

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2017

УДК 616.33-006.04-07:312.6(470.11)«2006–2015»

Рубцова Ю.В.¹, Мордовский Э.А.², Потехина Е.Ф.¹, Гладиллина С.В.¹

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ПРИЧИНЫ ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА ЖЕЛУДКА У НАСЕЛЕНИЯ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ В 2006–2015 ГГ.

¹ГБУЗ Архангельской области «Архангельский клинический онкологический диспансер», 163045, г. Архангельск, Россия;

²ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, 163000, г. Архангельск, Россия;

Рак желудка (РЖ) остаётся одним из наиболее неблагоприятных по прогнозу злокачественных новообразований в России, в том числе вследствие несвоевременной диагностики заболевания.

Цель исследования – оценить динамику заболеваемости населения Архангельской области РЖ в 2006–2015 гг. и выделить причины его поздней (в IV стадии) диагностики.

Материал и методы. *Использованы данные популяционного ракового регистра Архангельской области. Логистический регрессионный анализ выполнен для оценки взаимосвязи между вероятностью диагностики РЖ в IV стадии и набором предикторов (полом, местом проживания, возрастом пациента на момент постановки диагноза).*

Результаты. *В 2006–2015 гг. заболеваемость населения Архангельской области РЖ была выше, чем в целом по России (36,0–45,3 случая на 100 тыс. населения против 25,9–29,4 случая на 100 тыс. населения соответственно). Каждый второй (43,9%) новый случай заболевания был обнаружен в IV стадии; доля таких пациентов в 2006–2015 гг. варьировала от 40,5 до 48,6% без выраженной тенденции к снижению. Ошибки работы врачей первичного звена региона лидировали в структуре причин поздней диагностики РЖ (61,9–73,8%). В каждом третьем случае (26,2–38,1%) новообразование было диагностировано в IV стадии вследствие низкого качества самосохранительного поведения и уровня медицинской активности самого пациента. В исследуемый период с поздней диагностикой заболевания был ассоциирован возраст пациента на момент постановки диагноза: каждый дополнительный год снижал относительные шансы исхода на 2–3%.*

Заключение. *Полученные результаты определяют повышение уровня онконастороженности и устранения ошибок диагностической работы врачей первичного звена в качестве необходимых условий сокращения смертности населения Архангельской области от РЖ.*

Ключевые слова: рак желудка; заболеваемость; поздняя диагностика; Европейский Север России.

Для цитирования: Рубцова Ю.В., Мордовский Э.А., Потехина Е.Ф., Гладиллина С.В. Динамика заболеваемости и причины поздней диагностики рака желудка у населения Архангельской области в 2006–2015 гг. *Российский онкологический журнал*. 2017; 22 (6): 329–334. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1028-9984-2017-22-6-329-334>

Для корреспонденции: Рубцова Юлия Викторовна, врач-статистик организационно-методического отдела; 163045, г. Архангельск, пр. Обводный канал, д. 145, корп. 1. E-mail: rubcova@onko29.ru.

Rubtsova Yu.V.¹, Mordovsky E.A.², Potehina E.F.¹, Gladilina S.V.¹

DYNAMICS OF INCIDENCE RATE AND CAUSES OF THE LATE DIAGNOSIS OF GASTRIC CANCER IN THE ARKHANGELSK REGION IN 2006–2015

¹Arkhangelsk clinical oncological hospital, Arkhangelsk, 163045, Russian Federation;

²Northern State Medical University, Arkhangelsk, 163000, Russian Federation

Gastric cancer (C16) remains one of the most prognostic unfavorable form of malignant neoplasms in Russia, primarily due to its late diagnostics.

Aim of this study is to assess the dynamics of the incidence rate of gastric cancer in the Arkhangelsk region in 2006–2015 and to reveal the reasons for its late diagnosis (clinical stage IV).

Material and methods. *We used the data of population-based cancer registry of the Arkhangelsk region. Binary logistic regression analysis was performed to assess the odds ratios of the late diagnosis of gastric cancer (clinical stage IV) from an array of predictors (gender, place of residence, and the patient's age at diagnosis).*

Results. *The incidence rate of gastric cancer in the Arkhangelsk region in 2006–2015 was higher than in Russia as a whole (36.0–45.3 cases per 100,000 and 25.9–29.4 cases per 100,000 respectively). Every second (43.9%) new case of this neoplasm was revealed at the clinical stage IV. The proportion of these patients was stable in 2006–2015 (from 40.5% to 48.6%). Errors of primary care doctors in Arkhangelsk region were the main reason of the late diagnosis of gastric cancer (61.9%–73.8%). Every third new case of this neoplasm (26.2%–38.1%) was diagnosed at the clinical stage IV due to the low quality of patients' self-preservation behavior. Patient's age was associated with the late diagnosis of gastric cancer: every additional year reduced the odds ratio of the outcome for 2–3%.*

Conclusion. *Obtained results determine the elimination of errors in the diagnostic work of primary care doctors (especially strengthening the readiness to diagnose the neoplasms) as an essential condition for the reduction of gastric cancer mortality in the Arkhangelsk region.*

Keywords: gastric cancer; incidence; late diagnosis; the European North of Russia.

For citation: Rubtsova Yu.V., Mordovsky E.A., Potehina E.F., Gladilina S.V. Dynamics of incidence rate and causes of the late diagnosis of gastric cancer in the Arkhangelsk region in 2006–2015. *Rossiiskii onkologicheskii zhurnal. (Russian Journal of Oncology)*. 2017; 22 (6): 329–334. (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1028-9984-2017-22-6-329-334>

For correspondence: Yuliya V. Rubtsova, MD, Doctor-Statistician of Organizational-Methodical Department; Arkhangelsk, 163045, Russian Federation. E-mail: rubcova@onko29.ru.

Information about authors:

Rubtsova Yu.V. <http://orcid.org/0000-0002-9310-9157>

Mordovsky E.A. <http://orcid.org/0000-0002-2346-9763>

Potehina E.F. <http://orcid.org/0000-0001-5416-4244>

Gladilina S.V. <http://orcid.org/0000-0002-1656-2329>

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Acknowledgment. The study had no sponsorship.

Received 26 May 2017
Accepted 29 June 2017

В начале XXI века рак желудка (РЖ) остается одним из наиболее неблагоприятных по прогнозу новообразований в мире и России, занимая 6-е ранговое место в структуре онкологической заболеваемости и 2-е – в структуре смертности от злокачественной онкопатологии [1–5]. Заболеваемость РЖ варьирует в широких пределах: максимальные значения отмечены у мужчин в Японии (80,3 на 100 тыс. населения), минимальные – у женщин европеоидной расы в США (2,3 на 100 тыс. населения) [4, 6]. В последние годы отмечена тенденция к постепенному снижению заболеваемости РЖ в экономически развитых странах [3]. В России за последние 10 лет значение стандартизованного показателя заболеваемости населения РЖ также снизилось на 18,7% (в том числе на 19,7% среди мужчин и 16,7% среди женщин), достигнув к 2015 г. 25,9 на 100 тыс. населения [1, 7]. В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями населения Архангельской области в 2015 г. РЖ занимал 4-е ранговое место (8,5%), в том числе 3-е место среди мужчин и 4-е – среди женщин. В структуре смертности населения региона от онкопатологии РЖ занимал вторую позицию после рака лёгких (в 2015 г. – 12,9%) [8].

Результат лечения пациента (включая выживаемость), страдающего злокачественным новообразованием, зависит от комплекса факторов. Важнейшим из них, безусловно, остаётся своевременная диагностика онкопатологии. В России, к сожалению, несмотря на рост удельного веса больных, у которых РЖ был впервые выявлен в ранних (I–II) стадиях (23,3% в 2006 г. и 31,9% в 2015 г. соответственно), доля пациентов с запущенным опухолевым процессом (IV стадия) остаётся стабильно высокой (41,7% в 2006 г. и 40,5% в 2015 г. соответственно) [9]. Этому способствуют особенности самосохранительного поведения и медицинской активности самих пациентов, а также низкий уровень онконастороженности врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. Так, в Архангельской области в 2015 г. в структуре причин поздней диагностики всех злокачественных новообразований лидирующие позиции занимали: несвоевременное обращение пациента за медицинской помощью (35%), скрытое течение болезни (34,7%) и недостаточная квалификация врачей (15,7%) [8].

Если учесть в целом более высокий риск развития РЖ у населения приарктических регионов страны, низкую транспортную доступность специализированной медицинской помощи для ряда территорий, особенно актуальной представляется решение задачи анализа структуры причин поздней диагностики данной онкопатологии [10]. Полученные данные могут быть использованы при разработке дополнительных организационных мероприятий, направленных на улучшение эпидемиологической ситуации в отношении всех злокачественных новообразований, а также для повышения эффективности использования ограниченных ресурсов системы здравоохранения.

Цель исследования – на основе данных популя-

ционного ракового регистра Архангельской области оценить динамику заболеваемости населения региона РЖ (С16) в 2006–2015 гг. и выделить причины его поздней (в IV клинической стадии) диагностики.

Материал и методы

Выполнено сплошное аналитическое регистрационное исследование. Из базы данных популяционного ракового регистра Архангельской области (Канцер-регистр) извлечены обезличенные данные обо всех случаях злокачественных новообразований желудка (по МКБ-10 С16.0–С16.9), впервые выявленных в Архангельской области в 2006–2015 гг. ($n = 4504$). Сформированная база данных содержала следующие переменные: пол пациента, возраст на момент постановки диагноза, район проживания, место жительства (городские и сельские поселения), дату постановки диагноза, клинический диагноз в системе МКБ-10, клиническую стадию новообразования на момент установления диагноза (I, II, III, IV), причину поздней диагностики (под поздней диагностикой понимались случаи злокачественного новообразования IV стадии). Для 6,5% больных РЖ сведения о стадии заболевания в Канцер-регистре отсутствовали. Причины поздней диагностики РЖ (в IV стадии) были условно разделены на 2 группы. В первую включены случаи, связанные с недостатками (ошибками) работы врачей первичного звена Архангельской области по раннему выявлению новообразований (неполное обследование пациента, несовершенство диспансеризации, клиническая и рентгенологическая ошибки, скрытое течение болезни). Во вторую группу включены случаи, которые являлись следствием низкого качества самосохранительного поведения и уровня медицинской активности самого пациента (отказ от обследования, несвоевременное обращение за медицинской помощью). В каждом шестом случае (16,1%) врач, диагностировавший РЖ в IV стадии, не оформил «Протокол на случай выявления у больного запущенной формы злокачественного заболевания» (ф. № 027-2/у), вследствие чего причина поздней диагностики состояния не была учтена. Согласно рекомендациям Международного агентства по изучению рака (МАИР), в анализ были включены только впервые выявленные случаи первичных злокачественных новообразований для данной локализации (за исключением случаев с разной гистологической картиной) и исключены повторные записи по поводу лечения рецидивов и прогрессирования заболевания ($n = 707$). Также в дальнейший анализ не вошли случаи РЖ, диагноз которых был установлен посмертно ($n = 360$). Сведения о численности населения районов Архангельской области в 2006–2015 гг. были предоставлены Территориальным органом Федеральной службы государственной статистики по Архангельской области (Архангельскстат).

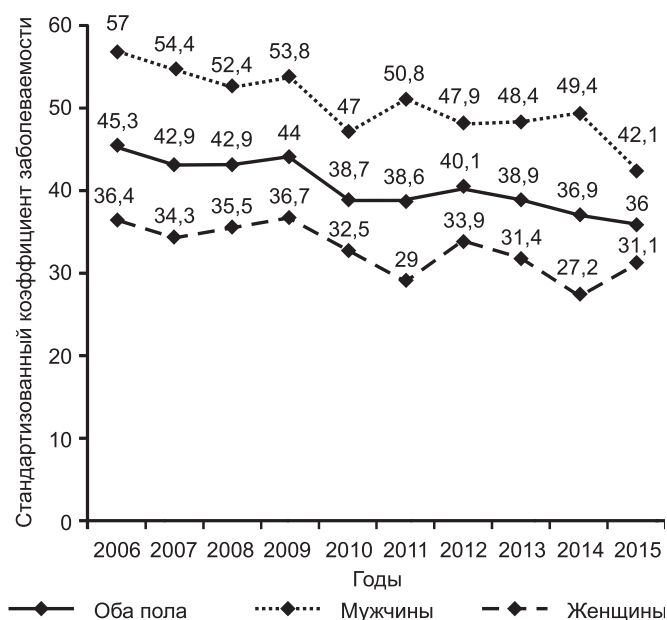


Рис. 1. Стандартизованные показатели заболеваемости населения Архангельской области РЖ в 2006–2015 гг. (на 100 тыс. населения соответствующего пола); стандарт – возрастная структура населения России на 01.01.2015.

Качественные данные были представлены в виде процентных долей. Стандартизованные показатели заболеваемости населения РЖ рассчитаны прямым методом с учетом данных о возрастной структуре населения России на 01.01.2015. Серия процедур множественного бинарного логистического регрессионного анализа (БЛРА) была выполнена, чтобы оценить относительные шансы (ОШ) позднего (в IV клинической стадии) обнаружения РЖ с набором предикторов (пол пациента, возрастом на момент диагностики РЖ и местом проживания пациента). Предикторы включены в модель методом backward elimination LR. Достоверным считались различия при $p < 0,05$. Для анализа данных были использованы программа Microsoft Office Excel 2007 и пакет прикладных программ Stata 12.0.

Результаты

В 2006–2015 гг. в Архангельской области зарегистрировано 4504 новых случая РЖ (2502 среди мужчин и 2002 среди женщин). Значения показателя заболеваемости в группе мужчин превышали таковые в группе женщин и в целом оставались стабильно высокими в исследуемый период (рис. 1).

Темп убыли значения показателя в 2006–2015 гг. составил –20,5% (оба пола), среди мужчин – 26,1%, среди женщин – 14,6%.

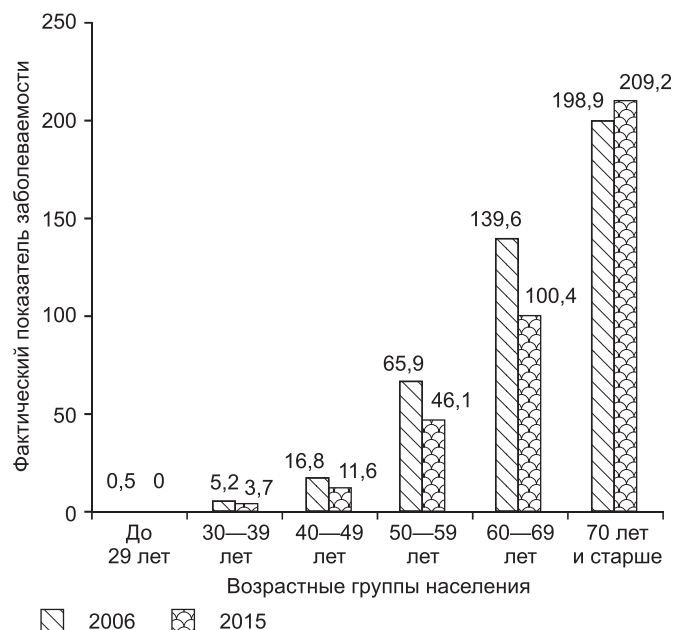


Рис. 2. Фактические показатели заболеваемости населения Архангельской области РЖ в возрастных группах в 2006 и 2015 гг. (на 100 тыс. населения соответствующих возрастных групп).

В 2015 г. по сравнению с 2006 г. отмечено значительное снижение фактического показателя заболеваемости РЖ во всех возрастных группах населения за исключением лиц старше 70 лет (рис. 2).

Темп убыли значения показателя варьировал в широких пределах (от –28,1 до –31%); темп прироста показателя заболеваемости в старшей возрастной группе (70 лет и старше) составил 5,2% в 2015 г. по сравнению с 2006 г.

В 2006–2015 гг. в Архангельской области каждый второй (43,9%) новый случай РЖ был обнаружен в IV стадии заболевания. Доля таких пациентов в исследуемый период варьировала незначительно (от 40,5 до 48,6%); выраженная тенденция её снижения в указанный период отсутствовала (табл. 1).

Соотношение показателей одногодичной летальности отчётного года и запущенности предыдущего отчётного года характеризует уровень несоответствия долей больных с опухолевым процессом IV стадии и фактической запущенностью, что, в свою очередь, свидетельствует о высокой частоте клинических ошибок в оценке распространённости опухолевого процесса у больного (табл. 2).

Из представленных данных следует, что в Архангельской области в исследуемый период при определении стадии опухолевого процесса РЖ показатель

Таблица 1

Структура группы пациентов (жителей Архангельской области) в зависимости от клинической стадии РЖ на момент постановки диагноза в 2006–2015 гг. (в %)

Стадия	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
I–II	21,9	24,3	23,9	22,9	21,4	24,8	22,6	27,3	30,4	35,4
III	26,3	29,8	24,1	26,5	23,0	23,2	28,0	21,6	20,7	18,6
IV	46,1	40,3	46,3	42,0	48,6	43,9	43,9	44,8	41,4	40,5
Без стадии	5,7	5,6	5,7	8,6	7,0	5,5	5,5	6,3	7,5	5,5

Таблица 2

Коэффициенты одногодичной летальности (А), запущенности (В) РЖ и их соотношение в Архангельской области в 2006–2015 гг.

Показатель	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Одногодичная летальность (на 100 пациентов), А	60,3	65,5	61,0	62,7	56,8	55,1	54,3	58,0	53,8	51,2
Коэффициент запущенности, %, В	46,1	40,3	46,3	42,0	48,6	45,0	43,9	44,8	41,4	40,5
Индекс А/В	1,4	1,5	1,4	1,4	1,1	1,2	1,3	1,2	1,2	–

Таблица 3

Причины поздней (в IV стадии) диагностики РЖ в Архангельской области в 2006–2015 гг. (в %)

Причины	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ошибки работы врачей	71,1	64,9	70,3	73,8	72,7	63,9	65,8	61,9	65,9	62,0
Ошибки пациентов	28,9	35,1	29,7	26,2	27,3	36,1	34,2	38,1	34,1	38,0

запущенности был занижен в среднем в 1,3 раза.

В 2006–2015 гг. недостатки (ошибки) работы врачей первичного звена Архангельской области лидировали в структуре причин поздней диагностики РЖ (табл. 3). В каждом третьем случае заболевание было диагностировано в IV стадии вследствие низкого качества самосохранительного поведения и уровня медицинской активности пациента.

При детальном анализе причин поздней диагностики РЖ, связанных с работой медицинских организаций, лидирующие позиции занимало скрытое течение болезни (рис. 3, см. 3-ю стр. обложки).

В структуре причин поздней диагностики РЖ, связанных с низким уровнем ответственности пациента в отношении к своему здоровью, превалировало «несвоевременное обращение за медицинской помощью».

В табл. 4 представлены результаты серии процедур БЛРА – оценки статистической взаимосвязи между вероятностью обнаружения РЖ в IV стадии (бинарная переменная) и набором предикторов (полом пациента, возрастом на момент постановки диагноза РЖ и местом проживания) в Архангельской области в 2006–2015 гг.

Из представленных данных следует, что в 2006–2015 гг. с обнаружением РЖ в поздней (IV) стадии был ассоциирован лишь возраст пациента на момент постановки диагноза. Коэффициент b модели и соответствующий ему коэффициент отношения шансов (ОШ) демонстрируют степень влияния предиктора на зависимую дихотомическую переменную. Так, каждый дополнительный год жизни пациента снижал ОШ исхода (обнаружения РЖ в IV стадии) в среднем на 2–3%. Пол и место проживания пациента (за исключением 2007 г.) были исключены из окончательной модели и соответственно являлись «вмешивающимися» факторами – не оказывавшими статистически значимого влияния на зависимую переменную в исследуемый период.

Обсуждение

Указ Президента РФ от 7 мая 2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» ставит перед отечественной системой здравоохранения амбициозную задачу снизить смертность населения от новообразований (в том числе злокачественных) до 192,8 на 100 тыс. населения к 2018 г. В этой связи особенно актуальным представляется поиск причин поздней диагностики онкопатологии

(в IV стадии), когда большинство имеющихся методов лечения оказываются малоэффективными.

Ситуация с регистрируемой заболеваемостью РЖ населения Архангельской области в 2006–2015 гг. имела ряд особенностей. Так, на фоне выраженной тенденции к снижению частоты встречаемости состояния в целом по России (с 29,4 на 100 тыс. населения в 2006 г. до 25,9 на 100 тыс. населения в 2015 г.) динамика показателя в регионе практически отсутствовала (36,8–41,2 на 100 тыс. населения) [1]. В исследуемый период в Архангельской области, в отличие от большинства регионов страны, не было зафиксировано сокращения заболеваемости РЖ в мужской популяции [11, 12]. При этом соотношение вновь выявленных случаев онкопатологии в группах мужчин и женщин в исследуемый период было несколько ниже (в 2015 г. примерно 4:3 в Архангельской области и 3:2 в России соответственно) [7].

В 2006–2015 гг. заболеваемость РЖ снизилась в большинстве возрастных групп населения Архангельской области. Исключение составили лица пожилого и старческого возраста (старше 70 лет). Негативная динамика показателя именно в этой группе населения препятствовала улучшению эпидемиологической ситуации с РЖ в регионе в целом [4, 6]. По мнению ряда исследователей, дальнейшее развитие процесса демографического перехода (увеличение доли лиц старше трудоспособного возраста в структуре населения) уже в ближайшем будущем приведет к качественному изменению характеристик группы риска РЖ [1, 13, 14].

Структура группы пациентов, в зависимости от клинической стадии РЖ на момент постановки диагноза, в исследуемый период претерпела ряд изменений. С одной стороны, в 2015 г. по сравнению с 2006 г. практически в 1,5 раза (с 21,9 до 35,4%) возросла доля пациентов, у которых заболевание было выявлено в ранних (I и II) стадиях. По мнению О.В. Кривонос и соавт. [15], это достижение стало возможным вследствие активизации профилактической работы в первичном звене системы здравоохранения (в том числе начале реализации программы диспансеризации взрослого населения). С другой стороны, более 40% всех новых случаев РЖ в Архангельской области всё ещё диагностируется в IV стадии, когда большинство методов лечения малоэффективны. Отсутствие выраженной динамики в значении данного показателя в 2006–2015 гг. (на фоне увеличения доли

Таблица 4

Взаимосвязь между вероятностью обнаружения РЖ в IV стадии и полом, местом проживания пациента, возрастом на момент диагностики новообразования в Архангельской области в 2006–2015 гг.

Год	Независимая переменная (референсная категория)	Параметры модели множественного БЛРА			p
		б	ОШ	95% ДИ	
2006	Свободный член (intercept)	1,261	–	–	–
	Возраст, годы	– 0,022	0,978	0,963–0,994	0,007
2007	Свободный член (intercept)	1,049	–	–	–
	Возраст, годы	–0,024	0,977	0,961–0,992	0,003
	Место жительства (сельские поселения)	0,464	1,590	1,590–2,429	0,032
2008	Свободный член (intercept)	1,221	–	–	–
	Возраст, годы	–0,021	0,979	0,964–0,994	0,006
2009	Свободный член (intercept)	0,855	–	–	–
	Возраст, годы	–0,018	0,982	0,967–0,998	0,025
2010	Свободный член (intercept)	2,276	–	–	–
	Возраст, годы	–0,035	0,965	0,949–0,981	< 0,001
2011	Свободный член (intercept)	0,977	–	–	–
	Возраст, годы	–0,018	0,982	0,966–0,999	0,039
2012	Свободный член (intercept)	2,924	–	–	–
	Возраст, годы	–0,048	0,953	0,937–0,970	< 0,001
2013	Свободный член (intercept)	2,057	–	–	–
	Возраст, годы	–0,034	0,966	0,950–0,983	< 0,001
2014	Свободный член (intercept)	1,447	–	–	–
	Возраст, годы	–0,027	0,973	0,957–0,990	0,002
2015	Свободный член (intercept)	1,066	–	–	–
	Возраст, годы	–0,022	0,978	0,961–0,996	0,014

ранних форм заболевания) свидетельствует о том, что резервы сокращения смертности населения от РЖ в регионе остаются достаточно ограниченными. Данный тезис косвенно подтверждают результаты серии процедур БЛРА: место жительства пациентов (городские или сельские поселения) и, соответственно, доступность специализированной помощи не были ассоциированы с вероятностью обнаружения заболевания в поздней (IV) стадии (см. табл. 4).

В исследуемый период в структуре причин поздней (в IV стадии) диагностики РЖ преобладали обстоятельства, связанные с особенностями клиники заболевания в ранних стадиях (на долю скрытого течения болезни, под которым в Канцер-регистре понимается бессимптомное течение заболевания либо случайное его выявление при обследовании по поводу другого заболевания, приходилось более трети всех пациентов, у которых заболевание было выявлено в IV стадии). Тривиальный характер указанного обстоятельства хорошо известен в профессиональной среде, и его актуальность подтверждена во многих исследованиях [16, 17]. По мнению японских специалистов, в случае РЖ, оно является достаточной причиной для организации дополнительного скрининга в популяционных группах риска [18]. Вместе с тем, почти в каждом шестом случае (16,1%) причина поздней диагностики состояния не была зафиксирована, поскольку врач, обнаруживший РЖ в IV стадии, не оформил соответствующую учётную форму («Протокол на случай выявления у больного запущенной формы злокачественного заболевания» (ф. № 027-2/у)). Большинство неучтённых причин поздней диагностики принадлежит медицинским ор-

ганизациям ведомственного подчинения. Почти так же часто причиной несвоевременной постановки диагноза явилось неполное обследование пациента (под которым в Канцер-регистре понимаются случаи несоблюдения объёмов обследования, отсутствия проведённых исследований, способствующих установить диагноз онкологического заболевания) и несовершенство диспансеризации (отсутствие или низкая эффективность диспансерного наблюдения лиц повышенного онкологического риска среди прикрепленного населения). Таким образом, в каждом четвёртом случае позднее обнаружение РЖ может быть объяснено низким уровнем онконастороженности и ошибками диагностической работы врачей первичного звена и, соответственно, представлять собой резерв сокращения смертности населения от этого новообразования.

Выводы

1. В Архангельской области в 2006–2015 гг. эпидемиологическая ситуация с заболеваемостью населения РЖ оставалась относительно тяжёлой. Темп убыви значений стандартизованных показателей заболеваемости в исследуемый период составил – 20,5% (оба пола), в том числе среди мужчин – 26,1%, среди женщин – 14,6%. Соотношение числа вновь выявленных случаев новообразования среди мужчин и женщин в регионе было ниже, чем в целом по стране (в 2015 г. – 4:3 в Архангельской области и 3:2 в России соответственно).

2. В 2006–2015 гг. в Архангельской области почти у половины (от 40,5 до 48,6%) пациентов РЖ был впервые обнаружен в IV стадии; выраженная тенденция к

снижению доли таких пациентов отсутствовала. При определении стадии опухолевого процесса РЖ показатель запущенности был занижен в среднем в 1,3 раза. Недостатки (ошибки) работы врачей первичного звена Архангельской области лидировали в структуре причин поздней диагностики РЖ (61,9–73,8%); в основном они были обусловлены особенностями клиники заболевания в ранних стадиях (60,7%), а также низким уровнем онконастороженности и ошибками диагностической работы врачей медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (18,8%). В структуре причин поздней диагностики РЖ, связанных с низким уровнем ответственности пациента в отношении своего здоровья, превалировало несвоевременное обращение за медицинской помощью (84%).

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

ЛИТЕРАТУРА

- Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В., ред. *Злокачественные новообразования в России в 2015 году (заболеваемость и смертность)*. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России; 2017.
- Hartgrink H.H., Jansen E.P., van Grieken N.C., van de Velde C.J., Gastric cancer. *Lancet*. 2009; 374(9688): 477–90. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60617-6.
- Torre L.A., Bray F., Siegel R.L., Ferlay J., Lortet-Tieulent J., Jemal A. Global cancer statistics, 2012. *Cancer Journal of Clinicians*. 2015; 62(2): 87–108. doi: 10.3322/caac.21262.
- Мерабишвили В.М. Аналитическая эпидемиология рака желудка. *Вопросы онкологии*. 2013; 5: 565–70.
- International Agency for Research on Cancer. GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. URL: Available at: <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>
- Curado M.P., Edwards B., Shin H.R., Storm H., Ferlay J., Heanue M., Boyle P., (eds.). Cancer incidence in five continents. *IARC. Sci. Publ.* 2008; IX(160).
- Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В., ред. *Злокачественные новообразования в России в 2011 году (заболеваемость и смертность)*. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, 2013.
- Оптимизация лечебно-диагностической тактики при онкологических заболеваниях: материалы научно-практической конференции. Архангельск, 19–20 мая 2016 г. Архангельск: Архангельский клинический онкологический диспансер; 2016.
- Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В., ред. *Состояние онкологической помощи населению России в 2015 году*. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, 2016.
- Кривонос О.В., Чиссов В.И., Старинский В.В., Александрова Л.М. Роль и задачи смотрового кабинета поликлиники как этапа в организации профилактических мероприятий, направленных на совершенствование онкологической помощи населению. *Методические рекомендации*. М.: ФГУ «МНИОИ им. П.А. Герцена Минздравсоцразвития России», 2010.
- Опенко Т.Г., Решетников О.В., Курилович С.А., Симонова Г.И. Рак желудка в Новосибирске на рубеже тысячелетий (тренды заболеваемости и смертности, возможности профилактики). *Вопросы онкологии*. 2013; 59(6): 708–13.
- Писарева Л.Ф., Бояркина А.П., Ушакова И.В. Рак желудка в регионе Сибири и Дальнего Востока (1991–2005 гг.). *Сибирский онкологический журнал*. 2009; 3: 36–43.
- Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В., ред. *Злокачественные новообразования в России в 2007 году (заболеваемость и смертность)*. М.: ФГУ МНИОИ им. П.А. Герцена Росмедтехнологий, 2009.
- Гордиенко В.П., Ролько Е.М., Песчанская С.А., Максимова Н.С. Эпидемиологические особенности рака желудка на территории Амурской области. *Дальневосточный медицинский журнал* 2014; 3: 37–42.
- Кривонос О.В., Чиссов В.И., Старинский В.В., Александрова Л.М., Скачкова Е.И. *Организационно-методические аспекты деятельности онкологической службы России и специалистов-онкологов раз-*

ного уровня. М: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздравсоцразвития России, 2011. 30 с.

- Когония Л.М. Анализ заболеваемости злокачественными новообразованиями в CAO и СЗАО Москвы (в сравнении с Россией и Московской). *Социальные аспекты здоровья населения* 2012; 25(3). URL: Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/408/lang.ru/>
- Бодрягина Е.С., Назипова З.М., Горелкин И.В., Абдулганиева Д.И. Канцеропревенция заболеваний желудочно-кишечного тракта – онкологическая настороженность врачей и студентов казанского медицинского университета. *Практическая медицина*. 2016; 2(96): 9–14.
- Matsuzaka M., Tanaka R., Sasaki Y. High Mortality Rate of Stomach Cancer Caused Not by High Incidence but Delays in Diagnosis in Aomori Prefecture, Japan. *Asian. Pac. J. Cancer Prev*. 2016; 17(10): 4723–7.

REFERENCES

- Kaprin A.D., Starinskiy V.V., Petrova G.V., eds. *Malignant neoplasms in Russia in 2015 (morbidity and mortality)*. Moscow: MNIОI im. P.A. Gertsena – filial FGBU «NMIRC» Minzdrava Rossii; 2017. (in Russian)
- Hartgrink H.H., Jansen E.P., van Grieken N.C., van de Velde C.J. Gastric cancer. *Lancet*. 2009; 374(9688): 477–90.
- Torre L.A., Bray F., Siegel R.L., Ferlay J., Lortet-Tieulent J., Jemal A. Global cancer statistics, 2012. *Cancer Journal of Clinicians*. 2015; 62(2): 87–108.
- Merabishvili V.M. Analytical epidemiology of gastric cancer. *Voprosy onkologii*. 2013; 5: 565–70. (in Russian)
- International Agency for Research on Cancer. GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. Available at: <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx> (accessed 21 January 2017)
- Curado M.P., Edwards B., Shin H.R., Storm H., Ferlay J., Heanue M., Boyle P., eds. Cancer incidence in five continents. *IARC. Sci. Publ.* 2008; IX(160).
- Chissov V.I., Starinskiy V.V., Petrova G.V., eds. *Malignant neoplasms in Russia in 2011 (morbidity and mortality)*. Moscow: MNIОI im. P.A. Gertsena – filial FGBU «NMIRC» Minzdrava Rossii; 2013. (in Russian)
- Optimization of diagnostic and treatment tactics in oncology. *Proceedings of the Scientific Conference in Arkhangelsk Regional Oncological Hospital*. 2016, May 19–20; Arkhangelsk; Russia, 2016. (in Russian)
- Kaprin A.D., Starinskiy V.V., Petrova G.V., eds. *Cancer care in Russia in 2015*. Moscow: MNIОI im. P.A. Gertsena – filial FGBU «NMIRC» Minzdrava Rossii; 2016. (in Russian)
- Krivosos O.V., Chissov V.I., Starinskiy V.V., Aleksandrova L.M. *The role and tasks of examination room of out-patient department as a stage in the organization of preventive measures aimed at improving the cancer care to the population*. Moscow: FGU MNIОI im. P.A. Gertsena Minzdravsozrazvitiya Rossii, 2010. (in Russian)
- Openko T.G., Reshetnikov O.V., Kurilovich S.A., Simonova G.I. Gastric cancer in Novosibirsk in the Millennium (trends in morbidity and mortality, prevention opportunities). *Voprosy onkologii*. 2013; 59(6): 708–13. (in Russian)
- Pisareva L.F., Bojarkina A.P., Ushakova I.V. Gastric cancer in the region of Siberia and the Far East of Russia (in 1991–2005). *Sibirskiy onkologicheskii zhurnal*. 2009; 3: 36–43. (in Russian)
- Chissov V.I., Starinskiy V.V., Petrova G.V., eds. *Malignant neoplasms in Russia in 2007 (morbidity and mortality)*. Moscow: FGU MNIОI im. P.A. Gertsena Rosmedtekhologii; 2009. (in Russian)
- Gordienko V.P., Rol'ko E.M., Peschanskaya S.A., Maksimova N.S. Epidemiological features of gastric cancer in the Amur Region. *Dal'nevostochnyy meditsinskiy zhurnal*. 2014; 3: 37–42. (in Russian)
- Krivosos O.V., Chissov V.I., Starinskiy V.V., Aleksandrova L.M., Skachkova E.I. *Organizational and methodological aspects of activity of Russian oncological health caresystem and oncologists at different levels*. Moscow: FGU MNIОI im. P.A. Gertsena Minzdravsozrazvitiya Rossii, 2011. (in Russian)
- Kogonija L.M. Analysis of the incidence of malignant neoplasms in the North Administrative Okrug and North-West Administrative Okrug of Moscow (in comparison to whole Russia and Moscow). *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya*. 2012; 25(3). Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/408/lang.ru/> (accessed 21 January 2017). (in Russian)
- Bodryagina E.S., Nazipova Z.M., Gorelkin I.V., Abduganieva D.I. Cancer-prevention of gastrointestinal diseases – oncological vigilance of doctors and students of the Kazan Medical University. *Prakticheskaya meditsina*. 2016; 2(96): 9–14. (in Russian)
- Matsuzaka M., Tanaka R., Sasaki Y. High Mortality Rate of Stomach Cancer Caused Not by High Incidence but Delays in Diagnosis in Aomori Prefecture, Japan. *Asian. Pac. J. Cancer Prev*. 2016; 17(10): 4723–7.

Поступила 26.05.17

Принята к печати 29.06.17

К ст. Ю.В. Рубцовой и соавт.

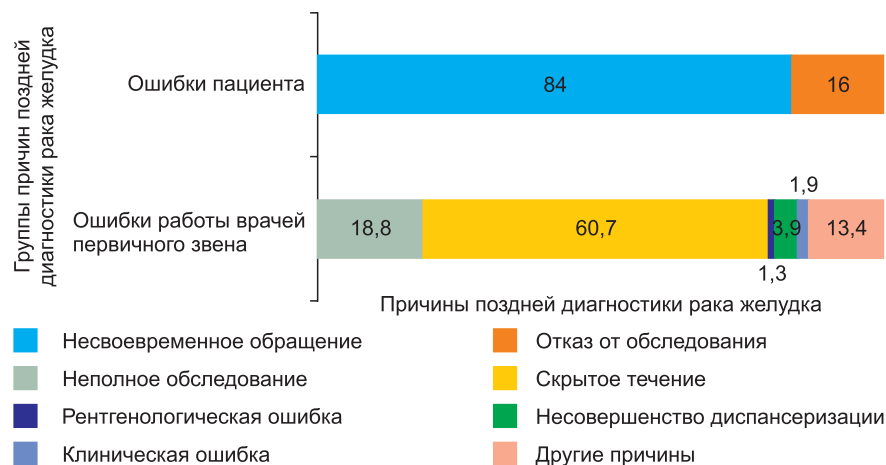


Рис. 3. Структура причин поздней (в IV стадии) диагностики РЖ, относящихся к работе медицинских организаций и пациентам в Архангельской области в 2006–2015 гг. (в %).

ПОДПИСКА НА «РОССИЙСКИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ»

ОАО «ИЗДАТЕЛЬСТВО "МЕДИЦИНА"»

ПРЕДЛАГАЕТ ВАМ ЛЮБОЙ УДОБНЫЙ ДЛЯ ВАС СПОСОБ ПОДПИСКИ:

Подписка через наш сайт: www.medlit.ru/journalsview/oncology

Подписка через интернет: www.akc.ru

www.pressa-rf.ru

Подписка на электронную версию журнала:

www.elibrary.ru

В любом почтовом отделении РФ по действующим каталогам

Индекс по каталогу «Роспечать»: **72159**

Индекс по каталогу «Пресса России»: **41415**

Форма подписки – полугодовая:

На 1-е полугодие подписка принимается с 1 сентября

На 2-е полугодие – с 1 апреля

Подписка оканчивается в сроки, определяемые распространителем (Агентством «Роспечать») самостоятельно.

По всем вопросам, связанным с подпиской на журнал, Вы можете обратиться в отдел реализации периодической литературы:

☎ +7 (495) 150-07-47, доб. 2

E-mail: a.belova@idm.msk.ru