

ԵՐԵՎԱՆԻ ՄԻԻԹԱՐ ՀԵՐԱՑՈՒ ԱՆՎԱՆ ՊԵՏԱԿԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՀԱՄԱԼՍԱՐԱՆ

ՄԱՐԻՆԵ ԳԵՎՈՐԳԻ ՀՈՎՀԱՆՆԻՍՅԱՆ

**ՈՒՌՈՒՑՔԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՈՐՊԵՍ ՍՈՑԻԱԼ-ՀԻՊԵՆԵԿ
ՀԻՄՆԱԽՆԴԻՐԻ ՈՒՍՈՒՄՆԱՍԻՐՄԱՆ ՄՈՏԵՑՈՒՄՆԵՐԸ**

ԺԴ 00.17 «Հանրային առողջություն և առողջապահության կազմակերպում»
ԺԴ 00.05 «Հիգիենա, մասնագիտական ախտաբանություն և թունաբանություն»
մասնագիտություններով բժշկական գիտությունների դոկտորի
գիտական աստիճանի հայցման ատենախոսության

ՍԵՂՄԱԳԻՐ

ԵՐԵՎԱՆ 2015

ЕРЕВАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ МХИТАРА ГЕРАЦИ

ОГАНЕСЯН МАРИНЕ ГЕВОРКОВНА

**ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КАК
СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКОЙ ПРОБЛЕМЫ**

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук
по специальностям

14.00.17 «Общественное здоровье и организация здравоохранения»

14.00.05 «Гигиена, профессиональная патология и токсикология»

ЕРЕВАН – 2015

Ատենախոսության թեման հաստատվել է ՀՀ ԱՆ Ս. Խ. Ավդալբեկյանի անվան Առողջապահության ազգային ինստիտուտի գիտական խորհրդի նիստում 17.07.2014թ.

Գիտական խորհրդատու՝ Բ.Գ.Ռ., պրոֆեսոր Գ.Հ. Դումանյան

Պաշտոնական ընդդիմախոսներ՝ Բ.Գ.Ռ., պրոֆեսոր Ա.Ս. Ղազարյան
Բ.Գ.Ռ., պրոֆեսոր Ս.Ս. Ամիրյան
Բ.Գ.Ռ., պրոֆեսոր Կ.Կ. Ավագյան

Առաջատար կազմակերպություն՝ Վ.Ա. Ֆանարջյանի անվան
Ուռուցքաբանության ազգային կենտրոն

Ատենախոսության պաշտպանությունը կայանալու է «22» դեկտեմբերի 2015թ. ժամը 14⁰⁰-ին Երևանի Մ. Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանում գործող ՀՀ ԲՈՀ-ի 045 «Առողջապահության կազմակերպում» մասնագիտական խորհրդի նիստում (ՀՀ, 0025, Երևան, Կորյունի 2):

Ատենախոսությանը կարելի է ծանոթանալ ԵՊԲՀ-ի գրադարանում:

Մեղմագիրն առաքված է «20» նոյեմբերի 2015թ.:

Մասնագիտական խորհրդի
գիտական քարտուղար՝



Բ.Գ.Ռ., պրոֆեսոր Ա.Վ. Հայրապետյան

Тема диссертации утверждена на заседании ученого совета Национального института здравоохранения имени С. Х. Авдалбекияна МЗ РА 17.07.2014г.

Научный консультант: д.м.н., профессор Д.Г. Думанян

Официальные оппоненты: д.м.н., профессор А.С. Казарян
д.м.н., профессор С.С. Амирян
д.м.н., профессор К.К. Авакян

Ведущая организация: Национальный центр онкологии
имени В.А. Фанарджяна

Защита диссертации состоится «22» декабря 2015г. в 14⁰⁰ часов на заседании специализированного совета ВАК РА 045 «Организация здравоохранения» при Ереванском государственном медицинском университете им. М.Гераци (0025, Ереван, ул. Корюна 2).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ЕГМУ им. М.Гераци.

Автореферат разослан 20 ноября 2015г.

Ученый секретарь
специализированного совета



д.м.н., профессор А.К. Айрапетян

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы

В апреле 2005г. на 58-ой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения обсуждалась проблема профилактики рака и борьбы с онкологическими заболеваниями, на котором в докладе Секретариата ВОЗ было отмечено «В настоящее время рак является одной из самых распространенных причин заболеваемости и смертности. Ежегодно во всем мире регистрируется более 10 миллионов новых случаев заболевания раком и более 6 миллионов случаев смерти. Сейчас в мире насчитывается более 20 миллионов человек, которым поставлен диагноз «рак», более половины причин всех случаев заболевания раком приходится на долю развивающихся стран. Рак является причиной примерно 20% всех случаев смерти в промышленно развитых странах и 10% в развивающихся странах. Согласно прогнозам, к 2020г. количество новых случаев заболевания раком достигнет 15 миллионов в год, а случаев смерти – 10 миллионов (Всемирная декларация по борьбе с раком, 2008).

Только в США согласно «Cancer Facts & Figures 2015» в конце 2015г. прогнозируется 1,658,370 новых случаев заболевания и 589,430 случаев смертей (Cancer Facts & Figures, 2015.). Экспертами ВОЗ высказывается обоснованное мнение, что работа по профилактике рака и борьбе с ним сдерживается в результате низкого уровня приоритетности, которая зачастую отдается этой болезни правительствами и министерствами здравоохранения, чрезмерным акцентом на лечение и расходами, связанными с его проведением, а также существенным дисбалансом между ресурсами, выделяемыми на осуществление научных исследований в области рака, и ресурсами, которые ассигнуются на профилактику этой болезни и борьбу с ней (Всемирная декларация по борьбе с раком, 2005).

В Армении согласно сводным данным информационно-аналитического центра МЗ РА общая онкологическая заболеваемость за 2003 и 2007гг. составляла соответственно 269,6 и 311,0 на 100 000 населения, впервые установленная – 185,3 и 226,1, смертность – 135,6 и 161,2. Под диспансерным наблюдением в те же годы находилось 135,6 и 161,2 больных на 100 000 населения («Առողջություն և առողջապահություն Հայաստանում», 2007).

Единственное масштабное и разноплановое исследование в Армении проведено Г.К. Базибяном за 1992-2004гг., в котором представлены уровень онкологической заболеваемости среди населения Армении, динамика и структура онкологической

смертности, динамика показателя «груз заболевания», а также онкологическая заболеваемость и смертность в различных медико-географических зонах Армении (Базикян Г.К., 2005). В 2012г. были опубликованы сравнительные данные о заболеваемости за 2000-2010гг., свидетельствующие о росте заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований в Армении (Գալստյանի Հ.Մ., և Լիբիշյանի, 2012).

Однако, проблему рака следует рассматривать с различных позиций. Вопросам первичной профилактики, раннего выявления и паллиативной помощи нередко уделяется меньше внимания, чем подходам, ориентированным на лечение, даже в тех случаях, когда эти подходы экономически неэффективны и приводят к лишним страданиям людей. Совершенно очевидно, как считают эксперты ВОЗ, что «... заболеваемость раком и степень выживаемости связаны с социально-экономическими факторами. Малообеспеченные и неимущие группы населения, обычно, в большей степени подвержены действию предупреждаемых факторов риска, таких как наличие канцерогенов в окружающей среде, употребление алкоголя, наличие возбудителей инфекции и потребление табака. Эти группы располагают ограниченным доступом к услугам в области здравоохранения и санитарного просвещения, которые дали бы им возможность принимать решения в отношении защиты и укрепления собственного здоровья. Кроме того, изменение образа жизни усиливает подверженность людей действию факторов риска, которые ранее отмечались преимущественно лишь в развитых странах (например, сидячий образ жизни, рацион питания с высоким содержанием жиров животного происхождения и потребление табака)» (Всемирная декларация по борьбе с раком, 2005).

Целью настоящего исследования является разработка модели комплексного подхода к изучению и путей борьбы с онкологической заболеваемостью в Армении в русле стратегии ВОЗ на основе социально–гигиенической оценки онкологической заболеваемости, анализа показателей онкологической помощи населению, качества и образа жизни больного.

Задачи исследования

1. Анализ стратегий борьбы с раком в странах в соответствии с базовым документом ВОЗ.

2. Ситуационный анализ первичной заболеваемости и смертности от рака основных (ранговых) локализаций по стране за 2005-2014гг..
3. Медико-гигиеническая оценка онкологической заболеваемости с учетом климато-географических особенностей, выбросов вредных веществ в атмосферу, загрязнения открытых водоемов, расположения промышленных предприятий и наличия сельскохозяйственных объектов в марзах Армении.
4. Картографирование с выявлением зон повышенного риска на основе установления закономерности во взаимосвязи между частотой онкологической заболеваемости и влиянием факторов внешней среды.
5. Прогнозирование развития ситуации онкологической заболеваемости в Армении с 2014-ого по 2034гг..
6. Сравнительная оценка показателей, характеризующих оказание онкологической помощи в Армении и ряда стран СНГ в соответствии с форматом, принятым Ассоциацией онкологических институтов стран СНГ и выявление путей и методов, определяющих развитие онкологической службы в Армении.
7. Гигиеническая оценка образа и качества жизни, социально-экономического статуса и психоэмоционального состояния больных с впервые установленным диагнозом в госпитальной популяции.
8. Разработка практических рекомендаций по снижению распространенности онкологической заболеваемости в Армении.
9. Разработка предложений по совершенствованию канцер-регистра.

Научная новизна

На основе изучения 10-летней динамики (2005-2014гг.) первичной заболеваемости и смертности от рака основных (ранговых) локализаций по стране, внешних факторов риска, повышающих вероятность возникновения развития рака, определения географического разнообразия заболеваемости раком различных локализаций и выделения зон риска на основе картографирования, сравнительного анализа онкологической службы Армении и прогноза развития онкологической заболеваемости до 2034г., а также социально-гигиенической оценки образа и качества жизни, социального статуса и психоэмоционального состояния больных раком в госпитальной популяции разработана модель комплексного подхода к изучению онкологической заболеваемости в Армении.

Научно-практическая значимость работы и внедрение результатов исследования

1. Результаты исследования являются основой для разработки краткосрочных и долгосрочных программ по профилактике рака и борьбе с ним.
2. Анализ канцероактивных и канцероопасных факторов окружающей среды по всей территории Армении в сочетании с заболеваемостью раком посредством картографирования выявил зоны повышенного риска, где необходимо осуществление мероприятий, направленных на снижение факторов риска.
3. Утвержденные Министерством здравоохранения РА «Методические рекомендации по совершенствованию деятельности канцер-регистра в Армении» с соответствующими приложениями – «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования из первичного звена (независимо от ведомственного подчинения и форм собственности)», «Извещение о больном с диагнозом рака или другого злокачественного новообразования из вторичного звена (независимо от ведомственного подчинения и форм собственности)», «Выписка из медицинской карты амбулаторного больного», «Выписка из медицинской карты стационарного больного» с инструкциями по их заполнению внедрены в процесс создания современного канцер-регистра при Национальном центре онкологии имени В.А. Фанарджяна (акт внедрения №375-ՍՕԴԳ), что приведет к полноценному учету больных, ликвидации недоучетов, совершенствованию организации онкологической службы и сопоставимости полученных данных с международными.
4. Разработанная модель, может быть использована при социально-гигиенических исследованиях других хронических неинфекционных заболеваний для построения научных гипотез, понимания отношений между различными переменными.
5. В процессе работы для специалистов общественного здравоохранения разработаны учебные пособия «Качественные методы исследования в медицине: их ценность и потенциал» и «Принципы социальной медицины изучения неинфекционных заболеваний (на примере онкологической заболеваемости)», утвержденные учебно-методическим советом НИЗ МЗ РА и зарегистрированные в «Книжной палате».

Основные положения, выносимые на защиту

- Рост онкологической заболеваемости и смертности в Армении связан с неблагоприятными факторами окружающей среды – загрязненность воздуха, открытых водоемов, почвы – вызванных выбросами промышленных и горнодобывающих предприятий по всей стране, нерациональным использованием химических веществ в сельском хозяйстве.
- При сохранившейся ситуации, темпах прироста и кумулятивного риска прогнозируется рост онкологической заболеваемости.
- Улучшение основных показателей оказания онкологической помощи населению связано с совершенствованием самой системы организации, соответствующей материально-технической базой, внедрением стандартов и полноценным функционированием современного канцер-регистра.
- Состояние больных в госпитальной популяции зависит от социально-экономического статуса, здоровьесберегающего поведения и психо-эмоционального состояния.

Апробация работы

Апробация диссертации состоялась 30 октября 2015г. на заседании Ученого совета Национального института здравоохранения им. академика С. Х. Авдалбекяна МЗ РА .

Публикации

По материалам диссертации опубликованы 21 научная статья, в которых изложены основные положения проведенных исследований; два учебных пособия и методическая рекомендация.

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на **227** страницах компьютерного набора и состоит из введения, 6 глав, содержащих обзор литературы, материал и методы исследования, обсуждение результатов собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка использованной литературы, включающего 259 источников, и 17 приложений. Работа иллюстрирована 47 таблицами и 29 рисунками.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы

При проведении исследования были использованы официальные данные Национальной статистической службы РА о численности населения Армении по всем марзам (город/село, мужчины/женщины), Государственного кадастрового комитета при Правительстве Армении (природные условия, население, экономика, промышленность, сельское хозяйство), Министерства охраны природы РА о загрязненности атмосферного воздуха и открытых водоемов, официальные стандартизованные данные по злокачественным новообразованиям стран СНГ, абсолютные данные из отдела статистики Национального центра онкологии им. В.А. Фарарджяна МЗ РА о первичной заболеваемости и смертности от рака ранговых (1-11) локализаций (легкие, желудок, поджелудочная железа, молочная железа, шейка матки, тело матки, яичники, предстательная железа, мочевого пузыря, печень, кишечник) в абсолютных числах по всем марзам республики (1994-2014гг.), первичные данные информационно-аналитического центра Национального института здравоохранения РА (2012-2014гг.), о числе новых случаев рака по отдельным населенным пунктам марзов.

Временной отрезок ситуационного анализа динамики онкологической заболеваемости и смертности включает 10-летний период (2005-2014гг.), что позволяет интерпретировать динамику указанных процессов в популяции, несмотря на возможные отклонения, имевшие место за исследуемый период, в частности, изменения в классификации, диагностической технике, эффективности лечения, старения популяции. Данные по заболеваемости и смертности рассчитаны на 100 тыс. населения соответственно по месту жительства и полу. Проведен также сравнительный анализ суммарной заболеваемости (впервые установленный диагноз), годичной летальности и общей смертности от рака в 2002г., 2006г., 2008г. и 2014г. указанных локализаций.

При изучении медико-гигиенической обусловленности онкологической заболеваемости, анализ проводился по каждому марзу и Еревану в отдельности с учетом климато-географических особенностей выбросов вредных веществ в атмосферу, загрязнения открытых водоемов, расположения промышленных предприятий и сельскохозяйственных объектов. Особое внимание уделялось наличию канцерогеноопасных и канцероактивных веществ, с учетом органов-мишеней. Изучена также загрязненность открытых водоемов и рек, протекающих по территории марза и используемых в большинстве случаев в сельском хозяйстве для полива.

Картографирование марзов, представляющих зоны риска, проводилось в несколько этапов: 1-й этап – изучение средней суммарной заболеваемости указанных локализаций за 10-летний период по 10 марзам и Еревану; 2-й этап – определение локализаций, занимающих первые ранговые места среди мужского и женского населения во всех марзах; 3-й этап – создание картосхем по распространенности известных или предполагаемых этиологических факторов, или их комплексов с учетом загрязненности атмосферного воздуха и открытых водоемов и 4-й этап – установление закономерности во взаимосвязи между частотой заболеваемости и влиянием вредных факторов внешней среды.

Прогноз онкологической заболеваемости в Армении до 2034 года был рассчитан на основе динамического наблюдения с 1994-ого года и анализа динамики за 2005-2014гг. на основе расчета следующих показателей: кумулятивный риск, кумулятивный показатель, кумулятивная инцидентность, кумулятивный коэффициент заболеваемости. Темп роста и прирост заболеваемости рассчитаны с использованием динамических рядов и логистической регрессии.

При проведении сравнительной оценки оказания онкологической помощи населению в Армении и ряда стран СНГ (Беларусь, Россия, Казахстан, Кыргызстан) использованы следующие показатели за 1989г., 1998г., 2004г., 2012г.: морфологически верифицированный диагноз, отношение числа умерших к впервые установленному диагнозу, доля больных в I-II, III и IV стадиях, доля больных с неустановленной стадией заболевания, летальность на первом году, доля больных, выявленных при профилактических осмотрах, индекс накопления контингента и летальность наблюдаемого контингента.

Для оценки образа и качества жизни, социально-экономического статуса и психо-эмоционального состояния больных раком было проведено описательное (обсервационное) исследование среди 411 больных указанных локализаций в 6-ти медицинских центрах (Национальный центр онкологии, медицинские центры - «Армения», «Эребуни», «Сурб Григор Лусаворич», «Измирлян» и институт хирургии «Микаелян») в течение 2013-2014гг., посредством индивидуального полуструктурированного интервьюирования больных (впервые установленный диагноз) основных локализаций, находящихся на стационарном лечении в период проведения опроса с использованием опросных карт, разработанных нами на основании краткого

опросника ВОЗ (WHOQOL-BREF), валидизированного и адаптированного к местным условиям и изучения историй болезней больных, участвующих в опросе.

Выборка проводилась в несколько этапов: 1-й – определение критериев включения в опрос; 2-й – определение объема выборки на основе генеральной госпитальной популяции больных, находящихся на лечении в клиниках в 2013-2014гг. и 3-й – просмотр историй болезни пациентов, находящихся на лечении в указанный период с целью отбора по критериям соответствия. Информированное добровольное согласие дали 411 больных.

Взаимосвязь между качественными переменными оценивалась по «мерам связи» или «критериям связи», основанным на критерии Пирсона (χ^2) и подтверждалась отношением правдоподобия (ОП) и коэффициентом сопряженности (КС). Относительный риск оценивался с использованием отношения шансов (ОШ).

Основные результаты работы

Выраженное разнообразие характеристик Армении: климатические особенности, сложности рельефа, распределение полезных ископаемых, их разработка, деятельность промышленных предприятий и сельских хозяйств, а также социально-экономическая ситуация обуславливают неодинаковое влияние природных и техногенных факторов на организм человека, и в частности возникновение и развитие хронических неинфекционных заболеваний, среди которых одно из ведущих мест занимает рак.

В связи с этим, особое значение приобретает специальное и всестороннее медико-географическое изучение территории республики. Учитывая самостоятельное развитие марзов, действие старых и развитие новых промышленных предприятий, различное природное и техногенное влияние на здоровье населения нами представлена онкологическая заболеваемость и смертность в динамике с характеристикой окружающей среды в каждом марзе.

В ходе исследования нами установлены общие и частные проблемы, географические разнообразия, преобладание того или иного вида рака в различных марзах Армении, в городах и сельских местностях. К числу общих проблем можно отнести более высокий уровень заболеваемости раком, связанной с рядом факторов окружающей среды. В городах Армении и в прилегающих территориях основными факторами риска являются высокие концентрации загрязнений атмосферного воздуха

пылью, сернистым газом, окислами углерода; длительное проживание в районах промышленных предприятий, являющихся источниками загрязнения атмосферного воздуха городов; автомагистрали; работа на предприятиях в условиях запыленности мелкодисперсной цементной пылью; общая высокая запыленность и загазованность а также насыщенность воздуха закрытых помещений табачным дымом. Значение имеет также климатический фактор, способствующий накоплению вредных веществ в воздушном бассейне городов, штиль и направление розы ветров. В сельской местности основными факторами риска являются курение, работа в условиях, связанных с высокой запыленностью, ядохимикатами (пестициды и удобрения), а также проживание в отдельных сельских местностях, прилегающих к территориям промышленных производств.

Характер загрязнения близлежащих территорий и в самих промышленных предприятиях зависит от вида и интенсивности производства, состава промышленного сырья. Пыль и выбросы от литейной, золото- и молибденообогащающей, металлообрабатывающих предприятий, обычно, содержат все элементы, но наиболее типичны и опасны с точки зрения канцерогенности высокие концентрации молибдена, кобальта, никеля, ванадия, хрома, марганца и алюминия. Горнодобывающие предприятия и производство стройматериалов загрязняют атмосферный воздух мелкодисперсной пылью с содержанием асбеста. Предприятия электронной, радиотелевизионной промышленности загрязняют окружающую среду медью, цинком, кадмием, оловом и др. Эмиссии электростанций, сжигающих мазут, содержат повышенные концентрации ванадия, хрома, молибдена, меди и иногда других элементов. Угольные печи и топки выделяют больше мышьяк, молибден, никель и др. Дорожно-транспортные предприятия, производство резины, красящие вещества, пластмассы загрязняют окружающую среду в первую очередь свинцом, поли- и гетероциклическими углеводородами, а также другими элементами. Все перечисленные элементы являются либо прямыми канцерогенами, либо канцероопасными и мишенью для них может стать любой орган или система организма человека.

Вышеуказанные производства, большие и малые, располагаются во всех марзах Армении. Использование методики картографирования позволило выделить три зоны. В первую зону вошли: Ереван, где уровень средней суммарной заболеваемости составляет

183‰, Котайкский марз - 175,8‰, Ширакский марз - 196,2‰ и Лорийский марз - 213,3‰. Эта зона определена нами как «зона особо повышенного риска». Вторая зона включает: Тавушский марз – 156,4‰, Араратский марз – 163,6‰, Сюникский марз - 168,4‰ и определена как «зона повышенного риска». Третья зона включает: Гегаркуникский марз - 118,5‰, Арагацотнский марз - 139,7‰, Армавирский марз - 146,9‰, Вайоц Дзорский марз 148,2‰ и определена как «зона умеренного риска».

Таким образом, практически вся территория Армении представляет собой зону риска. В марзах «особо повышенного риска» наличествует целый спектр канцероактивных и канцероопасных веществ согласно классификации Международного агентства изучения рака: полисоединения мышьяка, хрома, отходы медеплавильного цикла, мелкодисперсная пыль, ПАУ, бензпирен. Концентрация пыли и вредных газов в атмосферном воздухе несколько раз превышает ПДК. Реки, протекающие через эти марзы, загрязнены нитратами, нитритами, а также ионами металлов и неметаллов, многократно превышающих ПДК, а в реке Памбак в черте г. Ванadzора отсутствует биомасса.

Весь перечисленный спектр агентов и их компонентов, загрязняющих атмосферный воздух, представлен в Ереване, где проживает 1/3 населения республики. Особенности географических условий (высота над уровнем моря, сильно пересеченный рельеф, замкнутое положение, слабая инверсия воздуха, отдаленность от больших водных бассейнов и лесных массивов), размещение в черте крупных и мелких предприятий химического и металлургического профиля, наличие большого количества автотранспорта приводят к накоплению вредных выбросов с повышенной концентрацией. Согласно классификации Международного агентства по изучению рака из перечисленных агентов к I классу по канцерогенности относятся полициклические и гетероциклические углеводороды, бензпирен, соединения меди, свинца, мышьяка, алюминия, хрома, молибдена, ванадия и асбест. Органы-мишени – дыхательная, пищеварительная, мочеполовая системы.

Анализ показателей суммарной заболеваемости и смертности в Ереване от рака указанных локализаций (впервые установленный диагноз), проведенный с 2002-ого по 2014г., выявил (рис. 1) повышение уровня заболеваемости раком с приростом на 65,9%, годичной летальности – на 67,1%, общей смертности – на 19,4%.

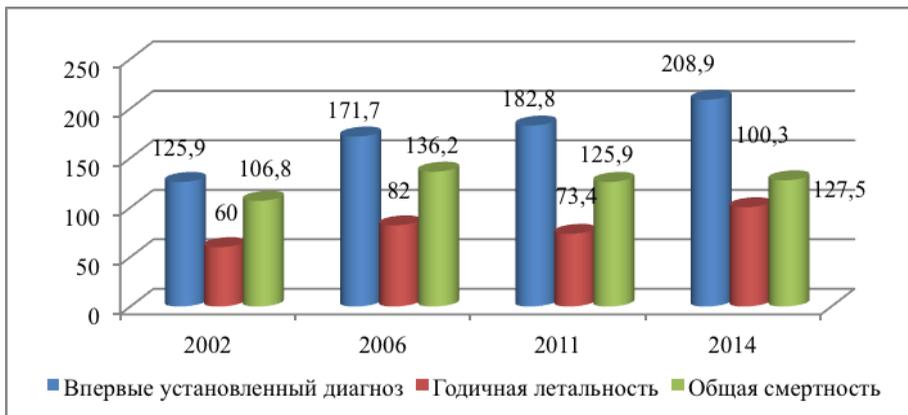


Рис. 1. Этапы показателей суммарной заболеваемости раком указанных локализаций (впервые установленный диагноз), годичной летальности и общей смертности в Ереване (на 100 000 населения)

Анализ показателей суммарной заболеваемости и смертности в Котайкском марзе от рака показал (рис. 2), что в сравнении с 2002г. в 2014г. уровень заболеваемости раком увеличился с приростом на 39,0%, годичная летальность - на 121,3 %, общая смертность - на 105,4%.



Рис. 2. Этапы показателей суммарной заболеваемости раком указанных локализаций (впервые установленный диагноз), годичной летальности и общей смертности в Котайкском марзе (на 100 000 населения)

Анализ суммарной заболеваемости раком и смертности в Лорийском марзе показал (рис. 3), что в сравнении с 2002г. в 2014г. уровень заболеваемости увеличился с приростом на 63,5%, годовичная летальность - на 150,1%, общая смертность - на 89,6%.

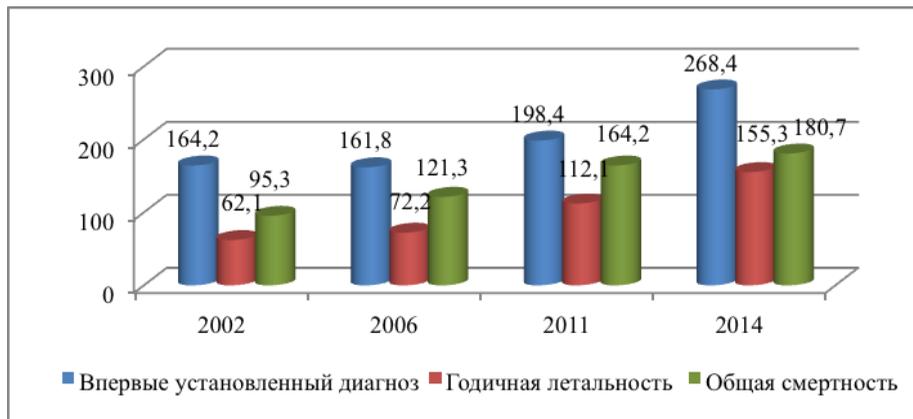


Рис. 3. Этапы показателей суммарной заболеваемости раком указанных локализаций (впервые установленный диагноз), годичной летальности и общей смертности в Лорийском марзе (на 100 000 населения)

Анализ заболеваемости и смертности в Ширакском марзе от рака показал (рис. 4), что в сравнении с 2002г. в 2014г. заболеваемость увеличилась с приростом уровня на 62,7%, годовичная летальность - на 49,7%, общая смертность - на 25,2%.

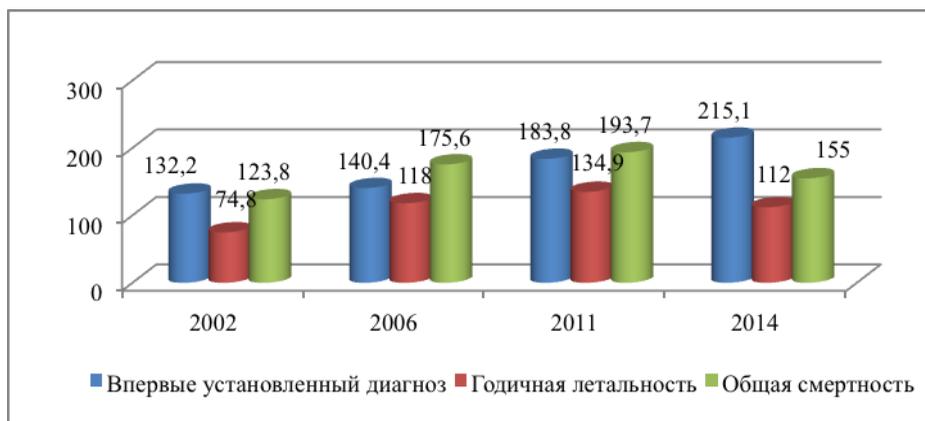


Рис. 4. Этапы показателей суммарной заболеваемости раком указанных локализаций (впервые установленный диагноз), годичной летальности и общей смертности в Ширакском марзе (на 100 000 населения)

Отмеченное в ходе исследования географическое разнообразие в отношении показателя заболеваемости различными видами рака свидетельствует о медико-гигиенической сопряженности, обусловленной спецификой региона, промышленных и сельскохозяйственных производств, загрязняющих окружающую среду канцерогенными веществами с учетом органов мишеней. Временное разнообразие, заключающееся в резком колебании показателя «впервые установленный диагноз рак» годовой динамики за 10-летний период наблюдения, и сопоставления по всем марзам, приводит к заключению о несвоевременном выявлении заболевания. В связи с этим особо важную роль приобретает четкая организация онкологической службы и качество оказания онкологической помощи населению.

Исследование заболеваемости раком различных локализаций в динамике 2005 - 2014гг. показало, что ведущим по всей Армении является рак легкого (РЛ) среди мужского населения и рак молочной железы (РМЖ) среди женского (рис. 5, 6).

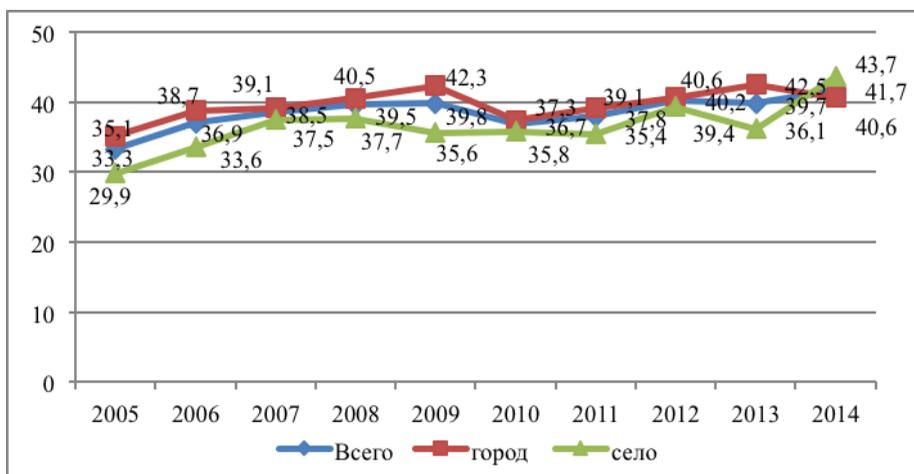


Рис. 5. Динамика заболеваемости раком легкого в Армении в 2005 - 2014гг. (на 100 000 мужского населения)

Как видно из приведенных данных (рис. 5), при раке легкого различия между уровнем заболеваемости городского и сельского населения незначительные. Это можно объяснить тем, что легкие – основной орган-мишень канцерогенов, загрязняющих как городские, так и сельские территории.

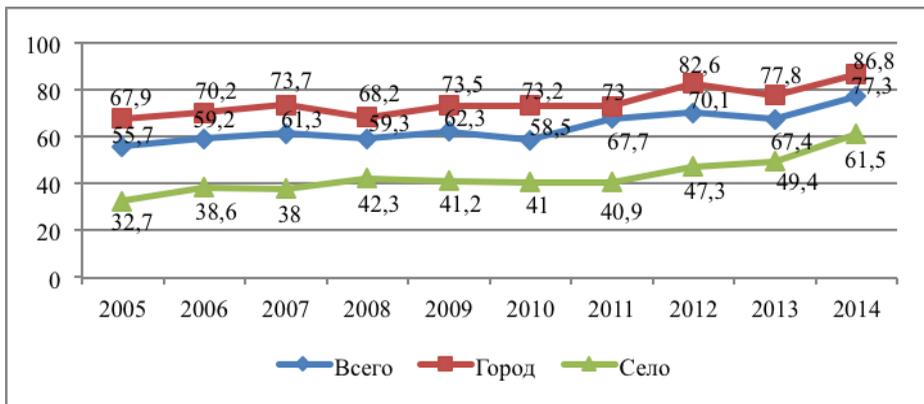


Рис. 6. Динамика заболеваемости раком молочной железы в Армении в 2005 - 2014гг. (на 100 000 женского населения)

Заболеваемость РМЖ выше среди городского населения по сравнению с сельским. Возможно, молочная железа не является органом мишенью для агентов, действующих в сельской местности, но в этом случае действуют другие факторы, в том числе курение, вторичный табачный дым, специфика питания, относительно низкая физическая активность, стресс и др..

Место других локализаций подтверждает кумулятивный показатель уровень которого при РЛ составляет 7,3%, при РМЖ - 5,73%.

Наиболее высокие показатели заболеваемости РЛ и РМЖ отмечены в зонах «особо повышенного риска». О сопряженности уровня заболеваемости с расположением промышленных предприятий позволяет судить показатель кумулятивной инцидентности (табл. 1), заболеваемости РЛ и РМЖ по населенным пунктам.

Как видно из представленных данных Лорийский марз выделяется наибольшим разнообразием предприятий и, как следствие, самым широким спектром канцерогенных агентов.

В марзах «особо повышенного риска» заболеваемость раком легкого среди мужского населения и раком молочной железы среди женского населения сопряжена с населенными пунктами, где расположены производства химические, горнодобывающие, обогащающие и строительные. Кумулятивный риск при этом составляет при раке легкого 8,54%, при раке молочной железы 8,86%.

Таблица 1

Кумулятивная инцидентность заболеваемости РЛ и РМЖ в зонах «особо повышенного риска» по состоянию на 2012 г. (на 100 000 населения)

Лорийский марз			Котайкский марз			Ширакский марз		
Населенный пункт	РЛ	РМЖ	Населенный пункт	РЛ	РМЖ	Населенный пункт	РЛ	РМЖ
Ванадзор	65,0	822,4	Наири	12,1	433,8	Гюмри	64,8	683,2
Туманян	81,7	1288,5	Абовян	108,1	1063,0	Артик	65,9	55,9
Алаверди			Раздан	69,4	789,7	Пемзашен		
Ахтала			Чаренцаван	54,0	670,8	Ашоцк	201,4	1325,8
Ташир	270,2	1595,0				Анипемза Маралик	159,1	789,0
Степанаван	104,1	765,6						
Спитак	232,9	1211,8						
						Ахурян	393,6	1826,1

Изучение динамики заболеваемости раком выявило наиболее характерные для Армении локализации. Сравнение данных 2014г. с предыдущим 20-летним периодом (1994) показало значительное увеличение по стране новых случаев, а именно: РЛ с 778 до 1240, РМЖ с 592 до 1210, рака предстательной железы (РПрЖ) с 91 до 335, рака тела матки (РТМ) с 89 до 234, рака мочевого пузыря (РМП) с 156 до 436, колоректального рака (КрР) с 325 до 780. Подобное увеличение числа новых случаев рака явилось основой для дальнейшего прогнозирования на 2024г. и на 2034г. (рис 7).

Расчет, основанный на анализе динамики за 2005-2014гг. различных показателей, показал вероятность увеличения числа новых случаев до 2024г. РЛ на 211 (48,5‰), РМЖ на 314 (97,3‰), РПрЖ на 291 (57,0‰), РТМ на 75 (16,8‰), РМП на 237 (21,4‰), КрР на 351 (34,5‰).



Рис 7. Рост суммарной заболеваемости, рака легкого и рака молочной железы с 2014 до 2034гг. на 100 000 населения

Как видно из данных к 2034г. по отношению к 2024г. прогнозируется увеличение числа новых случаев рака легкого на 310 (56,2‰), РМЖ на 336 (125,5‰), также РПрЖ на 542 (106,8‰), РТМ на 99 (22,1‰), РМП на 356 (32,7‰), КрР на 688 (52,7‰). В Армении по указанным локализациям к 2034г. прогнозируется всего 8048 новых случаев рака, а с учетом РЖ, РЯ, РШМ, РП и РПЖ – 9158 случаев, т.е. при неизменной численности населения республики число новых случаев составит 304,6 (‰).

В данном случае, при неизменных условиях, в марзах «особо повышенного риска» заболеваемость РЛ в Лорийском марзе в среднем составит 280,0‰, РМЖ – 9334,5‰, в Котайкском марзе РЛ – 91,3‰, РМЖ – 7762,6‰, в Ширакском марзе – РЛ 298,6‰, РМЖ – 4854,6‰.

Оценка качества оказания онкологической помощи населению проводится по стандартизованным показателям и единому формату, принятым ассоциацией онкологов СНГ, которая нами дана в сравнении с показателями России, Республики Беларусь, Казахстана и Кыргызстана. Некоторая ограниченность числа республик объясняется как постепенным уменьшением числа стран, представляющих данные, так и неполнотой данных по отдельным странам. Последняя официальная «Статистика рака в России и странах СНГ, 2012» опубликована в 2014г.. Ниже приведенные данные по странам относятся к 2012г.

Среди основных показателей особое место занимает выявление больных при профилактических осмотрах (рис. 8).

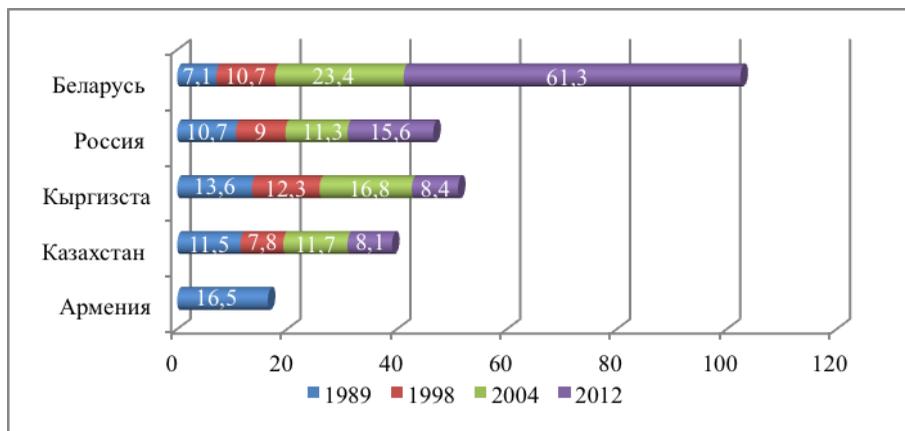


Рис. 8. Суммарные средние показатели выявления первичных больных при профилактических осмотрах в 5-и странах СНГ (в процентах к новым больным)

Как следует из представленных данных в Армении после 1989г. при профилактических осмотрах больных раком не было выявлено.

Отсутствие выявления больных при профилактических осмотрах влечет за собой понижение значений ряда показателей, в частности уровня летальности на I году с момента установления диагноза (рис. 9).

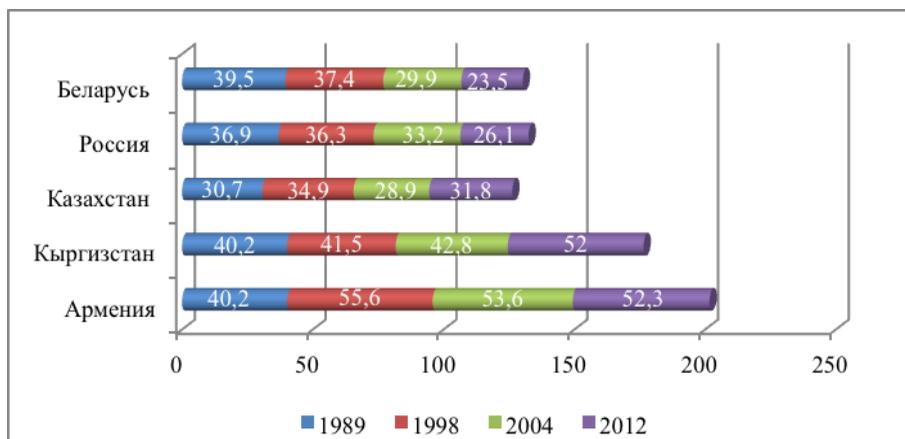


Рис. 9. Суммарные средние показатели летальности на I году с момента установления диагноза в 5-и странах СНГ (в процентах)

Высокий уровень летальности на первом году с момента установления диагноза в Армении и Кыргызстане можно отнести за счет летальности от рака легкого (83,9% и 84,5%, соответственно). Сравнительный анализ уровня летальности по данным 2012г. показал, что в Республике Беларусь годовичная летальность составляет 51,4%, России – 52,4%, в Казахстане – 56,4%. В указанных странах высокий уровень годичной летальности также обусловлен раком легкого. В структуре годичной летальности удельный вес рака молочной железы по Армении составлял 23,8%, тогда как в других странах сравнимый показатель в Республике Беларуси составлял 6,2%, в Казахстане - 7,4%, в России - 8,3%, и в Кыргызстане - 17,6%.

Суммарные средние показатели числа умерших на 100 новых больных, индекс накопления контингента и летальность наблюдаемого контингента в 5-и странах СНГ по состоянию на 1989, 1998, 2004, 2012 годы характеризуют в целом состояние онкологической помощи в указанных странах (табл. 2).

Таблица 2

Суммарные средние показатели числа умерших на 100 новых больных, индекс накопления контингента и летальность наблюдаемого контингента в 5-и странах СНГ по состоянию на 1989, 1998, 2004, 2012 годы (процентах)

Страны	Число умерших на 100 новых больных				Индекс накопления контингента				Летальность наблюдаемого контингента			
	1989	1998	2004	2012	1989	1998	2004	2012	1989	1998	2004	2012
Армения	59,5	73,1	68,1	66,8	4,4	4,5	4,8	5,3	–	–	14,6	13,1
Беларусь	66,7	60,8	48,3	39,2	4,0	4,6	5,1	5,7	–	–	9,8	6,9
Казахстан	72,5	70,1	61,7	53,9	3,6	3,9	4,0	4,6	–	–	15,6	11,6
Кыргызстан	60,9	59,7	60,4	57,3	3,9	3,7	4,4	4,5	–	–	13,6	12,8
Россия	72,4	64,4	59,4	–	4,2	4,7	4,7	6,2	–	–	14,1	7,5

Примечание: (–) Данные отсутствуют.

Морфологически верифицированный диагноз характеризует качество диагностики и надежность данных о впервые выявленных больных (рис. 10). Низкий показатель свидетельствует либо о недостаточной квалификации врача, либо ограниченных диагностических возможностях или слабо развитой специализированной службе общей сети. Кроме того величина показателя зависит от «заинтересованности» врачей в уточнении диагноза у лиц пожилого возраста, больных с противопоказаниями к лечению и от заполнения первичной документации на должном уровне.

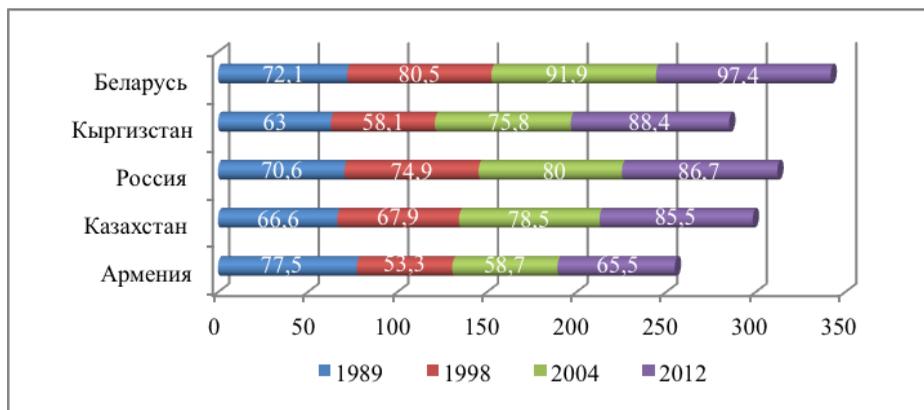


Рис.10. Суммарные средние показатели морфологической верификации рака в 5-и странах СНГ (в процентах)

В Армении в структуре морфологической верификации наиболее низкий процент обусловлен верификацией рака органов дыхания составляющей 27,5%.

Таблица 3

Суммарные средние показатели стадии установленных диагнозов в структуре патологии в 5-и странах СНГ (в процентах)

Страны	Годы	Стадии			
		I-II	III*	IV	Стадия не установлена*
Армения	1989	47,5	–	21,9	–
	1998	30,6	–	21,1	–
	2004	28,5	14,6	23,1	33,9
	2012	34,5	17,1	29,1	19,3
Беларусь	1989	36,9	–	20,6	–
	1998	45,7	–	18,7	–
	2004	54,4	20,8	15,2	9,6
	2012	62,1	18,3	11,2	8,4
Казахстан	1989	34,1	–	21,0	–
	1998	31,0	–	25,1	–
	2004	38,2	39,3	17,7	4,7
	2012	51,6	29,9	14,6	3,8
Кыргызстан	1989	35,8	–	20,3	–
	1998	28,7	–	23,1	–
	2004	28,9	40,0	22,0	9,1
	2012	36,9	35,3	25,4	2,4
Россия	1989	36,8	–	21,5	–
	1998	37,9	–	24,7	–
	2004	43,3	24,8	23,3	8,6
	2012	50,4	21,5	21,5	6,8

* До 2004г. в официальной статистике III стадия заболевания не приводится. С того же года введен показатель «стадия не установлена».

В Армении по состоянию на 2012г. наиболее высокий процент выявления рака в I-II стадии наблюдается при раке тела матки (63,1%), а наиболее низкий – при раке органов дыхания (11,9%). Сравнительные показатели по указанным локализациям по состоянию на 2012г. составляли соответственно в Республике Беларусь 77,5% и 36,8%, в Казахстане - 78,4% и 16,0%, в Кыргызстане - 63,1% и 8,1%, в России - 76,4% и 25,8%.

Если в Армении по состоянию на 2012г в IV стадии болезни наиболее высокий процент выявления при раке желудка (46,7%), а наиболее низкий при раке шейки матки (10,6%), то уровни исследуемых показателей в указанных странах составляли соответственно в Республике Беларусь 33,0% и 9,3%, в Казахстане 30,8% и 5,9%, в Кыргызстане 32,3% и 11,4%, в России 41,3% и 16,0%.

Необходимо отметить, что высокий процент больных с неустановленной стадией можно объяснить низким социально-экономическим статусом населения, ограничивающим использование высокотехнологических методов диагностики и недостаточностью финансирования онкологической службы (табл. 3). Вместе с этим возможны варианты перевода больного в эту категорию при снятии с учета в связи с неподтверждением IV стадии – так называемый «показатель гипердиагностики».

Выше отмеченное свидетельствует о ряде диагностических и организационных недоучетов, причиной которых, на наш взгляд, является отсутствие соответствующих директивных документов.

Начиная с 2012 года отмечается некоторые положительные сдвиги в организации онкологической помощи населению Армении. Так, по сравнению с 2012г. в 2014г. несмотря на рост суммарной заболеваемости раком (с приростом уровня на 6,4%), отмечено снижение уровня смертности с убылью на 34,1% и годичной летальности - на 21,7%.

В ходе исследования отмечено увеличение средней суммарной годичной выживаемости с приростом на 16,3% (табл. 4). Этот факт можно объяснить увеличением выявляемости в I-II стадиях в целом на 8,4%, в III стадии - на 26,9% и снижением уровня показателя неустановленной стадии - на 51,3%.

Таблица 4

Годичная выживаемость от злокачественных новообразований основных локализаций 2012 и 2014гг. (в процентах)

<i>Локализации</i>	<i>Годичная выживаемость</i>	
	<i>2012г.</i>	<i>2014г.</i>
Рак легкого	30,9	35,15
Рак желудка	42,7	48,42
Рак печени	7,2	16,02
Рак поджелудочной железы	14,9	26,54
Колоректальный рак	56,45	59,15
Рак мочевого пузыря	47,7	70,01
Рак предстательной железы	43,4	51,36
Рак молочной железы	70,0	79,81
Рак шейки матки	78,0	88,32
Рак тела матки	69,7	58,71
Рак яичников	54,9	66,13

Однако, высоким остается уровень показателя «учтены после смерти» по состоянию на 2014г. (24%), что в свою очередь свидетельствует о необходимости проведения полноценного учета больных.

Важное значение в ликвидации недоучетов больных в онкологии имеет канцер-регистр. Нами на основе изучения и сопоставления систем канцер-регистров, действующих в разных странах СНГ и рекомендациями ВОЗ с учетом специфики службы в Армении разработана система, включающая создание Государственного и больничных канцер-регистров для внедрения в практику онкологической службы. Основу системы составляют «Извещения о больном с впервые установленным диагнозом рак» - из первичного, вторичного и третичного звена здравоохранения; инструкции по ведению документации; форма выписка из историй стационарного и амбулаторного больных, с целью обеспечения полноценности данных Государственного канцер-регистра и достижения сопоставимого с международным показателем выживаемости больных раком в течение ряда лет.

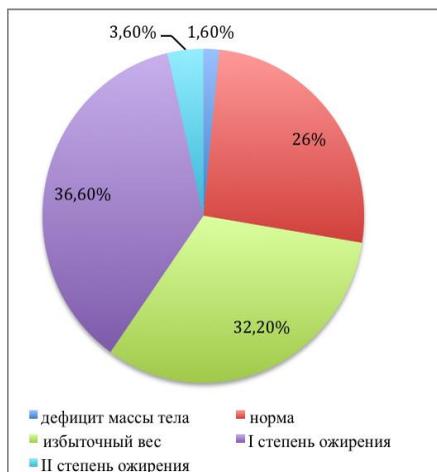
Исходя из постулата ВОЗ о том, что в центре внимания – человек и основываясь на расширенном и адаптированном к условиям Армении кратком опроснике ВОЗ, проведено полуструктурированное индивидуальное интервью. Все вопросы, касающиеся образа жизни, поведенческих факторов риска, относятся к периоду «до болезни». Первое место в ряду поведенческих факторов риска занимает курение и подверженность вторичному табачному дыму. Из 207 интервьюированных женщин только 6 признались в потреблении табака (2,9%), тогда как из 204 мужчин курили 158 (77,5%).

Как в общей, так и в госпитальной популяции среди мужчин преобладали больные с РЛ – 21,08%, РМП – 16,18%, РПрЖ - 14,71% и РЖ - 8,84%. Относительный риск развития рака у курящих превышает таковой у некурящих (для РЛ ОШ=7,0, РМП ОШ=0,44, РПрЖ ОШ=2,5, РЖ ОШ=1,5). Установлена связь между началом курения в возрастной группе 16-22-х лет с вышеперечисленными локализациями (при ДИ 76,7%, χ^2 – 20,481, ОП – 27,350, КС – 0,487), а также между количеством выкуриваемых в день сигарет (>11) и теми же локализациями (при ДИ 86,1%, χ^2 – 37,382, ОП – 40,926, КС – 0,590).

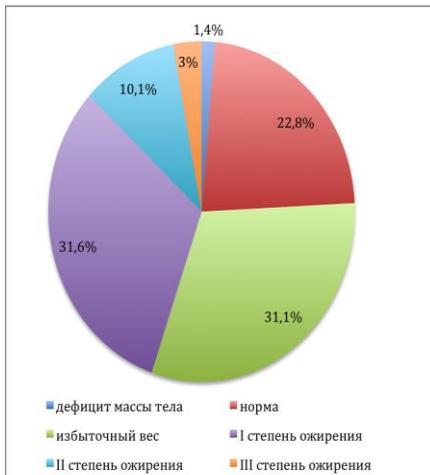
По данным ВОЗ, риск развития рака значительно повышается у лиц, начинающих регулярно курить в юношеском возрасте, а если они становятся постоянными курильщиками, то половина из них будет в итоге «убита табаком», при этом 1/4 – в среднем возрасте и 1/4 – в пожилом.

Более вредным является сочетание потребления табака и алкоголя, в частности, содержащего высокий процент спирта при котором относительный риск повышается в 2 раза. У женщин при регулярном потреблении алкоголя относительный риск РМЖ повышается в 2 раза.

Анализ связи между физической активностью и риском развития РМЖ, РМП, РПрЖ, КрР показал, что сидячий образ жизни повышает риск развития РМЖ в 4,6 раза, РМП - в 2,8, РПрЖ и КрР - по 3,0 раза (ДИ 91,7%, χ^2 - 24,552, ОП – 30,657, КС – 0,121).



Мужчины



Женщины

Рис.12. Индекс массы тела у мужчин и женщин в госпитальной популяции при колоректальном раке

Анализ данных расчета индекса массы тела больных колоректальным раком в госпитальной популяции выявил незначительную разницу в проценте больных КрР мужчин и женщин с избыточным весом и ожирением (72,4% и 75,8% соответственно), при отсутствии среди мужчин ожирения III степени и меньшим процентом II степени ожирения (рис. 12). Большинство мужчин и женщин с КрР имели избыточный вес и I степень ожирения. Риск КрР повышается почти линейно с повышением ИМТ. Эта взаимосвязь больше выражена среди мужчин, чем среди женщин. Среди женщин с РМЖ 72,8% (151 женщины) имели вес выше нормы.

Предметом серьезного внимания представляют особенности питания, в частности ее сбалансированность в течение года. Несбалансированное питание, «сезонность» потребления фруктов и овощей, повышенное потребление хлебо- и хлебобулочных изделий приводит к увеличению индекса массы тела у женщин вплоть до ожирения и повышению относительного риска развития РМЖ в 4,1 раза. В случае КрР несбалансированное питание (потребление жареной и жирной пищи среди мужчин) увеличивает относительный риск в 2,1 раз.

Нами изучено влияние поведенческих факторов риска сочетание которых приводит к многократному увеличению относительного риска развития рака, определенная роль в которой отводится профессии.

В настоящее время связанные с профессией известны более 30-и химических и физических агентов или соединений, и классифицируемых как канцерогены для человека (группа 1 по классификации МАИР). Среди мужчин в госпитальной популяции преобладали строители, химики, водители (150 мужчин), все курящие. При комбинации профессия + курение относительный риск развития рака увеличивался в 12 раз. Столь высокий риск можно объяснить комбинированным воздействием различных канцерогенных агентов - табачный дым, смолы, ПАУ, бензпирен, свинец, мелкодисперсная пыль и т.д..

В принципе концепция триединой био-психосоциальной природы человека требует изучения социального статуса (занятость, образование, доходы и др.) и психо-эмоциональное состояние (тревожность, депрессия, коммуникабельность и др.).

Практически во всех исследованиях, касательно социально-экономического статуса, проводится прямая параллель между образованием, уровнем доходов, удовлетворенностью потребностей, доступностью медицинской помощи, локализацией рака, что было нами учтено при интервьюировании больных.

Из общего числа больных уровень дохода 396 больных был ниже определенного нами 300 000 драм (ДИ 90,0%, $\chi^2 - 24,351$, ОП – 13,072).

Неудовлетворение потребностей составило 91,8% (378 чел.) (при ДИ 95,0%, $\chi^2 - 123,314$, ОП – 96,116, КС – 0,176).

Доход лиц с высшим образованием был ниже, чем со средним или начальным (при ДИ 90,0%, $\chi^2 - 24,351$, ОП – 13,072).

Анализ локализации рака с учетом уровней доходов не выявил связи между исследуемыми признаками.

Финансовые проблемы вызывали у 78,4% (322) больных постоянное чувство беспокойства и превалируют над всеми остальными причинами, что по мнению больных, понижает доступность своевременной медицинской помощи и отрицательно действует на течение болезни.

Изучение психо-эмоционального состояния проводилась по субъективной оценке больных. По результатам анализа психо-эмоционального состояния больных можно разделить на 3 основные категории – с оптимистическим настроем – 51,92% (213 больных), спокойным настроем– 25,0% (103 больных) и пессимистическим настроем – 23,08% (95 больных). Несмотря на различное отношение к своему диагнозу более половины опрошенных больных уже «до болезни» испытывали чувство тревоги, депрессии, неудовлетворенность сном.

Трудно сказать, было ли это состояние предвестником или само по себе могло способствовать возникновению заболевания в комплексе с другими факторами. Среди различных ответов о причинах возникновения рака, безусловно, имеющих свое определенное значение почти во всех случаях женщинами отмечался стресс, что согласно исследованиям создает условия для развития рака.

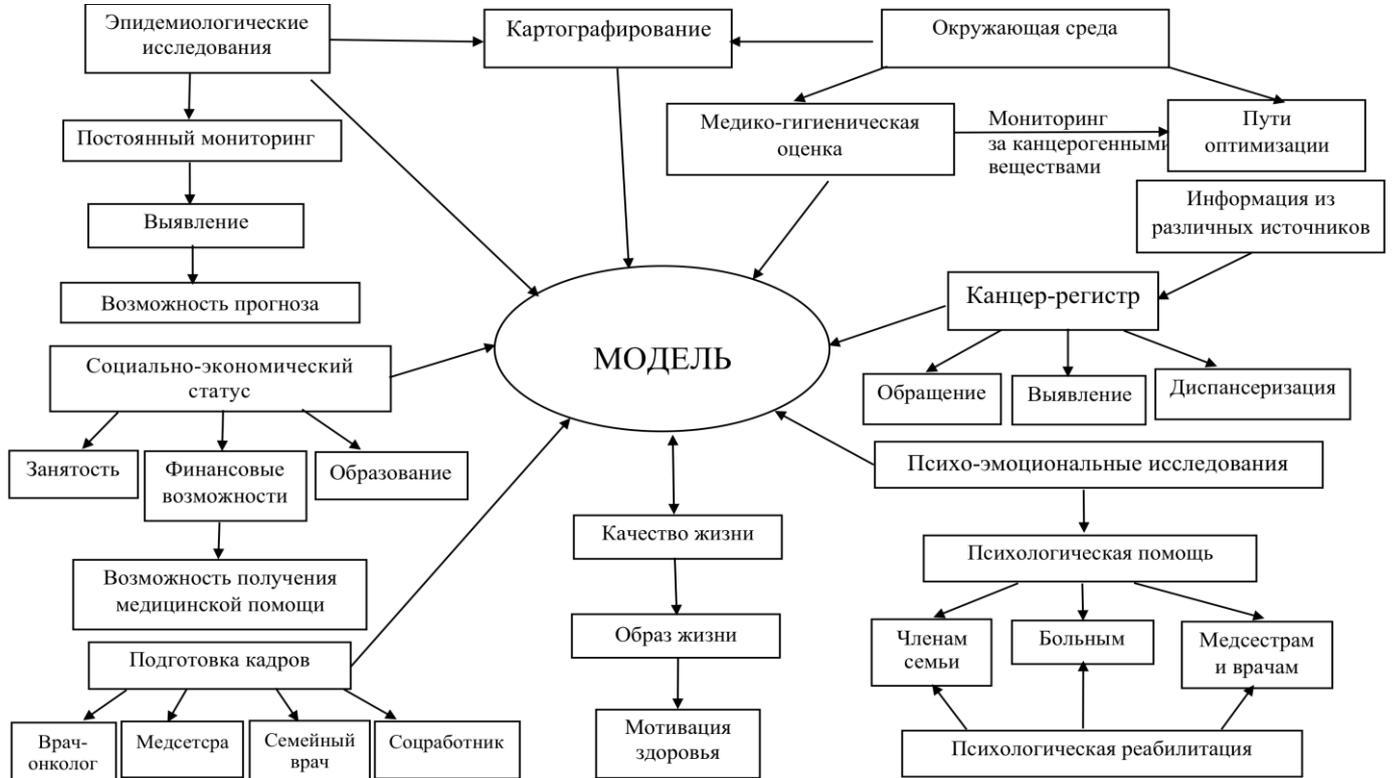
Таким образом, анализ, проведенный на большом фактическом материале показал, что частота многих видов рака определяется состоянием окружающей среды, интенсивностью влияния токсических веществ, химических и физических канцерогенов, социально-экономическим состоянием населения, качеством и образом жизни.

Не последнюю роль играет организация и качество оказания онкологической помощи населению.

Профилактика рака представляет собой наиболее целесообразную стратегию борьбы против рака включающая стратегии в области первичной и вторичной профилактики, профилактики развития рака на уровне индивидуума и в области совершенствования организации онкологической помощи населению.

На основе проведенного анализа нами была разработана научно-обоснованная комплексная модель для изучения онкологической заболеваемости.

Модель комплексного изучения онкологической заболеваемости в Армении



ВЫВОДЫ

1. Применение комплексного метода исследования при изучении онкологической заболеваемости с оценкой медико-социальных и региональных особенностей подтвердило свою состоятельность в качестве эффективного подхода для разрешения одной из приоритетных проблем, стоящих перед органами здравоохранения республики.
2. Несмотря на произошедшие определенные изменения в структуре онкологической заболеваемости в стране за последние 10 лет (2005-2014гг.), тем не менее, рак легкого среди мужского населения и рак молочной железы среди женского населения продолжают занимать первые ранговые места. За 20-летний период (1994-2014гг.) имеет место увеличение новых случаев рака, особенно за счет рака молочной железы и мочевого пузыря примерно в 2 раза, колоректального рака и тела матки примерно в 2,5 раза, рака предстательной железы более чем 4,5 раза.
3. При сохраняющейся в течение последующих 20-и лет ситуации (наличие вредных факторов окружающей среды, факторов риска, социально-экономического состояния и т.д.) прогнозируется рост числа новых случаев с приростом уровня заболеваемости на 56,7%, при этом рака легкого - 42,0%, молочной железы – 53,7%, тела матки – 73,4%, мочевого пузыря – 136,0%, колоректального рака – 133,2%, предстательной железы – 248,6%.
4. В структуре общей смертности среди мужского населения первое место занимает рак легкого, затем желудка, предстательной железы. В структуре годичной летальности на первом месте рак легкого, затем колоректальный рак, а на третьем месте рак мочевого пузыря.
В структуре общей смертности среди женского населения на первом месте рак молочной железы, затем легкого и колоректальный рак. В структуре годичной летальности на первом месте рак яичников, затем легкого, колоректальный рак.
Наиболее высокий уровень годичной летальности отмечается за счет рака печени и поджелудочной железы среди обоих полов.
5. Географическое и временное разнообразие уровней заболеваемости и смертности находит четкое проявление в различных марзах:

- значительное географическое разнообразие увязывается с расположением промышленных предприятий, отличающихся выбросом вредных веществ в окружающую среду, свидетельствующее о медико-гигиенической обусловленности возникновения и развития рака и подтверждающее экологическую модель его развития;
 - временное разнообразие выражается в больших годовых колебаниях числа новых случаев в различных марзах, что связано как с отсутствием регулярных профилактических осмотров, так и с диагностической и организационной недорегистрацией;
 - зонами особо повышенного риска по суммарной средней заболеваемости за 10 лет, общей смертности и годичной летальности являются г.Ереван, марзы Лори, Ширак, Котайк.
6. Доля посмертно учтенных больных в среднем составляет 24%, что характеризует недостаточную полноту своевременного учета больных с впервые в жизни установленным диагнозом и зависит от доступности сведений из различных медицинских учреждений, отражает качество прижизненной диагностики, является следствием нарушения инструкций по ведению учета больных, требует совершенствования национального канцер-регистра в рамках рекомендаций ВОЗ, а также больничного канцер-регистра для усиления неспециализированных служб, оказывающих онкологическую помощь больным.
7. Отсутствие профилактических осмотров и недоучетов привело к самым низким стандартизованным показателям организации онкологической помощи населению при сравнительной оценке с таковыми стран СНГ в отношении выявляемости больных I-II стадии, годичной летальности и летальности на 100 выявленных вследствие существенного числа больных III-IV стадии, незначительного накопления и некоторого снижения показателя летальности наблюдаемого контингента. Ограниченные диагностические возможности и слабо развитая онкологическая служба привела к самому низкому показателю морфологической верификации, особенно в отношении рака легкого (27,5%), что требует соответствующей подготовки онкоморфологов и подтверждает необходимость усиления этих служб.

8. В объяснении генеза опухолей имеет место широкий круг объективно существующих связей с окружающим миром, что подтверждается исследованиями качества, образа жизни и психо-эмоционального состояния больных раком в больничной популяции:

- социально-экономическое положение не сопоставимо по уровню доходов с образованием и занятостью, что приводит к неудовлетворенности их потребностей (более 90%); финансовые проблемы больных стали причиной несвоевременного обращения за медицинской помощью и самолечения (78,4%);
- высокий индекс массы тела у больных раком молочной железы и колоректальным раком связан с несбалансированным питанием;
- относительный риск развития рака легкого у курящих в 7 раз выше такового у некурящих, рака желудка – в 1,5 раза, предстательной железы – в 2,3 раза, а при сочетании курения и потребления алкоголя относительный риск возникновения рака указанных локализаций у мужчин увеличивается в 2 раза. У женщин относительный риск развития рака молочной железы при потреблении алкоголя наиболее высокий (ОШ = 2,0);
- физическая активность лиц обоего пола низкая, что наряду с несбалансированным питанием приводит к увеличению ИМТ, вплоть до ожирения IV степени в частности у женщин с раком молочной железы и колоректальным раком у обоих полов.
- психо-эмоциональное состояние больных характеризуется бессонницей, депрессией, чувством тревоги, изменением коммуникабельности, отношением к своей болезни, гендерными отличиями в выраженности этих признаков (у женщин до постановки диагноза, у мужчин - после), а также различным психо-эмоциональным состоянием при разных локализациях, проявляющимся в более оптимистическом настрое больных раком молочной железы, шейки матки и тела матки, нежели при других локализациях.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Осуществление представленных рекомендаций с целью обеспечения межсекторальной работы по борьбе против рака будет способствовать снижению уровня онкологической заболеваемости и смертности в Армении.

1. Министерству здравоохранения РА:

- необходимо установление приоритетов, исходя из бремени онкологической заболеваемости и смертности в стране, наличия ресурсов и потенциала системы здравоохранения для осуществления профилактики рака и борьбы с ним на национальном уровне, разработка стратегической программы, что с учетом погодных временных и географических особенностей станет основой для разработки краткосрочных программ;
- целесообразно проведение профилактических мероприятий, скрининговых программ по тем локализациям рака, где эффективность доказана (РШМ, РМЖ, колоректальный рак и рак простаты), а также вакцинаций против инфекций, вызываемых онкогенными штаммами папилломавируса (HPV);
- необходим пересмотр количественного и качественного состава кадровых ресурсов (онкологов, онкоморфологов и др.), обеспечивающих онкологическую помощь населению с обязательным включением в штатный состав клинических психологов для работы как с больными, так и с их родными и близкими.

2. Национальному центру онкологии им. В.А. Фанарджяна МЗ РА:

- необходимо совершенствование сбора информации и контроля за представленными данными на всех уровнях, с учетом обязательной переподготовки специалистов-статистиков и обеспечения методической помощи регионам на всех уровнях для разработки целевых программ;
- необходима разработка соответствующего «Положения о канцер-регистре» всех уровней от госпитального до национального, с учетом материально-технического (электронные носители) и кадрового (специалисты) обеспечения с целью создания канцер-регистра, соответствующего современным требованиям;

- целесообразно выделение характерных для Армении зон риска с учетом места проживания, профессиональных факторов риска и образа жизни на основе предоставленных научно-обоснованных данных.
3. Министерству охраны природы РА:
- необходимо проведение периодических мониторингов окружающей среды населенных пунктов, подверженных вредоносному воздействию канцерогенных веществ и прилегающих к промышленным предприятиям территорий с изучением *полного спектра* выделяемых вредных веществ;
4. Национальному центру по контролю и профилактике заболеваний МЗ РА:
- целесообразно определение природы, степени и длительности воздействия и возможной опасности для каждого вещества с подозрением на канцерогенность, с учетом радиуса действия и уровня риска исходя из предельно допустимых выбросов.
5. Руководителям регионов (марзов):
- необходимо приоритетное использование, установленных государством, отчислений от природоохранительных платежей промышленных предприятий для проведения целевых скрининговых программ направленных на раннее выявление онкологических заболеваний среди населения данного региона (муниципалитета) подверженному вредоносному влиянию этих предприятий.
6. Министерству образования и науки РА:
- В последипломном образовании -
- в программе подготовки клинической ординатуры по специальности «Онкология» необходимо включить -
 - ✓ принципы онкологического эпидемиологического анализа с изучением таких показателей как кумулятивный риск, кумулятивный показатель, кумулятивная инцидентность, кумулятивный коэффициент заболеваемости.
 - ✓ современные подходы к введению канцер-регистра.

Список научных работ, опубликованных по теме диссертации:

1. Оганесян М.Г. Подходы к изучению роли социально-экономического статуса на заболеваемость раком молочной железы и шейки матки за рубежом // Вопросы теоретической и клинической медицины / Ереван, 2012. - 7 (75). - С. 12-16.
2. Оганесян М.Г. Европейское здоровье: Европа против рака // Вопросы теоретической и клинической медицины / Ереван, 2013. - 1 (77). - С. 74-79.
3. Оганесян М.Г. Медико-гигиенические подходы к изучению заболеваемости раком (на примере Еревана) // Вопросы теоретической и клинической медицины / Ереван, 2013. - 3 (79). - С. 5-9.
4. Оганесян М.Г. Динамика и структура смертности от рака различных локализаций в Ереване // Вестник хирургии Аремнии имени Г.С. Тамазяна / Ереван, 2013. - 3 (81). - С. 20-32.
5. Оганесян М.Г. Заболеваемость раком молочной железы и репродуктивных органов женщин Армении. Подходы к изучению роли некоторых факторов в развитии заболевания // Сборник статей по материалам XXV международной научно-практической конференции. Современная медицина: Актуальные вопросы / Новосибирск, 2013. - 11 (25). - С. 72-83.
6. Оганесян М.Г. Экологическая модель возникновения рака: становление и развитие теории // НИЗ им. Авдалбекяна МЗ РА. Научно-медицинский журнал / Ереван, 2013. – 8:2. - С. 70-78.
7. Оганесян М.Г. Комплексное воздействие факторов окружающей среды как фон развития онкологических заболеваний // Медицинские новости / Минск, 2014. – 5. - С. 11-15.
8. Оганесян М.Г. Заболеваемость раком молочной железы в Армении // Вестник Казахского национального мед. университета / Алматы, 2014. – 1. - С. 83-89.
9. Оганесян М.Г. Медико-гигиеническая обусловленность онкологической заболеваемости и смертности в Армении // ЕГМУ, Медицина, наука и образование. Научно-информационный журнал / Ереван, 2014. – 17. - С. 81-89.
10. Оганесян М.Г. Психо-эмоциональное состояние больных раком // Онкологический журнал / Минск, 2014. – Т. 8. - 2 (30) - С. 14-19.
11. Оганесян М.Г. Роль и место канцер-регистра в организации онкологической службы // Вопросы теоретической и клинической медицины / Ереван, 2014. - 6 (95). - С. 26-30.
12. Оганесян М.Г. Основные показатели онкологической помощи населению стран СНГ: сравнительная оценка // Медицинские новости / Минск, 2014. – 11. - С. 98-102.
13. Оганесян М.Г. Качественные методы исследования в онкологии. Их ценность и потенциал // НИЗ им. Авдалбекяна МЗ РА. Научно-медицинский журнал / Ереван, 2014. – 9:2 - С. 85-90.
14. Оганесян М.Г. Медико-гигиеническая характеристика Севанского бассейна и здоровье населения // Вопросы теоретической и клинической медицины / Ереван, 2014. - 7 (96). - С. 24-28.
15. Оганесян М.Г. Антропогенная нагрузка на здоровье населения . Окружающая среда и онкологическая заболеваемость в Араратском марзе.

- Сообщение I // ЕГМУ, Медицина, наука и образование. Научно-информационный журнал / Ереван, 2015. – 18. - С. 77-81.
16. Оганесян М.Г. Медико-гигиеническая обусловленность онкологической заболеваемости и смертности в Армении. Сообщение II // ЕГМУ, Медицина, наука и образование. Научно-информационный журнал / Ереван, 2015. – 18. - С. 82-86.
 17. Оганесян М.Г. Онкологическая заболеваемость как проблема социальной медицины // Современные исследования социальных проблем. Рубрика: Медико-социологические исследования / Москва, 2015. – 1. - С. 533-554.
 18. Оганесян М.Г. Образ жизни больных раком (качественное исследование в госпитальной популяции) // Современные исследования социальных проблем. Рубрика: Медико-социологические исследования / Москва, 2015. – 2. - С. 392-402.
 19. Novhannisyan M.G. Medical and geographical relationship between lung cancer and the environment // National Academy of Sciences of RA. Electronic Journal of Natural Science / Yerevan, 2015. – 2(25). – P. 30-34.
 20. Оганесян М.Г. Окружающая среда и заболеваемость раком легкого: на примере Ширакского марза // ЕГМУ, Медицина, наука и образование. Научно-информационный журнал / Ереван, 2015. – 19. - С. 81-84.
 21. Оганесян М.Г. «Будущее» рака легкого в Армении: оценка показателей заболеваемости // ЕГМУ, Медицина, наука и образование. Научно-информационный журнал / Ереван, 2015. – 19. - С. 75-80.

Учебные пособия

1. Оганесян М.Г. Принципы социальной медицины изучения неинфекционных заболеваний (на примере онкологической заболеваемости) // Учебное пособие / Ереван, 2015. – 37 с.
2. Оганесян М.Г. Качественные методы исследования в медицине: их ценность и потенциал // Учебное пособие / Ереван, 2015. – 22 с.

Методические рекомендации

1. Оганесян М.Г. Методические рекомендации по совершенствованию деятельности канцер-регистра в Армении // Методическая рекомендация/ Ереван, 2015. – 27 с.

ԱՄՓՈՓՈՒՄ

Հայաստանում քաղցկեղով հիվանդացության դինամիկան, ինչպես նաև վերջին տարիներին դրա պատճառով մահացության դեպքերը պահանջում են տվյալ հիմնախնդրի ուսումնասիրության նոր մոտեցումներ: Ակնհայտ է, որ անհրաժեշտ է պարզել տարբեր տեղակայման քաղցկեղով հիվանդացության բժշկա-հիգիենիկ պայմանավորվածությունը՝ կախված շրջակա միջավայրի վիճակից՝ մթնոլորտային օդի, բաց ջրամբարների, հողի ախտոտվածության աստիճանից, սոցիալ-էկոլոգիական վիճակի դերի պարզաբանումից, բնակչության ուռուցքաբանական ծառայության կատարելագործումից, ինչպես նաև քաղցկեղով հիվանդների կյանքի որակից և ապրելակերպից:

Աշխատանքում՝ հիմնված փաստացի նյութի վրա, որը ներառում է երկրի բոլոր մարզերում (քաղցկեղի 11 տեղակայումներով) քաղցկեղով հիվանդացության և մահացության հետազոտության արդյունքները, շրջակա միջավայրի վիճակը՝ սկսած անցած դարի 90-ական թվականներից, ինչպես նաև հիվանդացության բժշկա-աշխարհագրական կապի բացահայտումը քարտեզագրման կիրառմամբ, թույլ տվեց երկրում առանձնացնել տարբեր աստիճանի ռիսկայնության երեք գոտի՝ առավելագույն ռիսկի գոտի (Երևան, Լոռու, Կոտայքի, Շիրակի մարզեր), բարձր ռիսկի գոտի (Արարատի, Սյունիքի, Տավուշի մարզեր) և չափավոր ռիսկային գոտի (Արագածոտնի, Արմավիրի, Գեղարքունիքի, Վայոց ձորի մարզեր):

2005-2014թթ.-ին չարորակ նորագոյացություններով հիվանդացության դինամիկայի ուսումնասիրման, ինչպես նաև նախորդ 20 տարիների կտրվածքով (1994թ.-ից) հիվանդացության մակարդակի համեմատության արդյունքում, կիրառելով վիճակագրական վերլուծության ժամանակակից մեթոդներ (կումուլյատիվ՝ ցուցանիշ, ռիսկ, գործակից, հիվանդացության աճի տեմպ), տրվել է հիվանդացության մակարդակի կանխատեսում մինչև 2034թ. ըստ քաղցկեղի հիմնական տեղակայումների, որն առանձնանում է 1994թ.-ից նոր դեպքերի թվաքանակի էական աճով (թոքի, կրծքագեղձի, շագանակագեղձի, արգանդի մարմնի, միզապարկի, հաստ աղու քաղցկեղ):

Գրականության ուսումնասիրության, ինչպես նաև ուռուցքաբանական օգնության որակի ցուցանիշների սեփական հետազոտության արդյունքների հիման վրա կատարված ԱՊՀ մի շարք երկրների համեմատական գնահատականը թույլ է տվել ի հայտ բերել թերություններ, որոնք պայմանավորում են ՀՀ բնակչության ուռուցքաբանական օգնության որակի ցուցանիշների ցածր մակարդակը: Հիմնական թերություններից մեկը ժամանակակից չարորակ նորագոյացությունների ռեգիստրի բացակայությունն է: Տարբեր երկրների չարորակ նորագոյացությունների ռեգիստրների գործունեության ուսումնասիրությունը, ԱՀԿ տվյալները չարորակ նորագոյացությունների ռեգիստրների կառուցվածքի և գործունեության վերաբերյալ, ինչպես նաև հիվանդության և մահվան գրանցված դեպքերի ուսումնասիրության ընթացքում կազմակերպչական և ախտորոշման բացթողումների և թերությունների հայտնաբերումը հիմք են հանդիսացել չարորակ նորագոյացությունների ռեգիստրի կազմակերպմանն ու գործունեության կատարելագործմանն ուղղված համապատասխան հանձնարարականների մշակման և ներդրման համար:

Ատենախոսության մեջ հատուկ տեղ է զբաղեցնում քաղցկեղով հիվանդների կյանքի որակի և ապրելակերպի ուսումնասիրությունը: Հիվանդանոցում հիվանդների հետ կիսակառուցվածքայնացված հարցաթերթի միջոցով անհատական հարցազրույցը թույլ է տվել առանձնացնել հիվանդության զարգացման վրա ազդող գործոնները՝ սոցիալ-տնտեսական կարգավիճակ (կրթության, եկամուտի, զբաղվածության անհամապատասխանություն), ֆինանսական խնդիրներ՝ կապված բուժօգնության հասանելիության հետ, ցածր ֆիզիկական ակտիվություն, չբալանսավորված սննդակարգ, ծխախոտի և ալկոհոլի օգտագործում, ինչպես նաև հիվանդների հոգե-հուզական վիճակ:

Աշխատանքի արդյունքների վերլուծության հիման վրա մեր կողմից մշակվել է ուռուցքաբանական հիվանդացության ուսումնասիրության գիտականորեն հիմնավորված մոդել, որը նպատակահարմար է կիրառել նաև ոչ վարակիչ այլ հիվանդությունների սոցիալ-հիգիենիկ հետազոտություններ իրականացնելիս:

APPROACHES TO THE INVESTIGATION OF CANCER MORBIDITY AS A SOCIAL- HYGIENIC PROBLEM

Hovhannisyan Marine Gevorg

Summary

Dynamics of the cancer morbidity in Armenia, as well as the cancer mortality in recent years requires a new approach to this problem. It is essential to identify medical and hygienic conditioning of the cancer morbidity of different localizations of cancer depending on the environmental conditions (pollution of the air, open water sources and the soil), enhancement of the cancer care provision to the population in Armenia, clarification of the role of social and environmental conditions in development of disease, as well as the quality and way of life of cancer patients.

In the presented study, based on the actual materials, which include the results of investigation of cancer morbidity and mortality by 11 cancer localizations in all regions of the country, analysis of the environmental conditions since the 90s of the last century, and the identification of medical and geographical contingency of cancer morbidity with using cartograms made it possible to identify three zones in the country with different levels of risk - a zone of very high risk (Yerevan, Lori, Kotayk, Shirak region), zone of high risk (Ararat, Syunik, Tavush region), zone of moderate risk (Aragatsotn, Armavir, Gegharkunik, Vayots Dzor).

Based on the study of the cancer morbidity dynamics from 2005 to 2014, as well as comparison with cancer morbidity during the previous 20 years (since 1994), using contemporary methods of statistical analysis (cumulative indicator, cumulative risk, cumulative coefficient, the morbidity growth rate) the forecast of cancer morbidity up to 2034 is given by the main localizations featuring with the highest increase in the number of new cases since 1994 (lung, breast, prostate, uterus, bladder and colorectal cancer).

The comparative evaluation of the quality indicators of cancer care of some CIS countries was performed based on the in-depth literature analysis and own analysis of those

indicators. Analysis of the organizational structure of corresponding services in the CIS countries and Armenia identified shortcomings that determine the low level of quality indicators of the cancer care to the population in Armenia.

One of the key factors is the lack of the contemporary cancer registry. Corresponding recommendations for the organization and activity of contemporary cancer registry are developed within the frame of this study and embedded into the practice of health system. Investigation of the structure and activities of cancer registries in different countries and WHO recommendations regarding the organization and activities of the cancer registries, as well as the identification of organizational and diagnostic undercounts during investigation of cancer morbidity and mortality in Armenia has become the basis for development of corresponding recommendations on improving the activities of cancer registry.

A special attention in the study is paid on the investigation of the quality and way of life of cancer patients. Individual interviews of patients with semistructured questionnaire among hospital population identified the factors influencing the development of disease: the socio-economic status (mismatch between education, income, employment), dissatisfaction of needs, financial problems regarding access to health care, low physical activity, unbalanced diet, tobacco and alcohol use, as well as the psycho-emotional state of patients.

The scientifically based model for the investigation of cancer morbidity in the country is developed as a result of the complex investigations implemented during this study, which can be used for social-hygienic investigations of the non-communicable other diseases.

A handwritten signature in black ink, appearing to be the initials 'MIP' or similar, written in a cursive style.