

СТАТИСТИКА И ПРОБЛЕМЫ ГЕМОБЛАСТОЗОВ

М.Г. Василевский – докт. мед. наук, профессор,
З.П. Камарли – докт. мед. наук, профессор

Comparative characteristics of hemoblastosis morbidity in Kyrgyzstan, Russia and some other countries showed that the figures of morbidity in Kyrgyzstan are almost twice lower than in Russia. Such factors as the general low oncological morbidity in Kyrgyzstan, deviations in registrations of the patients and also the movement of the population from the part of the country where the morbidity is highest, can be the reasons for this.

Профилактика, лечение и реабилитация больных злокачественными новообразованиями немислимы без хорошо налаженной службы онкологической статистики, которая является одной из обязательных составных частей в комплексе мероприятий противораковой борьбы. Несмотря на то, что ежегодно публикуется множество статистических материалов, касающихся злокачественных новообразований кроветворной и лимфатической тканей (гемобластозов), многие вопросы, связанные с их эпидемиологией, зачастую остаются спорными. В частности, нет единого мнения относительно причин различного уровня и динамики заболеваемости детей лейкозами [1, 2, 3]. Изучение закономерностей распространения гемобластозов и факторов, оказывающих модифицирующее влияние на их возникновение, приобретает в настоящее время особую практическую значимость, так как частота и уровень экологических катастроф с каждым годом нарастают. Имевшее место радиоактивное загрязнение северо-восточной части Челябинской области (Россия), а также возможные последствия ядерных испытаний в Семипалатинской области Казахстана вызывают естественное беспокойство населения, проживающего в этих регионах. Резко изменила экологическую обстановку на значительной части европей-

ской территории и авария на Чернобыльской АЭС.

По инициативе Международного агентства по изучению рака проводятся специальные исследования, позволяющие оценить, как отразилось радиоактивное загрязнение на здоровье населения, в том числе и на частоте злокачественных опухолей [4, 5]. Однако при проведении крупномасштабных исследований по изучению последствий Чернобыльской аварии эксперты столкнулись с огромными трудностями в получении необходимой информации, достоверной по объему и качеству, касающейся детей, пораженных лейкозами [6].

Даже в регионах, где, казалось бы, налажен учет, количество неучтенных больных Гемобластозами среди детей составляет 25–30% [2, 7]. Столь высокий процент больных, которые оказались вне поля зрения статистиков, отмечается во многих странах [7]. Это свидетельствует о том, что до сих пор вопросы сбора данных и учета больных гемобластозами не решены. Недостоверные данные являются одной из причин существенного различия уровня заболеваемости гемобластозами по странам и континентам. В одних странах учет ведется по числу умерших, в других – по числу заболевших. Несостоятельность такого учета демонстрируют данные табл. 1.

Таблица 1

Частота гемобластозов в Кыргызстане (по данным заболеваемости и смертности)

Год наблюдения	Число лиц, впервые заболевших гемобластозами (по данным заболеваемости)	Число умерших			Состоит на учете на конец года
		по данным онкологических учреждений	по данным ЗАГСа		
			число	% несоответствия	
1970	143	147	151	102,8	177
1975	160	164	168	102,5	237
1980	182	180	178	98,9	296
1985	190	183	176	96,4	481
1990	290	186	177	95,2	666
1995	247	194	179	92,4	642
2000	194	161	134	83,2	619
2005	189	103	116	112,6	592

Из таблицы видно, что число впервые заболевших и умерших (по данным онкологических учреждений) не совпадает. Разные сведения по числу умерших приводятся также онкологическими учреждениями и ЗАГСом. Число людей, впервые заболевших гемобластозом, существенно превосходит число умерших (по данным онкологических учреждений и ЗАГСа). Это вполне естественно, так как не все больные умирают в первый год после установления диагноза.

В Кыргызстане за период с 1970 по 1980 гг. контингент больных гемобластозами, состоящих на учете, увеличился на 67,2% (с 177 до 296 человек), к 1990 г. их число увеличилось в 3,8 раза и составило 666 человек. В последующие годы контингент больных гемобластозами начал снижаться: 1995 г. – 642; 2000 г. – 619 и 2005 г. – 592 (из них 37,5% с момента заболевания прожили более пяти лет).

Таким образом, чтобы иметь представление об уровне заболеваемости гемобластозами, следует основываться на совокупности данных как по числу заболевших, так и умерших. Необходима специальная служба, которая будет контролировать качество диагностики гемобластозов, своевременность взятия больных на учет и их диспансеризацию.

В большинстве зарубежных стран (США, Швеция, Финляндия и др.) множественные миеломы статистики не включают в группу гемобластозов и рассматривают их обособленно, тогда как в странах СНГ множественные миеломы учитывают вместе с лимфомами, что, ес-

тественно, существенно повышает удельный вес этой группы в структуре заболеваемости гемобластозами, да и самих гемобластозов.

В ряде онкологических учреждений неходжкинские злокачественные лимфомы экстра nodальных локализаций включены в разные рубрики: 151 (желудок), 152 (тонкий кишечник), 146 (миндалины), и хотя удельный вес этих больных не велик, в масштабах страны такой метод учета существенно сказывается на уровне заболеваемости гемобластозами в целом.

При анализе работ более раннего периода необходимо помнить, что в 1938–1948 гг. лимфогрануломатоз считался инфекционным и паразитарным заболеванием. Следует также обратить внимание, что при проведении аналитических исследований используются различные показатели, особенно при изучении заболеваемости среди детского населения. Так, ряд авторов рассчитывает уровень заболеваемости не на 100 тыс., как принято в онкологической практике, а на 1 млн. детского населения [8]. Недостатком этих показателей является то, что они не отражают фактический уровень и динамику заболеваемости, особенно на территориях с малой численностью населения (50–100 тыс.) и тем самым вносят путаницу при рассмотрении спорных вопросов.

Отдельные формы лейкозов, в частности острые лимфолейкозы у детей, в 50–80% случаев расцениваются как потенциально излечимые. Нет сомнений, что такая информация важна для организаторов здравоохранения. К сожалению, в

статистических отчетах нет данных ни о видах специального лечения, которое получают больные лейкозами, ни о частоте полных ремиссий. Перевод детей в группу взрослых вообще затушевывает сведения об отдаленных результатах.

Совершенствование учета больных со злокачественными опухолями кроветворной и лимфоидной тканей является одной из главных задач практической онкологии, так как без достоверной информации невозможно ни обеспечить рационального развития специализированной помощи, ни научно обосновать потребность в основных лекарственных препаратах, ни, тем более, использовать отчетные данные для решения эпидемиологических задач. Данные обстоятельства диктуют необходимость организации при онкогематологических центрах компьютерно-информационной службы, основное назначение которой сводилось бы к обеспечению информацией о заболеваемости с высокой степенью надежности за любой период времени.

В Кыргызстане учет больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественных новообразований кроветворной и лимфоидной тканей стал возможен с 1964 г., когда была введена новая международная классификация болезней седьмого пересмотра, согласно которой гемобласты стали относить к злокачественным новообразованиям. С этого момента сведения о гемобластазах в официальных отчетах отражались подстрочно отдельной строкой под шифром 200–204, куда включались лейкозы, злокачественные лимфомы, лимфогрануломатоз и миеломная болезнь. Более углубленная информация об эпидемиологии гемобластозов, в частности лимфогрануломатоза, за период с 1950 по 1965 гг. представлена в работе Я.В. Сикорской [9], а эпидемиологии лейкозов – в работе С.А. Рахимовой [10].

С 1991 г., согласно международной классификации болезней IX пересмотра, в официальных отчетах стали обозначать отдельной строкой такие формы гемобластозов, как злокачественные лимфомы, лимфогранулематоз, миеломы и лейкемии, которые подразделили еще на три группы: лимфолейкозы, миелолейкозы и прочие лейкозы. При этом в каждой группе выделялись острые и хронические лейкозы.

Нами проведен анализ первичных материалов и данных статистических отчетов за

период с 1970 по 2005 гг. Из него следует, что в Кыргызстане показатели заболеваемости гемобластомами в расчете на 100 000 населения почти в два раза ниже, чем в России. Двукратные различия отмечаются на протяжении 25 лет, в том числе и в период с 1990 по 1995 гг., когда учет больных гемобластомами в Кыргызстане и России проводился по однозначной методике (табл. 2). В частности, число пациентов, впервые заболевших гемобластомами, дополнялось умершими, которые не были взяты на учет при жизни, и больными, пролеченными вне онкологических учреждений, но не взятыми на учет.

В результате такого учета показатели заболеваемости гемобластомами от года к году стали повышаться (табл. 2). В динамике пик заболеваемости приходится на 1990 г. В последующие годы началось интенсивное снижение абсолютных и относительных показателей, тогда как в России продолжался рост показателей заболеваемости этим видом злокачественных новообразований. Так, в Кыргызстане показатели заболеваемости гемобластомами с 1991 по 1996 гг. сократились на одну треть (в группе мужского населения – на 39,8%, а женского – на 31,0%), тогда как в России за этот же период прирост гемобластозов среди мужского населения составил 4,8%, а женского – 11,9%.

Как видно, между уровнем заболеваемости гемобластомами и общей онкологической заболеваемостью имеется выраженная прямая корреляционная связь ($r = 0.8$). Если снижается общая онкологическая заболеваемость, ниже становится и уровень заболеваемости гемобластомами. И наоборот, если повышается общий уровень онкологической заболеваемости, выше становится и уровень заболеваемости гемобластомами (табл. 3). Это указывает на общность факторов, приводящих к возникновению гемобластозов и других опухолей.

Распространенность гемобластозов по регионам Кыргызстана также неоднозначна. Среди городского населения эти виды опухолей встречаются чаще (6,2‰), чем среди сельского (3,8‰). Общий уровень онкологической заболеваемости среди городского на-

Таблица 2

Уровень заболеваемости гемобластомами в Кыргызстане в сопоставлении с Россией

Год наблюдения	Регион							
	Кыргызстан					Россия		
	Всего заболело злокач. опухолями	из них гемобластомами				удельный вес	показатель заболеваемости	
		число больных	удельный вес	показатель заболеваемости			обыч.	станд. мир.
обыч.	станд.мир.			обыч.	станд. мир.			
1970	3691	143	3,9	4,8	5,4	4,1	7,3	6,7
1975	3888	160	4,1	4,9	5,6	4,4	8,6	8,1
1980	4163	182	4,4	5,0	5,7	4,3	8,9	8,1
1985	4438	190	4,3	4,7	5,4	4,6	10,1	9,2
1990	5370	290	5,4	5,7	6,4	4,4	11,3	10,2
1995	4235	247	5,8	5,6	6,3	4,5	12,3	10,8
2000	4390	194	4,4	3,8	4,2			
2005	4348	189	4,3	3,7	4,1			

Таблица 3

Взаимосвязь заболеваемости гемобластомами с общим уровнем онкологической заболеваемости (сопоставление обычных показателей на 100 000 населения)

Год наблюдения	Кыргызстан		Россия	
	все злокач. новообраз.	в том числе гемобласты	все злокач. новообраз.	в том числе гемобласты
1970	124,5	4,8	177,2	7,3
1975	116,6	4,9	193,7	8,6
1980	115,0	5,0	204,8	8,9
1985	110,9	4,7	222,8	10,2
1990	121,6	5,7	252,2	11,3
1995	108,4	5,6	279,8	12,3
2000	91,3	3,8		
2005	84,9	3,7		

селения также выше. Частота заболеваемости гемобластомами по регионам Кыргызстана синхронна с общим уровнем онкологической заболеваемости. В тех регионах, где показатели онкологической заболеваемости высокие (Бишкек (1996 г.) – 215,9‰, Чуйская область – 149,2‰), уровень заболеваемости гемобластомами также высокий (Бишкек – 6,2‰, Чуйская область – 5,7‰), там где показатели онкологической заболеваемости низкие (Ошская область – 63,2‰, Нарынская – 52,3‰), там

ниже и уровень заболеваемости гемобластомами (1,7‰ и 1,6‰ соответственно).

Гемобласты, подобно другим злокачественным новообразованиям, чаще встречаются у мужчин. Этот факт отмечен практически во всех странах. В Кыргызстане уровень заболеваемости гемобластомами у мужчин в два раза выше (обычный показатель – 6,0, мировой – 7,7 на 100 000 населения), чем у женщин (обычный показатель – 3,9, мировой – 7,0). Возможно, причина кроется в биологической устойчивости

женщин к злокачественным опухолям вообще, в том числе и к гемобластомам. Важно выяснить механизмы такой защиты, а также и то, почему в отдельных случаях они не срабатывают.

Частота заболеваемости гемобластомами в группах населения различного возраста повышается по мере увеличения возрастного ценза, достигая максимума к 60–69 годам. В этом возрасте величина интенсивного показателя у мужчин составила 26,4‰, а у женщин – 10,1‰. Данная зависимость прослеживается по всем видам гемобластозов. Так, если заболеваемость лейкозами в расчете на 100 000 населения в возрасте 0–4 года составляет 0,71, то в группе 10–15 лет – 1,25, а в группе 60–65 лет – 6,5. Из этих данных видно, что дети редко болеют лейкозами, однако удельный вес лейкозов в общем числе злокачественных новообразований у них порой превышает 70%. Обусловлено это тем, что у детей практически не бывает рака желудка, рака легких и других эпителиальных опухолей.

При анализе материалов обнаружен весьма интересный факт. В одной и той же возрастной группе уровень заболеваемости гемобластомами существенно отличается по этническим группам. Так, у кыргызов уровень заболеваемости гемобластомами ниже (3,7‰), чем у русских

– 10,0‰. Различия прослеживаются по всем возрастным группам. Например, среди кыргызов в возрасте 60–65 лет заболеваемость в расчете на 100 000 населения составляет 13,4 случаев, а среди русских – 26,6. Так как на территории Кыргызстана проживает больше кыргызов, то и в целом по республике показатели заболеваемости гемобластомами низкие. На основании этих данных можно утверждать, что снижение заболеваемости гемобластомами с 1990 г. обусловлено оттоком за пределы Кыргызстана этнических групп с высоким уровнем заболеваемости этими видами опухолей.

Особенностью гемобластозов является то, что в их структуре преобладают лейкомии. В Кыргызстане доля лейкоми составляет 51,1%. Заметим, что термин “лейкозы” объединяет различные по этиологии, патогенезу и клинической картине. Злокачественные новообразования, которым присущи такие признаки, как клональность развития, феномен опухолевой прогрессии, быстрый метастатический путь диссеминации. В структуре лейкозов преобладают лимфолейкозы, однако, как видно из табл. 4, их соотношение с миелолейкозами по регионам существенно меняется. По континентам различия прослеживаются еще отчетливее. Так, в Гамбии (Африка) миелолейкозы

Таблица 4

Уровень заболеваемости гемобластомами по отдельным регионам СНГ (на 100 000 населения)

Страна	Год наблюдения	Все злокачест. опухол.	из них гемобласто-опухол.	в том числе					
				лимфо-сарком 200-202	ЛГМ 201	миело-мы 203	лимфо-лейкоз 204	миело-лейкоз 205	проч. лейкоз. 206
Россия	1992	221,1	10,7	2,7	2,2	0,7	3,0	1,2	1
	1995	215,5	10,8	2,6	2,2	0,8	2,9	1,3	0,9
Белоруссия	1992	223,4	14,1	2,6	3,0	0,9	3,9	2,1	1,5
	1995	225,7	13,5	2,7	2,5	1,1	4,1	2,1	1,0
Узбекистан	1992	125,0	9,4	4,2	1,6	0,3	1,4	1,2	0,8
	1995	116,9	8,4	3,7	1,9	0,1	1,5	0,7	0,6
Казахстан	1992	231,3	9,0	2,8	1,6	0,0	2,4	1,1	0,8
	1995	226,6	8,1	3,1	1,5	0	2,2	0,9	0,3
Кыргызстан	1992	157,5	6,3	2,0	1,0	0,5	0,9	1,8	0,3
	1995	132,3	6,3	2,0	0,9	0,3	1,0	0,9	1,3
Туркменистан	1995	104,2	5,3	2,5	1,2	0,2	0,5	0,4	0,5

не зарегистрированы, тогда как в Новой Зеландии их величины достигают 2,1‰. В Кыргызстане также лидируют лимфолейкозы (36,6%), однако удельный вес миелолейкозов и прочих лейкозов достаточно высокий (34,7% и 28,7% соответственно).

Лейкозы подразделяются на острые и хронические. Разница между ними не столько клиническая, сколько морфологическая. Для острого лейкоза характерен разрыв (провал) в миелограмме между бластными клетками и зрелыми элементами; резкое повышение бластов не сопровождается ростом числа промежуточных форм – промиелоцитов и миелоцитов, как это бывает при хроническом миелолейкозе.

В общем числе больных лейкозами лица с хроническими формами составляют в Кыргызстане 14,3%, а с острыми – 85,7%.

Таким образом, заболеваемость гемобластозами в Кыргызстане имеет ряд закономерностей: относительно низкий уровень, неравномерность распространения, запрограммированная структура, выраженная синхронная связь с общей онкологической заболеваемостью. Гемобластозы являются составной частью онкологической заболеваемости и их характеристики не могут существенно меняться в отдельности. Исходя из этого, суждения о влиянии индуцирующих факторов на уровень заболеваемости гемобластозами, должно основываться не только на динамике интенсивных показателей, но и на том, насколько эти факторы изменили характерный порядок онкологической заболеваемости в данном регионе. При этом необходимо особое внимание обращать на то, как отразились эти факторы на людях, к этому времени уже больных гемобластозами, так как они наиболее чувствительны к повреждающим факторам.

Наконец, в зоне, где произошло резкое повышение воздействия неблагоприятных факторов (например, в период экологической катастрофы) всегда имеется значительная группа онкологических больных, которым проводилась химиотерапии. Такие больные как бы получили фон для развития лейкозов, поэтому пагубное влияние катастрофы, особенно радиационной, для них может быть более выраженным. Выяснение этого влияния представляет практический интерес и требует дальнейшего изучения.

В заключение следует отметить, что интенсивность заболеваемости гемобластозами в том или ином регионе в значительной степени определяется его демографическими особенностями. Это необходимо учитывать при изучении возможных повреждающих последствий повышенной радиации и других явлений, так как катастрофы всегда сопровождаются выраженной демографической перестройкой.

Литература

1. *Ташенова Г.Т.* Эпидемиологические особенности острых лейкозов у детей Казахстана: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Алматы, 1997. – 22 с.
2. *Байзакова Д.О.* Лейкозы и злокачественные лимфомы у детей в Кыргызстане: эпидемиология, клиническое течение, эффективность онкологической помощи: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Бишкек, 1999. – 315 с.
3. *Усенова А.А.* Эпидемиологические особенности лейкозов в Кыргызстане: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Бишкек, 2006. – 134 с.
4. *Machado S.G., Land C.E., McRae F.W.* Cancer mortality and radioactive fallout in Southwestern Utah // *Amer. J. Epid.* – 1987. – V. 125. – № 1. – P. 44–61.
5. *Бульбулян М.А., Цыб А.Ф., Токарева Г.Д., Шевченко В.Н.* Заболеваемость злокачественными новообразованиями в регионах экологической напряженности // *Злокачественные новообразования на избранных территориях: Сб.труд.* – СПб., 1991. – С. 181–189.
6. *Мерабишвили В.М., Капитонова О.А., Океанов А.Е., Брамберга В.М. и др.* Заболеваемость лейкозами детей на избранных территориях Европейской части СССР // *Злокачественные новообразования на избранных территориях: Сб.труд.* – СПб., 1991. – С. 198–205.
7. *Двойрин В.В., Аксель Е.М., Бармина Н.М.* Система учета онкологических заболеваний и оценка его полноты на модели выборочных территорий России // *Статистика злокачественных новообразований детей.* – М., 1995. – С. 27–32.
8. *Заридзе Д.Г.* Эпидемиология детских лейкозов // *Архив патологии.* – 1997. – № 5. – С. 65–70.
9. *Сикорская Я.В.* Лимфогрануломатоз в Киргизии (распространенность, клиника, лечение): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Фрунзе, 1967. – 270 с.
10. *Рахимова С.А.* К эпидемиологии лейкозов и лимфом в Киргизии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Фрунзе, 1975. – 19 с.