

УДК 616.36-006.6+610.64:610.34 (575.2) (04)

## ОБЩАЯ СМЕРТНОСТЬ И ЛЕТАЛЬНОСТЬ ОТ ПЕРВИЧНОГО РАКА ПЕЧЕНИ У ЖИТЕЛЕЙ ОШСКОЙ ОБЛАСТИ

*Г.М. Гапырова* – соискатель,

*А.Р. Жумабаев* – докт. мед. наук

Ошский межобластной центр онкологии при МЗ КР

---

The processing and analysis of statistical parameters of general mortality and one-year mortality from primary carcinoma of liver among the inhabitants of the Osh region, both as a whole, and in a cut of areas is carried out.

Рак печени – тяжелое заболевание, частота которого неуклонно растет во многих странах мира, а заболеваемость и смертность достигает более одного миллиона человека в год. Среди первичных опухолей печени преобладают злокачественные варианты – 96,5%. Сложными проблемами современной клинической онкологии являются ранняя и своевременная диагностика, а также полноценное лечение злокачественных новообразований печени [1–3].

Первичный рак печени среди опухолей гепатопанкреатодуоденальной зоны в последние годы постепенно стал занимать лидирующие позиции. Повсеместно в мире отмечается тенденция к увеличению числа случаев первичного рака печени, а в странах Африки и некоторых районах Азии этот показатель достигает 50% по отношению ко всем случаям впервые выявленных злокачественных новообразований. Относительно благополучными регионами являются Северо-Западная Европа и Северная Америка, где заболеваемость составляет 2,0 на 100000 населения. Однако в США ежегодно регистрируется 15400 новых случаев и 12300 человек умирает от данной патологии, тогда как в Юго-Восточной Азии и в Китае он гораздо выше – от 20<sup>0</sup>/<sub>0000</sub> до 150<sup>0</sup>/<sub>0000</sub> [4, 5].

По данным исследователей от гепатоцеллюлярного рака в течение первого года после ус-

тановления диагноза умирают до 77% больных. Это один из самых высоких уровней смертности среди всех злокачественных новообразований [6]. Ежегодно в мире от первичного рака печени погибает более 300000 человек. Прогноз при раке печени плохой, а пятилетний срок переживает только 1% из числа заболевших [7].

Пятилетняя выживаемость после хирургического лечения составляет от 10 до 30% [8]. Результаты последних исследований свидетельствуют о том, что выживаемость в течение года после резекции печени составляет 55–80%, а пятилетняя – 25–39% [9].

Среди стран СНГ самый высокий показатель общей смертности от рака печени зарегистрирован в Узбекистане – 7,0<sup>0</sup>/<sub>0000</sub> среди мужчин и 5,1<sup>0</sup>/<sub>0000</sub> среди женщин, а также в России – 5,6<sup>0</sup>/<sub>0000</sub> среди мужчин и 2,5<sup>0</sup>/<sub>0000</sub> среди женщин. Один из самых низких показателей смертности отмечен в Беларуси – 4,5<sup>0</sup>/<sub>0000</sub> среди мужчин и 2,6<sup>0</sup>/<sub>0000</sub> среди женщин [8].

Кыргызская Республика относится к регионам с низкой частотой заболеваемости злокачественными новообразованиями, которая обусловлена демографическими, этническими и географическими особенностями. Научные исследования по распространенности злокачественных новообразований проводились в конце 80–90-х годов прошлого столетия [10].

Ошская область по сравнению с другими регионами Кыргызской Республики относится к регионам с низкой частотой распространности злокачественных новообразований. При анализе научной литературы установлено, что в Ошской области до сих пор не проводились эпидемиологические исследования общей смертности и одногодичной летальности при первичном опухолевом поражении печени.

Цель исследования: изучение общей смертности и одногодичной летальности от первичного рака печени среди жителей Ошской области как в целом по региону, так и в разрезе районов с учётом половых и возрастных особенностей за 2002–2006 гг.

**Материал и методы.** Население Ошской области проживает на территории 7 районов: Алайский, Араванский, Карасуйский, Каракульджинский, Ноокатский, Узгенский и Чо-налайский, 3 городов, 2 поселков городского типа, 79 айыл кенешей и 467 сельских населенных пунктов. Ошская область расположена в различных климато-географических зонах. Плотность населения неравномерная. Основной контингент населения проживает в сельской местности (90%). В общей численности населения области 43,4% составляют дети и подростки, 49,6% – лица трудоспособного возраста и 7% – лица пожилого возраста.

В работе использованы статистические данные о численности населения из Ошского областного управления Государственной статистики, отделов ЗАГС г. Ош и Ошской области, статистические сборники республиканского медико-информационного центра Министерства здравоохранения Кыргызской Республики (2001 и 2004 гг.), учетно-отчетные документы: ежегодные отчетные данные ОМОЦО при МЗ КР (форма №7 и №35-здрав), извещение о впервые выявленном случае злокачественного новообразования (ф. – 090у), амбулаторные карты (ф. – 025/у), истории болезни и контрольные карты (ф. – 30-6/у) за период с 2002 г. по 2006 г. больных, обследовавшихся и лечившихся в ЦСМ “Мир семьи” и стационарах ООКБ, ТГБ г. Ош.

**Результаты и обсуждение.** За 5 лет (2002–2006 гг.) в Ошской области зарегистрирован 361 больной с диагнозом первичного

рака печени, из них 212 (59%) умерло от прогрессирования ракового процесса, у 149 (41%) пациентов причиной смерти были сердечно-сосудистая, легочная и печеночная недостаточность и др.

При анализе статистических данных за указанный период выявлено, что общая смертность по области от злокачественных опухолей печени, начиная с 2002 г., имела незначительную тенденцию к росту с  $2,6^{0/0000}$  до  $2,7^{0/0000}$  в 2003 г. Пик наибольшей частоты общей смертности отмечен в 2004 г. –  $3,3^{0/0000}$ , после чего в 2005–2006 гг. зарегистрировано постепенное снижение ее с  $2,7^{0/0000}$  до  $1,5^{0/0000}$  соответственно.

Одногодичная летальность в 2002 г. составила 59,2%, затем в 2003 г. было зарегистрировано ее снижение до 38,0%. В 2004 г. вновь отмечен рост её до 53,1%, после чего зафиксировано постепенное и неуклонное снижение показателей до 45,5% в 2005 г. и далее до 36,0% в 2006 г.

Показатели общей смертности от злокачественных опухолей печени в разрезе административно-территориальных регионов Ошской области в исследуемый период были следующими:

1. Алайский район – показатели имели тенденцию к неуклонному росту от  $1,5^{0/0000}$  в 2002 г. до  $4,3^{0/0000}$  в 2003 г., а к 2004 г. достигли  $8,5^{0/0000}$ . Затем в 2005 г. отмечено резкое снижение до  $2,8^{0/0000}$  и вновь в 2006 г. общая смертность снова выросла до  $4,2^{0/0000}$ .

2. Араванский район – в течение 2002–2003 гг. общая смертность имела небольшую тенденцию к росту с 2,1 до  $3,1^{0/0000}$ . В 2004–2005 гг. показатель стабилизировался на уровне  $2,0^{0/0000}$  со снижением до  $1,0^{0/0000}$  в 2006 г.

3. Каракульджинский район – в 2002 г. общая смертность зарегистрирована на уровне  $2,4^{0/0000}$ , затем в 2003 г. она снизилась до  $1,8^{0/0000}$ . Незначительный рост отмечен в 2004 г. до уровня  $2,3^{0/0000}$ . В 2005–2006 гг. общая смертность стабилизировалась на уровне  $1,1^{0/0000}$ .

4. Карасуйский район – незначительный рост общей смертности отмечен с 3,1 до  $3,4^{0/0000}$  в течение 2002–2003 гг., после чего показатели в 2004–2005 гг. стабилизировались на уровне  $3,1^{0/0000}$  со снижением в 2006 г. до  $2,0^{0/0000}$  (в 2002 и 2003 гг. в расчёт включены больные из г. Ош).

5. Ноокатский район – показатели общей смертности имели неуклонную тенденцию к росту с  $1,0^0/0000$  в 2002 г., и до  $2,4^0/0000$  в 2003 г. достигнув уровня  $3,8^0/0000$  в 2004 г. Начиная с 2005 г. этот показатель снизился до  $3,2^0/0000$ , значительное его снижение зарегистрировано в 2006 г. –  $0,9^0/0000$ .

6. Узгенский район – в 2002 г. общая смертность была на уровне  $3,4^0/0000$ , затем она снизилась до  $1,0^0/0000$  в 2003 г. Далее в 2004 г. отмечен вновь рост этого показателя до  $2,4^0/0000$  с постепенным снижением до  $2,3^0/0000$  в 2005 г. В 2006 г. общая смертность зафиксирована на уровне  $0,9^0/0000$ .

7. Чоналайский район – общая смертность от первичного рака печени имела тенденцию к росту с  $4,2-4,3^0/0000$  в 2002–2003 гг. до  $8,2^0/0000$  в 2004 г. Затем в 2005–2005 гг. она стабилизировалась на уровне  $4,0^0/0000$ .

Как видно из представленных данных, показатели общей смертности в Ошской области в разрезе административно-территориальных районов за указанный период исследования были неравномерными. Наиболее высокие показатели в 2002 г. были зарегистрированы в Карасуйском, Узгенском и Чоналайском. По-прежнему показатели летальности оставались на высоком уровне в Карасуйском и Чоналайском в 2003 г., в этом же году этот показатель вырос в Алайском районе. В 2004 г. высокие уровни общей смертности зарегистрированы в Алайском, Ноокатском и Чоналайском районах. Самые высокие показатели летальности в 2005 г. были отмечены в Алайском, Карасуйском, Ноокатском и Чоналайском. В 2006 г. они были наиболее высокими в Алайском и Чоналайском районах. Показатели общей смертности практически во всех районах за указанный период наблюдения были выше, чем в Ошской области в целом.

При проведении сравнительного анализа имеющихся данных об общей смертности среди злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта показатели летальности от первичных опухолей печени за весь указанный период наблюдения прочно занимали второе место после рака желудка.

Среди злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта показатели одногодичной летальности от первичного рака печени имели волнообразный характер. Так,

если в 2002 г. этот показатель составил 59,2%, то в 2003 г. отмечено снижение его до 43,0%. В 2004 г. вновь зарегистрировано увеличение одногодичной летальности до 53,1%. Начиная с 2005 г. указанный показатель постепенно снизился до 35,5%, и в 2006 г. – до 22,4%. За весь период наблюдения показатели одногодичной летальности занимали третье-четвертое место среди злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта.

При анализе показателей общей смертности от первичного рака печени в зависимости от половой принадлежности выявлено, что они были самыми высокими в основном у мужчин, а в некоторые годы (2002, 2004 и 2006 гг.) этот показатель был практически в 2–3 раза больше, чем у женщин (табл. 1).

Как видно из табл. 1, показатели общей смертности в Ошской области в зависимости от половой принадлежности ниже, чем в Российской Федерации (мужчины –  $6,8^0/0000$ ; женщины –  $4,7^0/0000$ ) и в Узбекистане (мужчины –  $7,0^0/0000$ ; женщины –  $5,1^0/0000$ ).

Наибольшие показатели общей смертности от первичного рака печени за исследуемый период наблюдения были зарегистрированы у жителей Ошской области в возрасте от 50 лет и старше, как правило, это были мужчины практически во всех возрастных группах (табл. 2).

Таким образом, проведенный анализ общей смертности и одногодичной летальности от первичного рака печени показал, что проблемы ранней и своевременной диагностики, а также полноценного специального лечения в Ошской области далеки от полного разрешения и остаются на сегодняшний день актуальными. Также установлено, что диагнозы злокачественного поражения печени выставляются в ЦСМ и стационарах Ошской области в подавляющем большинстве случаев на основании только ультразвукового исследования и клинических данных, которые могут не всегда соответствовать истине.

Решение этих проблем невозможно без активной и продуктивной помощи всех ГСВ и ЦСМ, к которым, в первую очередь, обращаются за помощью больные с различной патологией гепатопанкреатодуоденальной зоны, а также без технического оснащения современной диагностической аппаратурой.

Таблица 1

Показатели общей смертности от первичного рака печени в зависимости от пола

Год наблюдения	Всего умерло	Мужчины			Женщины		
		абс.	<sup>0</sup> /0000	%	абс.	<sup>0</sup> /0000	%
2002	32	22	3,6	69	10	1,6	31
2003	34	21	3,4	62	13	2,1	38
2004	34	26	5,1	76	8	1,6	24
2005	28	15	2,9	53,5	13	2,5	46,5
2006	16	11	2,1	69	5	0,9	31

Таблица 2

Повозрастные показатели общей смертности от первичного рака печени у жителей Ошской области (2002–2006 гг.)

Возрастная группа, лет	Абсолютные показатели		Смертность, <sup>0</sup> /0000	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины
до 50	19	14	4,0	2,8
50 и старше	63	40	120,0	66,3

### Выводы

1. Показатели общей смертности от злокачественных опухолей печени имели тенденцию к росту от 2,6<sup>0</sup>/0000 до 3,3<sup>0</sup>/0000 (2002–2004 гг.) и затем снизились в 2005–2006 гг. до 2,7<sup>0</sup>/0000 и 1,5<sup>0</sup>/0000 соответственно и не зависела от колебаний показателей заболеваемости

2. Общая смертность от первичного рака печени в Ошской области (2002–2006 гг.) у мужчин была наиболее высокой, особенно в возрасте старше 50 лет.

3. Одногодичная летальность от первичного рака печени среди злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта занимает третье-четвертое место, тогда как общая смертность занимала стабильно второе место, уступая только раку желудка.

### Литература

1. *Абдышев А.Ш., Тайлаков Б.Б., Дадабаев М.Х., Ким Е.М.* Современные аспекты диагностики первичного и метастатического рака печени // Актуальные вопросы современной онкологии: Сб. науч. тр. НЦО МЗ КР. – Бишкек, 1998. – С. 43–49
2. *Гершанович М.Л.* Возможности лекарственного лечения первичного рака печени и желчевыводящих путей // VI Ежегодн. Рос-

сийск. онкол. конф.: Мат-лы конф. – М., 2002. – С. 94–97.

3. *Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения Кыргызской Республики в 2001: Сб. статист. мат-лов РМИЦ. – Бишкек, 2002.*
4. *Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения Кыргызской Республики в 2004: Сб. статист. мат-лов РМИЦ. – Бишкек, 2005.*
5. *Колосов А.Е., Журавлев В.А.* Рак печени и прогноз для больных. – СПб.; Киров, 2002. – С. 4.
6. *Комов Д.В., Роцин Е.В., Гуртовая И.Б.* Лекарственное лечение первичного и метастатического рака печени. – М.: Триада – Х, 2002. – 160 с.
7. *Яськевич Л.С.* Опухоли печени и желчных путей // Клиническая онкология / Под ред. С.З. Фрадкина, И.В. Залуцкого – Минск.: Беларусь, 2003. – С. 493–506.
8. *Рак печени // Общая онкология: Руководство для врачей / Под ред. Н.П. Ганцева. – Л.: Медицина, 2002. – С. 404–417.*
9. *Чёрный В.А.* Рак печени: Спр. по онкологии / Под ред. С.А. Шалимова, Ю.А. Гриневича, Д.В. Мясоедова. – Киев: Здоровье, 2000. – Гл. 13.3. – С. 414–418.
10. *Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2004 г. // Вестн. ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. – 2006. – Т. 17. – №3 (приложение 1).*