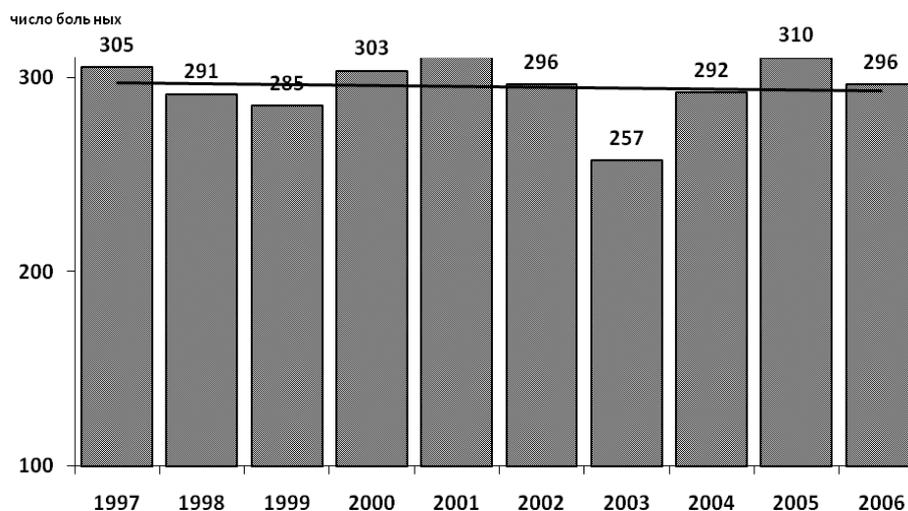


Рисунок 1 – Динамика абсолютного числа больных злокачественными опухолями среди детского населения Республики Казахстан (1997–2006 гг.)

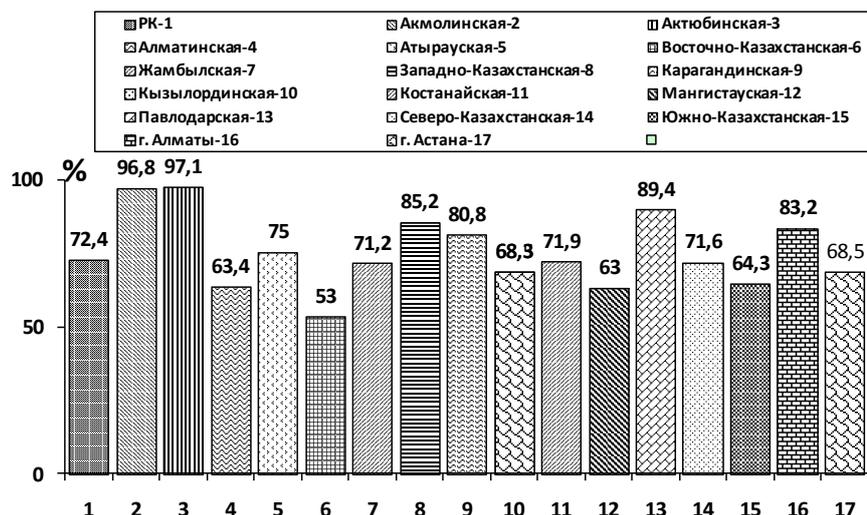


Рисунок 2 – Среднегодовые экстенсивные показатели морфологической верификации злокачественных опухолей среди детского населения по областям Республики Казахстан (1997–2006 гг.)

гионах СНГ от 0,5–1,2 % (Грузия, Москва, Белоруссия, Узбекистан) до 5,3–5,8 % (Кыргызстан, Таджикистан, Азербайджан, Эстония). Диагноз установлен посмертно у 3,9 % умерших больных, не состоявших при жизни на учете [1].

Материалы и методы исследования. Использованы данные 2951 больных детей за 1997–2006 гг. с применением общепринятых методов санитарной статистики: вычислением средней арифметической величины (M), средней ошибки (m), достоверности (p), а также 95 %-ного доверительного интервала ($ДИ = M \pm 1,96 \cdot m$) и др. [2, 3].

Результаты исследования и обсуждение. За 1997–2006 гг. в Казахстане зарегистрирован 2951 ребенок со злокачественными опухолями. В динамике абсолютное число больных имели тенденции к снижению с 305 детей – в 1997 г. до 296 – в 2006. При этом тренд снижения числа больных составил ($T = -0,4\%$) (рисунок 1).

Морфологическая верификация опухолей у детей в целом по Казахстану составила $72,4 \pm 2,6\%$. Эти показатели по областям были очень высокими: в Акмолинской ($96,7 \pm 1,7\%$), Актюбинской ($97,1 \pm 1,6\%$), Павлодарской ($89,4 \pm 2,2\%$),

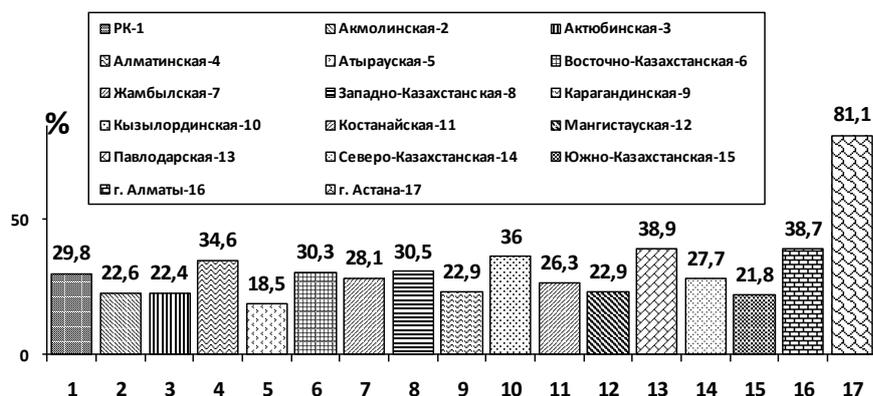


Рисунок 3 – Среднегодовые экстенсивные показатели ранней диагностики злокачественных опухолей (I–II стадии) у детей в Республике Казахстан (1997–2006 гг.)

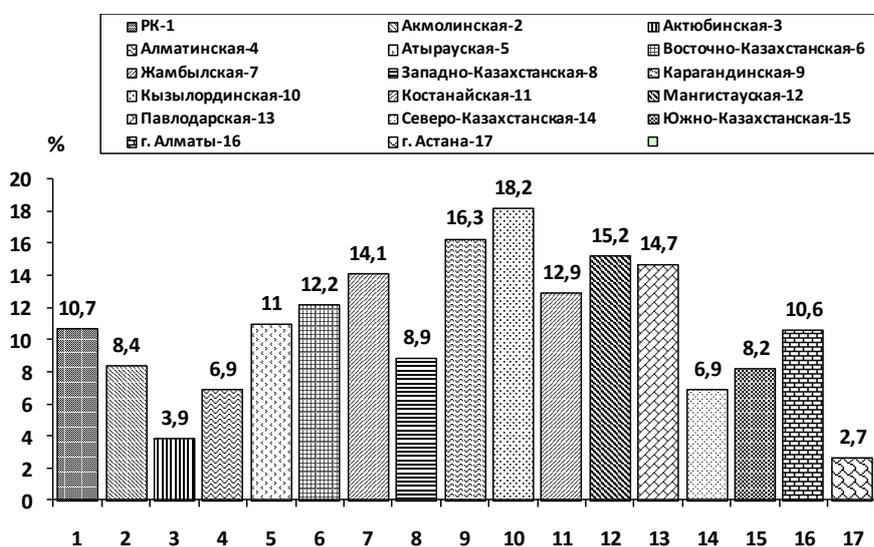


Рисунок 4 – Среднегодовой удельный вес больных детей с запущенными формами злокачественных опухолей по Республике Казахстан (1997–2006 гг.)

Западно-Казахстанской ($85,2 \pm 3,0$ %), Карагандинской ($80,8 \pm 2,5$ %) и в г. Алматы ($83,2 \pm 2,8$ %). В то же время значения ниже республиканского показателя установлены в Алматинской ($63,4 \pm 2,7$ %), Восточно-Казахстанской ($53,0 \pm 2,9$ %), Кызылординской ($68,8 \pm 2,9$ %) и Мангистауской ($63,0 \pm 6,3$ %) областях. В остальных областях морфологическая верификация опухоли занимает промежуточное положение (рисунок 2).

За изучаемый период зарегистрированы злокачественные опухоли в ранней стадии (I–II) заболевания в среднем у $29,8 \pm 2,7$ % детей по отношению ко всем заболевшим больным среди детского населения по республике. Относительно высокая

доля опухолей у детей в ранней стадии выявлена в Алматинской ($34,6 \pm 2,7$ %), Кызылординской ($36,0 \pm 3,3$ %), Павлодарской ($38,9 \pm 3,5$ %) областях и в г. Алматы ($38,7 \pm 3,7$ %). При этом следует отметить, что самая высокая доля выявляемости злокачественных опухолей у детей установлена в г. Астане ($81,1 \pm 4,7$ %), где в последние годы идет обеспечение медицинских учреждений современным оборудованием для диагностики опухолей у детей. В остальных областях Казахстана уровень ранней диагностики был относительно одинаковым и колебался с $18,5 \pm 3,6$ % до $30,5 \pm 3,9$ % соответственно в Атырауской и Западно-Казахстанской областях (рисунок 3).

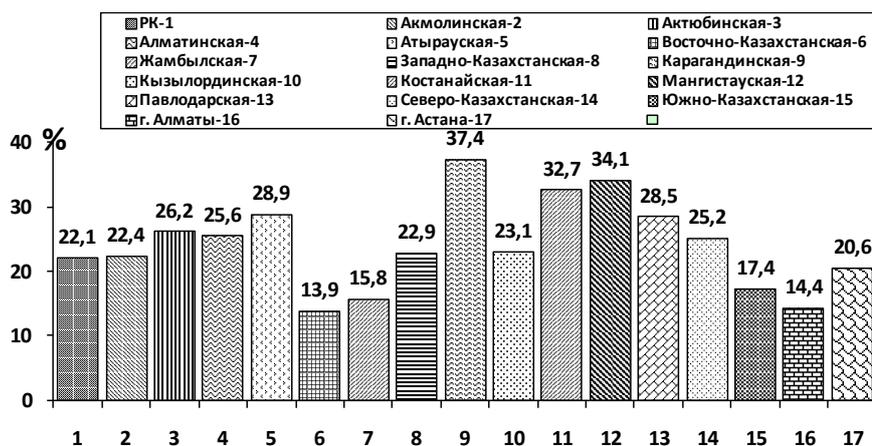


Рисунок 5 – Среднегодовой одногодичный показатель смертности больных детей злокачественными опухолями в Республике Казахстан (1997–2006 гг.)

Среднегодовой показатель запущенности от злокачественных опухолей в Казахстане составил $10,7 \pm 1,8 \%$. Ее доля по областям была неодинаковой (рисунок 4).

Среднегодовые экстенсивные показатели запущенных форм злокачественных опухолей среди детского населения были высокими в Кызылординской ($18,2 \pm 2,6 \%$), Карагандинской ($16,3 \pm 2,4 \%$), Мангистауской ($15,2 \pm 4,6 \%$), Павлодарской ($14,7 \pm 2,6 \%$), Жамбылской ($14,1 \pm 2,9 \%$), Костанайской ($12,9 \pm 2,5 \%$) и Восточно-Казахстанской ($12,2 \pm 1,9 \%$) областях. В то же время самые низкие данные запущенных форм злокачественных опухолей у детей выявлены в Актюбинской ($3,9 \pm 1,8 \%$) области и в г. Астане ($2,7 \pm 1,9 \%$). В других областях указанные показатели распределялись вокруг средних данных по республике. Все это свидетельствует о неритмичности профилактической работы по своевременному выявлению больных злокачественными опухолями среди детского населения, а также низком уровне организационной противораковой борьбы. Так, удельный вес онкологических больных, выявленных в ранней стадий опухоли у детей, все еще остается очень низким, а доля выявленных больных во время профосмотра детского населения фактически ничтожна. Следовательно, в республике не осуществляется профосмотр детского населения. Эти данные говорят об увеличении удельного веса запущенности, который, как компонента смертности, влияет на общий уровень смертности от злокачественных опухолей у детей в республике. Данный показатель резко ухудшился в период перехода к рыночной экономике, особенно с введением платных услуг при медицинском обследовании населения. В связи с указанными по-

ложениями доля выявленных больных с ранними стадиями рака составила менее 1/5 всех больных детей, зарегистрированных с впервые установленным диагнозом злокачественных опухолей.

Показатель одногодичной летальности является одним из наиболее объективных критериев оценки состояния противораковой борьбы. В то же время возможность широкого привлечения показателей летальности для оценки эффективности противораковой борьбы не является на сегодня решенным вопросом. Трудность оценки связана с тем, что для одних опухолей промежутком времени от выявления заболевания до смерти измеряется многими месяцами и годами, а для других – неделями. В Казахстане за 1997–2006 гг. в течение одного года жизни после установления диагноза злокачественных опухолей умерли 629 больных детей, что составляет $21,3 \pm 2,4 \%$, а в динамике (рисунок 5) увеличивается с $19,4 \pm 1,6 \%$ (1997 г.) до $28,9 \pm 2,6 \%$ в 2006 г.

Тренды показателей одногодичной летальности в Казахстане ($T_{pk} = 0,48 \%$) имели тенденции к росту.

Таким образом, одним из компонентов онкологической службы, влияющих на общий уровень смертности детского населения, является показатель одногодичной летальности ($22,1 \pm 2,4 \%$), который, в свою очередь, зависит от доли запущенных форм рака ($10,7 \pm 1,8 \%$). Следовательно, уровень смертности детского населения от злокачественных опухолей в Казахстане в основном зависит от лиц умерших на первом году жизни после установления диагноза, а $77,9 \pm 2,4 \%$ – от лиц, умерших и находящихся на учете с ранее установленными формами злокачественных опухолей. Анализируя вышеуказанные основные показатели,

Медицина

характеризующие состояние онкологической службы детского населения, можно констатировать, что они напрямую связаны с объемом охвата профилактическим осмотром населения и с уровнем выявляемости в ранней стадий (I–II ст.) заболевания, а также с вопросами осведомленности взрослого населения и врачей общей лечебной сети о злокачественных опухолях.

Литература

1. *Трапезников Н.Н.* Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ / Н.Н. Трапезников, Е.М. Аксель. М., 2001. 295 с.
2. Методы изучения эпидемиологии злокачественных опухолей. М.: Медицина, 1970. 324 с.
3. *Сепетелиев Д.* Статистические методы в научных медицинских исследованиях / Д. Сепетелиев. М.: Медицина, 1968. 231 с.