

УДК 616.65:616-006.6-036.22(571.6)

В.П. Гордиенко

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ДАЛЬНЕВОСТОЧНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ

*Амурская государственная медицинская академия,
675000, ул. Горького, 95, тел. 8-(416-2)-31-90-07, e-mail: agma@amur.ru, г. Благовещенск*

Резюме

Последние десятилетия в Дальневосточном федеральном округе характеризуются постоянным увеличением числа больных с онкологической патологией, в структуре которой у мужчин второе место по причинам смертности занимают опухоли предстательной железы.

Целью настоящего исследования явилась научная оценка основных показателей заболеваемости и смертности мужского населения от рака предстательной железы в Дальневосточном федеральном округе за последние десять лет (2009–2018 гг.).

В процессе работы использованы показатели заболеваемости и смертности, отчетные формы статистического учета онкологических больных и регламентирующие документы вышестоящих организаций, информация о десятилетних наблюдениях за динамикой изменений цифровых показателей исследуемой патологии.

Приведены основные показатели заболеваемости и смертности больных раком предстательной железы в Дальневосточном федеральном округе, где в 2018 г. зарегистрировано 33 111 новых случаев злокачественных новообразований, что на 24,6 % больше, чем десять лет назад (2009 г. – 20 191 чел.). По России подобное увеличение произошло на 21,6 %. Под диспансерным наблюдением находились 9 324 пациента, т. е. 0,12 % населения региона. За исследуемый промежуток времени возросло количество больных с I-II стадиями заболевания (60,9 %) с одновременным снижением числа пациентов с запущенными формами (38,1 %) болезни. За последние 10 лет показатели заболеваемости и смертности постоянно увеличивались. Процент активно выявленных больных вырос, так же как и индекс накопления контингентов больных на конец года. Морфологическое подтверждение диагноза (свыше 95 %) не превысило среднереспубликанские показатели (95,9 %). Удельный вес больных, состоящих на учете 5 и более лет оказался ниже среднероссийских значений, но улучшились показатели смертности на первом году с момента установления диагноза (2009 г. – 17,3 %; 2018 г. – 10,1 %; РФ – 7,8 %). Среди всех локализаций мужских репродуктивных органов наиболее высоким остается уровень запущенности при раке предстательной железы.

На фоне возрастающего общего числа больных со злокачественными новообразованиями на территории Дальневосточного федерального округа в начале XXI века отмечается постоянное увеличение заболеваемости и смертности при раке предстательной железы.

Ключевые слова: рак предстательной железы, заболеваемость, смертность, территория.

V.P. Gordiyenko

EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF PROSTATE CANCER IN THE FAR EAST FEDERAL DISTRICT

Amur state medical academy, Blagoveschensk

Summary

Background. Recent decades in the Far East Federal District have been characterized by a constant increase in the number of patients with oncological pathology, in the structure of which prostate tumors are the second largest cause of mortality in men.

The goal of this study was a scientific assessment of the main rates of morbidity and mortality of prostate cancer in the male population in the Far East Federal District for the last ten years (2009–2018).

Material and methods. During the study, the indicators of morbidity and mortality, reporting forms of statistical registration of oncological patients and regulatory documents of higher-level organizations, information on ten-year observations of the dynamics of changes in digital indicators of the investigated pathology were used.

Results of the research. The main rates of morbidity and mortality of prostate cancer patients in the Far East Federal District are given, where 33,111 new cases of malignant neoplasms were registered in 2018, that is 24,6 % higher than ten years ago (20 191 people in 2009). In Russia, such increase was 21,6 % higher. 9 324 patients, i.e. 0,12 % population of the region, were under medical supervision. The number of patients with I-II stages of the disease (60,9 %) increased during the investigated period with simultaneous reduction of the number of patients with neglected forms (38,1 %) of the disease. Morbidity and mortality rates have been increasing steadily over the past 10 years. The percentage of actively identified patients has increased, as well as the year-end accumulation index. Morphological confirmation of the diagnosis (over 95 %) did not exceed the average republican indicators (95,9 %). The proportion of patients registered for 5 years or more was lower than averagely in Russia, but mortality rates improved in the first year from the time of the initial diagnosis (2009 – 17,3 %; 2018 – 10,1 %; Russian Federation – 7,8 %). As far as the localizations in the male reproductive organs, neglected prostate cancer remains at the highest level.

Conclusions. At the background of the increasing total number of patients with malignant neoplasms in the territory of the Far East Federal District in the beginning of the XXI century there is a constant increase in morbidity and mortality of prostate cancer.

Key words: prostate cancer, incidence, mortality, territory.

Современное состояние здоровья населения в Дальневосточном Федеральном округе (ДФФО) не отличается от общей ситуации в Российской Федерации (РФ) в последние 10-15 лет и характеризуется превышением смертности над рождаемостью, когда становятся затруднительными положительные сдвиги в показателях здоровья нации с обратным развитием эпидемиологического перехода, что в свою очередь нарушает основной принцип процветания любой страны, когда самым бесспорным свидетельством этого процветания служит возрастание численности населения. За двенадцать месяцев 2018 г. Россия потеряла 224 556 человек (1 604 344 родившихся против 1 828 910 умерших). В страну вернулся «русский крест». Немалый вклад в эту негативную демографическую обстановку внесли злокачественные новообразования (ЗНО), смертность от которых стоит на втором месте после сердечно-сосудистой патологии. В структуре злокачественных новообразований у мужского населения второе место по причинам смертности и инвалидизации населения занимают опухоли репродуктивных органов, в частности, рак предстательной железы (РПЖ) [6, 11].

Невозможность связать многие онкологические заболевания, в подавляющем большинстве случаев, с какой-либо конкретной причиной дает основание согласиться с общепринятой в настоящее время концепцией Higgison и Muir (1999 г.), утверждающей, что не менее 80-90 % случаев проявления злокачествен-

ного роста обусловлены внешними факторами (любые факторы негенетической природы, причинно связанные либо с прямой индукцией рака, либо с модификацией риска развития неопластического процесса) [1, 9, 14]. Отсюда становится понятной заинтересованность исследователей в эпидемиологических разработках, которые, как правило, являются одними из главных источников информации о причинах развития ЗНО в различных климато-географических условиях огромной страны [3, 4, 10, 15].

Дальневосточный федеральный округ располагается на территории в 6 952 555 км², которые составляют 40,1 % площади всей Российской Федерации с населением 8 178 623 человека (5,6 % от всех проживающих в РФ) и с плотностью заселения – 1,17 чел/км², что определяет особенности онкологической ситуации в регионе, где жители отдалены от ведущих медицинских центров и, где отмечается недостаток подготовленных по онкологии специалистов-лечебников на фоне общего уменьшения врачебных кадров [2, 11]. Все перечисленное выше представляет определенный интерес в плане изучения качества оказания медицинской помощи больным с онкологической патологией в ДВФО.

Целью исследования явилась научная оценка основных показателей заболеваемости и смертности мужского населения от рака репродуктивных органов (предстательная железа) в Дальневосточном федеральном округе за последние десять лет (2009–2018 гг.).

Материалы и методы

В рамках выполнения настоящей работы изучалась динамика показателей заболеваемости и смертности больных с онкологической патологией в соответствии с Международной статистической классификацией болезней десятого пересмотра [7], отчетные формы № 35 (до 27.12.2016 г.) и форма № 7 «Сведения о ЗНО» по региону и его административным территориям за 2009–2018 гг., учетная форма № 030-6 «Контрольная карта диспансерного больного». Исследовались учетно-отчетные документы: «Извещение о больном злокачественным новообразованием» (форма 090/у), «Медицинская карта амбулаторного больного (форма 025/у)», «Протокол запущенности (форма 027-2/у)» и годовые отчеты ЛПУ отдельного региона. В качестве объекта для сопоставления данных использовались публикуемые в открытом доступе официальные справочные материалы МНИОИ им. П.А. Герцена, информация Федеральной службы государственной статистики и регламентирующие документы МЗ РФ, интерпретируемые авторами с учетом собственных предложений по совершенствованию онкологической помощи населению на территории отдельно взятого региона Российской Федерации [3, 4]. В ретроспективном анализе осуществлен расчет абсолютных, относительных и средних величин. Все полученные результаты были обработаны с помощью стандартных программ в системе EXEL и STATISTICA-10 с использованием информационных технологий онкологической статистики, предложенной Мерабишвили В.М. [8].

Исследовались публикуемые в открытом доступе официальные справочные материалы МНИОИ им. П.А. Герцена, информация Федеральной службы государственной статистики и регламентирующие документы МЗ РФ, интерпретируемые авторами с учетом собственных предложений по совершенствованию онкологической помощи населению на территории отдельно взятого региона Российской Федерации [3, 4]. В ретроспективном анализе осуществлен расчет абсолютных, относительных и средних величин. Все полученные результаты были обработаны с помощью стандартных программ в системе EXEL и STATISTICA-10 с использованием информационных технологий онкологической статистики, предложенной Мерабишвили В.М. [8].

Результаты и обсуждение

Основными причинами смертности населения РФ в отчетном году прошедшего десятилетия остаются заболевания органов кровообращения – 574 ‰, злокачественные новообразования – 197 ‰, и внешние причины – 89 ‰ [11].

В 2018 году в России было выявлено 624709 новых случаев злокачественных новообразований. Прирост данного показателя по сравнению с 2017 г. составил 1,2 %. В территориальных специализированных онкологических учреждениях страны под диспансерным наблюдением находились 3 762 218 пациентов (2017 г. – 3 630 567 чел.; 2009 г. – 2 691 985 чел.).

Злокачественные опухоли предстательной железы являлись одной из ведущих форм ЗНО у мужского населения в Российской Федерации (14,9 %). Обобщенные данные эпидемиологических исследований свидетельствуют о том, что в 2018 г. в России было учтено 42518 случаев РПЖ. Интенсивный показатель составил 62,43 ‰, а стандартизованный (мировой стандарт) – 41,45 ‰. Причиной смерти РПЖ в 2018 г. стал у 12 979 человек (2009 г. – 9 971), что составило 8,2 % (2009 г. – 6,4 %) от общего числа ушедших из жизни в стране мужчин с данной патологией [6].

На территории ДВФО в 2018 г. заболело злокачественными новообразованиями 33 111 человек (2009 г. – 20 191) из них мужчин – 15 293 (46,2 %). Уровень заболеваемости мужского населения соответствует второму месту среди всех регионов Российской Федерации. За последние 10 лет количество заболевших ЗНО мужчин в ДВФО (без Забайкальского края – 1 824 чел. и Бурятии – 1 550 чел.) увеличилось на 24,6 %. В то же время по России подобное увеличение числа онкологических больных произошло на 21,6 % [5, 12, 13].

Структура основных локализаций ЗНО в 2018 г. по округу выглядит следующим образом: на первом месте рак кожи с меланомой – 12,6 % (2017 г. – 13,9 %), на втором – рак трахеи, бронхов и легкого – 12,4 % (2017 г. – 12,6 %), на третьем – рак молочной железы – 10,7 % (2017 г. – 15,5 %).

Ежегодно здесь регистрируется свыше 2000 (2069) новых случаев злокачественных новообразований мужской репродуктивной системы, из них РПЖ – 1 961. Интенсивный («грубый») показатель по раку предстательной железы составил 49,83 ‰, а стандартизованный (мировой стандарт) – 39,58 ‰. Следует отметить, что регионы ДВФО характеризуются разными уровнями распространения данной патологии. Наиболее высокие стандартизованные показатели по РПЖ регистрировались в Забайкальском крае (56,27 ‰) и в Амурской области (46,22 ‰), а низкие отмечены в Чукотском автономном округе (18,58 ‰) и в Республике Саха (Якутия) – 27,79 ‰ (табл. 1).

Таблица 1

РПЖ в ДВФО (С 00-61). Заболеваемость, смертность на 100 000 населения (стандартизованные показатели), индекс достоверности учета (ИДУ)

Территория	Заболеваемость		Смертность		Индекс достоверности учета	
	2009	2018	2009	2018	2009	2018
Приморский край	22,68	36,68	12,18	12,59	0,54	0,34
Хабаровский край	24,94	44,02	13,14	9,77	0,53	0,22
Амурская область	20,20	46,22	11,37	13,80	0,56	0,29
Камчатский край	27,57	31,65	9,44	9,20	0,34	0,29
Магаданская область	6,77	41,91	1,45	9,41	0,21	0,22
Сахалинская область	44,99	45,34	10,24	13,94	0,23	0,31
Забайкальский край	25,49	56,27	13,31	16,32	0,52	0,29
Чукотский автономный округ	18,21	18,58	0,00	4,55	0,00	0,24
Республика Бурятия	14,82	31,99	8,64	13,08	0,58	0,41
Республика Саха (Якутия)	8,68	21,79	5,50	6,18	0,63	0,28
Еврейская авт. обл.	12,90	30,42	9,29	14,77	0,72	0,79
ДВФО	22,77	39,58	11,06	12,20	0,48	0,31
Россия	29,35	41,45	11,37	12,31	0,39	0,29

Выявление больных на ранних этапах развития злокачественного процесса является важнейшей частью работы первичного звена здравоохранения, от которой зависит конечный результат, а именно снижение заболеваемости и смертности. Соотношение этих двух составляющих в оценке качества оказания медицинской помощи онкологическим больным, определяет так называемый индекс достоверности учета (ИДУ), характеризующий не только ошибки при пер-

вичном обращении заболевшего (распространенность опухолевого процесса) и недостатки учета, но и активность выполнения скрининговых программ на закрепленных территориях. Показатели заболеваемости и смертности в зависимости от места проживания ввиду большой протяженности Дальневосточного Федерального округа могут существенно отличаться из-за трудностей для больного в возможности посещения лечебного учреждения и проведении профилактических и диагностических мероприятий в рекомендуемых стандартами объемах в отдаленных и трудно доступных районах ДВФО [2]. Несмотря на значительную протяженность округа индекс достоверности учета (ИДУ) по РПЖ только в двух территориальных образованиях превышает средние показатели – это Республика Бурятия – 0,41 и Еврейская автономная область – 0,79 (табл. 1). Сравнение с регионами РФ показывает, что усредненные данные этого показателя несколько выше среднероссийских (табл. 2).

Таблица 2

Регионы России. Динамика ИДУ (индекс достоверности учета) (С 00-61)

Годы	Центральный ФО	Северо-Западный ФО	Южный ФО	Северо-Кавказский ФО	Крымский ФО	Приволжский ФО	Уральский ФО	Сибирский ФО	ДВФО	РФ
2009	0,35	0,39	0,41	0,40	-	0,40	0,35	0,45	0,48	0,39
2012	0,34	0,42	0,35	0,44	-	0,35	0,35	0,35	0,42	0,36
2014	0,30	0,35	0,31	0,38	-	0,26	0,27	0,29	0,36	0,30
2016	0,33	0,34	0,30	0,37	0,42	0,28	0,29	0,32	0,33	0,32
2018	0,26	0,35	0,27	0,31	0,44	0,30	0,31	0,31	0,31	0,29

В таблице 3 представлены показатели заболеваемости РПЖ за последние 10 лет в динамике её развития. Отмечены существенные темпы увеличения числа больных с поражением предстательной железы, что подтверждается абсолютными, интенсивными («грубыми») и стандартизованными цифровыми значениями (2009 г. – абсолютное число – 714, «грубый» показатель 23,05 ‰, стандартизованный – 22,77 ‰; 2018 г. – 1 961, 49,83 ‰ и 39,58 ‰ соответственно) и не противоречит общемировой тенденции и ситуации в Российской Федерации в целом. Прирост/убыль количества больных ни в один временной отрезок исследуемого периода не имел отрицательных значений.

Прогноз и качество жизни онкологического больного определяются распространенностью злокачественного процесса, т. е. его стадийностью [9]. Увеличение числа больных выявленных в начальных стадиях развития опухолевой болезни с 2009 г. (29,2 %) возможно рассматривать как стремление российского здравоохранения возвратиться к прежним объемам профилактических мероприятий, характерных для советского периода. Количество больных с I-II стадиями заболевания в 2018 г. достигло 60,9 %, при значительном снижении числа пациентов в III-IV стадиях болезни (2009 г. – 67,8 %, 2018 г. – 38,1 %), что является подтверждением улучшения работы первичного медицинского звена по активному выявлению дан-

ной патологии на этапах её раннего распознавания (табл. 4). Неутешительными показателями этого вида деятельности лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) оказались в Амурской (24, 4 %) и в Сахалинской (26,2 %) областях, тогда как в Чукотском автономном округе активное выявление ЗНО в 2018 г. составило 100 % (ДВФО – 33,2 %, РФ – 35,8 %). Таким образом, только каждый третий больной РПЖ в стране и в ДВФО был результатом активного выявления этой категории больных.

Таблица 3

Динамика заболеваемости и смертности от РПЖ в ДВФО (С 00-61)

Год	Заболеваемость			Смертность		
	Абс.	Показатель на 100 тыс.		Абс.	Показатель на 100 тыс.	
		«грубый»	стандартизованный		«грубый»	стандартизованный
2009	714	23,05	22,77	340	10,97	11,06
2012	874	29,09	27,01	862	12,04	11,41
2014	1 137	38,05	32,53	397	13,28	11,82
2016	1 370	46,10	37,09	437	14,71	12,11
2018	1 961	49,83	39,58	596	15,15	12,20
Среднее арифметич., М=	1 211,20	37,22	31,80	526,40	13,23	11,72
Ошибка ср. арифм., m=	218,38	5,03	3,11	94,06	0,79	0,21
Стандарт. откл. (сигма), s=	488,32	11,24	6,96	210,33	1,76	0,48
Прирост/убыль, %	+174,64	+116,18	+73,82	+75,29	+38,10	+10,31
Среднегодовой прирост/убыль, %	+17,46	+11,61	+7,38	+7,52	+3,81	+1,03

Определение тактики и стратегии в оказании медицинской помощи больным с раком предстательной железы в условиях имеющихся технических достижений не представляется возможным без морфологической верификации злокачественного новообразования с детальной характеристикой клеточных структур, образующих данный вид опухоли. С 2009 г. происходит постоянный рост числа морфологических исследований, которые в 2018 г. составили 95,3 % (табл. 5). В три с лишним раза увеличилось абсолютное число больных, подвергшихся верификации диагноза (2009 г. – 534 чел., 2018 г. – 1 828 чел.).

Таблица 4

Динамика распределения случаев ЗНО по стадиям заболевания (С 00-61)

Год	I		II		III		IV		Не установлена		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
2009	-	-	-	-	234	35,8	209	32,0	20	3,1	654	100
2011	53	6,3	270	32,1	301	35,7	197	23,5	21	2,4	842	100
2014	95	8,6	488	44,0	262	23,6	262	23,6	2	0,2	1109	100
2016	124	9,4	598	45,1	266	20,1	324	24,4	14	1,1	1326	100
2018	362	18,9	805	42,0	364	19,0	367	19,1	19	1,0	1918	100

Примечание. В 2009 г. I-II стадии представлены общими цифрами – 29,2 %, абс. число – 191.

Активизация работы ЛПУ в Дальневосточном Федеральном округе по раннему выявлению злокачественных новообразований (табл. 6) сыграла положительную роль в увеличении числа больных с раком предстательной железы состоящих на учете 5 лет и более (2009 г. – 21,6 %, 2018 г. – 37,6 %; РФ – 40,1 %). Но, учитывая, что РПЖ относится к визуальным локализациям злокачественных новообразований, при значительном росте абсолютного числа заболевших этот показатель не может быть признан удовлетворительным по отношению к данному виду опухолей, которые при своевременной диагностике и адекватном лечении должны характеризоваться более положительными результатами.

Таблица 5

Динамика удельного веса морфологически подтвержденных диагнозов (С 00-61)

Показатель		Дальневосточный федеральный округ						РФ
		2009	2011	2013	2014	2016	2018	2018
Количество больных на конец года	абс.	654	842	870	1109	1326	1918	41577
	морф.	534	688	755	960	1197	1828	39872
	проц.	84,7	81,7	86,8	86,6	90,3	95,3	95,9

Таблица 6

Удельный вес больных, состоящих на учете 5 лет и более

Показатель		Дальневосточный Федеральныи округ						РФ
		2009	2011	2013	2014	2016	2018	2018
Количество больных	%	21,6	24,5	32,7	36,2	38,0	37,6	41,3
	абс.	478	730	1208	1551	2134	3505	98382

Контингент больных раком предстательной железы в 2018 г. на 100 000 населения составил 113,2 против 34,1 в 2009 г. Основное число больных, представляющих данную локализацию ЗНО приходилось на возрастную группу 55 лет и старше. Индекс накопления контингентов увеличивался по нарастающей с 2009 г., однако не достиг среднероссийского уровня в отчетном году (2018 г. – 5,3 %; РФ – 6,2) (табл. 7). Данный показатель оставил ДВФО вместе с Северо-Кавказским ФО (5,3) на двух последних местах среди всех регионов Российской Федерации.

Таблица 7

Индекс накопления контингентов больных с ЗНО (С 00-61)

Показатель		Дальневосточный федеральный округ							РФ
		2009	2011	2013	2015	2016	2017	2018	2018
ИНК (РПЖ)		3,4	3,7	4,5	4,3	4,6	5,1	5,3	6,2
Количество случаев на конец года	абс.	2209	2983	3693	4906	5612	6320	9324	238212
	на 100 тыс.	34,1	46,3	59,0	78,9	90,5	102,1	113,2	162,2

Главным критерием благополучия в борьбе со злокачественными новообразованиями является снижение показателя смертности, который, в настоящее время, возможно регулировать использованием новейших достижений в области диагностики и лечения данной категории больных. К сожалению, динамика смертности от РПЖ (табл. 3) представлена постоянно увеличивающимся числом умерших со среднегодовым приростом в 1,03 % (2009 г. – абсолютное число 349 чел. «грубый» показатель – 10,97 ‰, стандар-

тизованный – 11,06 ‰; 2018 г – 596 чел., 15,05 ‰ и 12,20 ‰ соответственно). Как правило, высокий уровень заболеваемости характеризуется и значительными показателями смертности. Примером этого является смертность в Забайкальском крае (16,2 ‰) при самой высокой заболеваемости (56,27 ‰) в Дальневосточном федеральном округе (табл. 1). Существенный прирост (почти в 3 раза) числа больных с РПЖ за последние 10 лет говорит о крайне неудовлетворительной работе ЛПУ первичного звена по выявлению визуальных локализаций злокачественных новообразований на ранних этапах их развития.

Объективное рассмотрение показателей смертности невозможно без оценки количества умерших на первом году с момента установления диагноза, т.к. число ушедших из жизни в этом периоде, как правило, определяется больными выявленными в III-IV стадиях злокачественного процесса (38,1 %). В наших исследованиях самые высокие уровни смертности от РПЖ в течение первого года отмечены в Республике Саха (15,0 %) и в Магаданской области (12,0 %) при 10,1 % в ДВФО и 7,8 % в РФ. Наиболее благоприятные цифровые значения по этому виду статистической отчетности регистрировались в Камчатском (4,7 %) и Забайкальском (7,6 %) краях. Среди регионов РФ по показателям летальности в течение первого года после установления диагноза ЗНО Дальний Восток в 2018 г. опережает только Крымский ФО (табл. 8).

Таблица 8

Летальность на первом году с момента установления диагноза РПЖ (С 00-61) в регионах России

Годы	Центр. ФО	Северо-Западный ФО	Южный ФО	Северо-Кавказский ФО	Крымский ФО	Приволжский ФО	Уральский ФО	Сибирский ФО	ДВФО	РФ
2009	10,9	13,8	13,6	20,7	-	16,4	13,1	17,4	17,3	14,0
2011	8,8	12,5	11,4	10,6	-	12,6	12,5	13,9	13,2	11,2
2014	7,4	11,4	10,1	13,7	16,0	16,0	10,5	9,5	13,4	9,7
2016	6,8	7,9	7,2	11,1	11,6	8,1	6,8	9,1	12,1	7,9
2018	7,0	8,6	7,4	9,6	11,9	7,6	7,6	8,6	10,1	7,8

Анализ статистических данных о заболеваемости населения ДВФО злокачественными новообразованиями мужской репродуктивной системы (предстательная железа) позволяет сделать выводы о динамическом увеличении абсолютного числа заболевших (2009 г. – 714 чел., 2018 г. – 1 961 чел.), что подтверждается и стандартизованными показателями (мировой стандарт) – 22,77 ‰ и 39,58 ‰.

Подобная картина наблюдалась и в отношении смертности (2009 г. – 340 чел.; 2018 г. – 596 чел.). Стандартизованные показатели (мировой стандарт – 11,06 ‰ и 12,20 ‰ соответственно).

Средний десятилетний уровень первичной заболеваемости раком предстательной железы у мужского населения ДВФО в стандартизованном показателе (мировой стандарт) составил 31,80 ‰, а по смертности 11,72 ‰.

Отношение показателей одногодичной летальности по раку предстательной железы и запущенности (IV ст.) предыдущего отчетного года согласно общепринятому стандарту (1,0) в ДВФО в 2018 г. составило 0,46 (РФ – 0,43). Данный показатель, превышающий единицу, объясняет увеличение количества смертей на ранних сроках развития злокачественного процесса из-за часто неправильной первичной оценки распространенности заболевания и может быть следствием ошибок в учете онкологических больных. Лучшие результаты зарегистрированы по РПЖ в Камчатском крае (0,20) и в Еврейской автономной области (0,30). Полное отсутствие сведений по летальности на первом году с момента установления диагноза не дало возможности определить подобное соотношение в Чукотском автономном округе (0,00). Вызывает обеспокоенность данный показатель и по Хабаровскому краю (0,97), где он максимально приблизился к критическому уровню.

Демографический кризис накрывший Россию в последние годы не оставил своим вниманием и Дальний Восток, где на фоне снижения общей численности населения происходит увеличение числа онкологических больных, которые по показателям смертности занимают второе место после сердечно-сосудистой патологии. Большие усилия практического здравоохранения, направленные на улучшение онкологической ситуации, на сорока процентах территории Российской Федерации не дают обнадеживающих результатов – количество заболевших и умерших в последние десятилетия растет. Это относится в первую очередь к заболеваниям мужской и женской репродуктивных систем во всех регионах ДВФО. Остается высоким процент запущенных больных РПЖ (III-IV ст. – 38,1 %), низкими цифрами характеризуется активность выявления больных на ранних стадиях заболевания (33,2 %; РФ – 33,8 %), есть куда расти и показателям удельного веса больных, состоящих на учете 5 лет и более (37,6 %; РФ – 41,3 %). Современные возможности профилактики и диагностики злокачественных новообразований предстательной железы во многих регионах ДВФО остаются до последнего времени не полностью востребованными, что дает повод сомневаться в качестве работы некоторых лечебных учреждений онкологического профиля на закрепленных территориях.

Выводы

Улучшение основных показателей заболеваемости и смертности от рака предстательной железы (как и всей онкопатологии) видится в обеспечении квалифицированным кадровым составом ЛПУ первичного звена здравоохранения, укреплении материально-технической базы с одновременным контролем работы с группами онкологического риска и санитарно-просветительной деятельностью среди населения. Это позволит выявлять злокачественные новообразования на максимально ранних этапах их развития.

Финансирование. Автор заявляет о финансировании проведенного исследования из собственных средств.

Конфликт интересов. Автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликт интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Литература

1. Агаджанян Н.А., Уйба В.В., Куликова М.П., Кочеткова А.В. Актуальные проблемы адаптационной, экологической и восстановительной медицины. – М.: Медика, 2006. – 208 с.
2. Балашов П.Ю., Старинский В.В., Александрова Л.М. Кадровые ресурсы онкологической службы России // Европейский онкологический журнал. – Казань, 2014. – № 3 (03). – 976 с.
3. Гордиенко В.П., Вахненко А.А. Возможные факторы социального риска онкологической патологии в отдельно взятом регионе // Сибирский медицинский журнал. – Иркутск. – 2012. – Т. 115, № 8. – С. 86-89.
4. 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/lang,ru/> (Дата обращения 17.01.2017).
5. Злокачественные новообразования в России в 2009 году (заболеваемость и смертность) / Под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2011. – 259 с.
6. Злокачественные новообразования в России в 2018 году (заболеваемость и смертность) / под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2019. – 248 с.
7. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. X пересмотр. ВОЗ. – Женева, 1995. – № 1. – 698 с.
8. 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.
9. Онкология. Клинические рекомендации / Под ред. М.И. Давыдова, А.В. Петровского. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: Ассоциация онкологов России, 2018. – 976 с.
10. Плетнев В.В. Выявление предрасположенности к раку и методика его первичной профилактики. – Ленанд. – М., 2015. – 160 с.
11. Россия в цифрах, 2019: Крат. стат. сб. / Росстат. – М., 2019. – 549 с.
12. Состояние онкологической помощи населению России в 2009 году / под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2010. – 195 с.
13. Состояние онкологической помощи населению России в 2018 году / под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2019. – 235 с.
14. 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.
15. Bray F., Ferlay J., Soerjomataram I., Siegel R.L., Torre L.A., Jemal A. Global Cancer Statistics: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries // CA: A Cancer Journal for Clinicians. – 2018. – № 68. – P. 394-424. – <https://doi.org/10.3322/caac.21492>.

Literature

1. Agadzhanian N.A., Uiba V.V., Kulikova M.P., Kochetkova A.V. Topical problems of adaptation, ecological and restorative medicine. – M.: Medica, 2006. – 208 p.
2. Balashov P.Yu., Starinsky V.V., Aleksandrova L.M. Personnel resources of the oncological service of Russia // European Oncological Journal. – Kazan, 2014. – № 3 (03). – 976 p.
3. Gordienko V.P., Vakhnenko A.A. Possible social risk factors of cancer pathology in a single region // Siberian Medical Journal. – Irkutsk, 2012. Vol. 115, № 8. – P. 86-89.
4. Gordienko V.P., Vakhnenko A.A., Sapagina O.V., Rolko E.M. The main directions of improvement of medical care for oncological patients in modern socio-economic conditions of the individual region. Social aspects of public health [online publication] 2014; (3). Access mode: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/568/30/lang,ru/> (Date of the access: 17.01.2017).
5. Malignant neoplasms in Russia in 2009 (morbidity and mortality) / Ed. by V.I. Chissov, V.V. Starinsky, G.V. Petrova. – M.: MNIOI named after P.A. Herzen, 2011. – 259 p.
6. Malignant neoplasms in Russia in 2018 (morbidity and mortality) / Ed. by A.D. Kaprin, V.V. Starinsky, G.V. Petrova. – M.: MNIOI named after P.A. Herzen, 2019. – 248 p.
7. International Statistical Classification of Diseases and Health Problems. The X-th Revision. WHO. – Geneva, 1995. – № 1. – 698 p.
8. Merabishvili V.M. Oncological statistics (traditional methods, new information technologies): a guide for doctors. – SPb.: N.N. Petrov Institute of Oncology, 2011. – Part 1. – 224 p.
9. Oncology. Clinical recommendations / Ed. by M.I. Davydov, A.V. Petrovsky. – 2nd edition, revised and enlarged. – M.: Association of oncologists of Russia, 2018. – 976 p.
10. Pletnev V.V. Detection of predisposition to cancer and method of its primary prevention. – M.: Lenand, 2015. – 160 p.
11. Russia in numbers, 2019: Brief statistical compilation / Rosstat. – M., 2019. – 549 p.
12. State of oncological care for the population of Russia in 2009 / Ed. by V.I. Chissov, V.V. Starinsky, G.V. Petrova. – M.: MNIOI named after P.A. Herzen, 2010. – 195 p.
13. State of oncological care for the population of Russia in 2018 / Ed. by A.D. Kaprin, V.V. Starinsky, G.V. Petrova. – M.: MNIOI named after P.A. Herzen, 2019. – 235 p.
14. Trends and dynamics of pollution of the natural environment of the Russian Federation at the turn of the

XX-XXI centuries / Ed. by A. Israel. – M.: Federal Service for Hydrometeorology and Environmental Monitoring, 2007. – 65 p.

15. Bray F., Ferlay J., Soerjomataram I., Siegel R.L., Torre L.A., Jemal A. Global Cancer Statistics: GLOBO-

CAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries // CA: A Cancer Journal for Clinicians. – 2018. – № 68. – P. 394-424. – <https://doi.org/10.3322/caac.21492>.

Координаты для связи с авторами: Гордиенко Виктор Петрович – д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой лучевой диагностики, лучевой терапии с курсом онкологии АмГМА, e-mail: gen-45@rambler.ru.



<http://dx.doi.org/10.35177/1994-5191-2020-1-85-94>

УДК 614:93:327]:378.661»1920/1930»

Ю.В. Кирик¹, П.Э. Ратманов¹, П.А. Шенова²

ИНСТИТУАЛИЗАЦИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ В СОВЕТСКОЙ РОССИИ В 1920-1930-Х ГОДАХ В МЕЖДУНАРОДНОМ КОНТЕКСТЕ

¹Дальневосточный государственный медицинский университет, 680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел. 8-(4212)-76-13-96, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru, г. Хабаровск;

²Майнцский университет им. Иоганна Гутенберга, г. Гермерсхайм, Германия

Резюме

Данная статья посвящена появлению, развитию и ликвидации организаций и подразделений социальной гигиены в Советской России в 1918–1934 гг., а также анализу этих процессов в международном контексте. Первым социально-гигиеническим учреждением в стране стал Государственный Музей социальной гигиены при Наркомздраве РСФСР. Первая кафедра социальной гигиены была организована только в 1922 г. под эгидой 1-го Московского государственного университета, к концу 1920-х гг. таких кафедр было уже 18. В 1929 г. страна вступила в новый период коллективизации сельского хозяйства и индустриализации промышленности. В начале 1930-х гг. все институты социальной гигиены в РСФСР были постепенно свернуты.

Институализация социальной гигиены в России началась на десятилетие позже, чем в странах Европы. По нашему мнению, социальная гигиена в России в первые годы советской власти выступила, в первую очередь, инструментом для легитимации власти большевиков и господства коммунистической идеологии. Выявление и борьба с социальными причинами болезней, с одной стороны, соответствовала духу коммунизма, а с другой, - обладала значительной долей популизма. Таким образом, институализация социальной гигиены была инициирована сверху не только для академического медицинского сообщества, но и для самого Наркомздрава. Политическая конъюнктура в этом проекте превалировала над научной и образовательной повесткой.

Ключевые слова: социальная гигиена, общественное здоровье, здравоохранение, история, Наркомздрав, международные связи, Советская Россия, Германия, медицинское образование.

Yu.V. Kirik¹, P.E. Ratmanov¹, P.A. Shenoeva²

INSTITUTIONALIZATION OF SOCIAL HYGIENE IN SOVIET RUSSIA IN THE 1920-1930S IN THE INTERNATIONAL CONTEXT

¹Far Eastern State Medical University, Khabarovsk;

²Johannes Gutenberg-Universität Mainz in Germersheim, Germersheim, Germany

Summary

This article is devoted to the emergence, development and liquidation of organizations and units of social hygiene in Soviet Russia in 1918–1934, as well as the analysis of this process in the international context. The first social-hygienic institution in the country was the State Museum of Social Hygiene of the People's Commissariat of Health of the Soviet Russia. The first department of social hygiene was organized only in 1922 in the 1st Moscow State University. By the end of the 1920s there were already 18 such departments. In 1929, the country entered a new period of collectivization of agriculture and industrialization of industry. In the early 1930s all social hygiene institutes in the Soviet Russia were gradually liquidated.

The institutionalization of social hygiene in Russia began a decade later than in Europe. In our opinion, social hygiene in Russia in the early years of Soviet power was primarily a tool for legitimizing the power of the Bolsheviks and the communist ideology. Identifying of and combating with the social causes of diseases, on the one hand, was in line with the spirit of communism, and on the other, it had a significant share of populism. Thus, the institutionalization of social hygiene was