

УДК 616.33-006.6-036.22(571.6)

DOI: 10.34215/1609-1175-2020-4-49-54

Рак желудка на территории Дальневосточного федерального округа

В.П. Гордиенко

Амурская государственная медицинская академия, Благовещенск, Россия

Цель: оценка основных показателей заболеваемости и смертности населения Дальневосточного федерального округа от рака желудка за последние десять лет (2008–2017). **Материал и методы.** Проанализированы показатели заболеваемости и смертности, отчетные формы статистического учета онкологических больных и регламентирующие документы органов здравоохранения. **Результаты.** В ДВФО за 2017 г. зарегистрировано 25 155 новых случаев злокачественных новообразований, что на 26,6% больше, чем десять лет назад. Под диспансерным наблюдением находились 128776 пациентов – 2,1% населения региона. В структуре первичной заболеваемости рак желудка занимал четвертое, а в структуре общей смертности – второе место (после опухолей трахеи, бронхов и легкого). За 2008–2017 гг. возросло количество больных с I–II стадиями рака желудка, заболеваемость существенно уменьшилась у женщин. Процент активно выявленных случаев за десять лет увеличился на несколько порядков, однако произошло снижение индекса накопления контингентов больных раком желудка. Частота морфологического подтверждения диагноза в ДВФО оказалась ниже, чем в среднем по России. Удельный вес больных, состоящих на учете пять лет и более, превысил среднереспубликанские значения. Очень высокими показателями характеризовалась летальность на первом году с момента установления диагноза, что можно объяснить высоким уровнем запущенности рака желудка. **Заключение.** На фоне возрастающего числа больных со злокачественными новообразованиями на территории ДВФО в начале XXI века отмечается постоянное снижение заболеваемости и смертности при раке желудка, объяснить которые какой-либо конкретной причиной в настоящее время не представляется возможным.

Ключевые слова: рак желудка, заболеваемость, смертность, территория

Поступила в редакцию 10.01.2020 г. Принята к печати 01.09.2020 г.

Для цитирования: Гордиенко В.П. Рак желудка на территории Дальневосточного федерального округа. *Тихоокеанский медицинский журнал*. 2020;4:49–54. doi: 10.34215/1609-1175-2020-4-49-54

Для корреспонденции: Гордиенко Виктор Петрович – д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой лучевой диагностики, лучевой терапии с курсом онкологии Амурской государственной медицинской академии (675000, г. Благовещенск, ул. Горького, 95), ORCID: 0000-001-9289-8513; e-mail: gen-45@rambler.ru

Stomach cancer on the territory of the Far Eastern Federal District

V.P. Gordienko

Amur State Medical Academy, Blagoveshchensk, Russia

Objective: General indexes of the disease and death rate among the Far East region due to stomach cancer during the last decade (2008–2017). **Methods:** Disease and death rates, statistical reports of patients with oncology and official documents by public health authorities were analyzed. **Results:** there were 25,155 new registered cancer cases in Far East region in 2017. It's 26.6% higher than 10 years ago. 128,776 patients (2.1% of the region population) were under outpatient observation. In the structure of primary morbidity stomach cancer takes the fourth place, and in overall death-rate it's on the 2nd place, going after trachea, bronchial and lung tumor. The number of patients having I–II phase of stomach cancer had increased from 2008 to 2017, the disease rate among women significantly decreased. The percentage of actively defined cases has increased by several orders for ten years. However the index of accumulation of contingents of the diseased with stomach cancer has decreased. The rate of morphological confirmation of such diagnosis turned out to be lower than the average rate in Russia. The proportion of the diseased registered for 5 years or more has exceeded average numbers. The death rate was the highest during the 1st year of being diagnosed. It can be explained by a very high rate of neglecting. **Conclusions:** comparing the increasing number of cancer diseased in Far Eastern Region, the constant decrease of the disease and death rates were noticed at the beginning of the 21st century. This fact can't be explained by an exact reason now.

Keywords: stomach cancer, morbidity, death rate, territory

Received: 10 January 2020; Accepted: 1 September 2020

For citation: Gordienko V.P. Stomach cancer on the territory of the Far Eastern Federal District. *Pacific Medical Journal*. 2020; 4:49–54. doi: 10.34215/1609-1175-2020-4-49-54

Corresponding author: Victor P. Gordienko, MD, PhD, professor, head of the Department of Radiation Diagnostic and Radiotherapy with Oncology Course, Amur State Medical Academy (95 Gorkogo St., Blagoveshchensk, 675000, Russian Federation); ORCID: 0000-001-9289-8513; e-mail: gen-45@rambler.ru

Заболеваемость злокачественными новообразованиями (ЗНО) растет в большинстве стран мира. Нередко увеличение частоты выявления онкологических больных объясняется уменьшением численности населения, его старением, а в ряде случаев – процессами

миграции и ремиграции, очень существенными на отдельных территориях Российской Федерации, в частности, в Сибири и Дальневосточном федеральном округе (ДВФО). В последние годы в России отмечается прирост онкологической заболеваемости: ежегодно

регистрируется более 600 тыс. новых случаев ЗНО. Фактически каждый пятый житель россиянин в течение жизни страдает одной из форм онкологической патологии [1–3].

Рак желудка (РЖ) относится к ЗНО с наиболее высоким уровнем летальности и крайне низкой кулулятивной выживаемостью. По данным В.М. Мерабишвили, на протяжении многих лет медиана выживаемости пациентов с РЖ сохраняется на уровне 7 месяцев без учета посмертно выявленных случаев и 5–7 месяцев с их учетом [4, 5]. В 2017 г. в России был зарегистрирован 37 291 больной РЖ (мужчин – 21 402, женщин – 15 889). Интенсивный («грубый») показатель для мужчин составил 31,44, для женщин – 20,17, стандартизованный (мировой стандарт) – 21,33 и 9,2, на 100 тыс., соответственно. В общей структуре онкологической заболеваемости РЖ занимает шестое место (6%) после рака кожи с меланомой (14,4%), рака молочной железы (11,5%), трахеи, бронхов и легкого (10,1%), ободочной кишки (6,8%) и простаты (6,6%). Важно отметить, что на протяжении уже не одного десятилетия в России и во всем мире происходит постоянное снижение количества больных РЖ [6]. Отсутствие четко сформулированного специфического причинного фактора, различия в диагностических критериях, возможное влияние внешней среды на развитие онкопроцесса делают актуальными эпидемиологические исследования с изучением различных факторов риска РЖ, характерных для каждого географического образования [7].

Материал и методы

Проведен анализ заболеваемости и смертности населения Дальневосточного Федерального округа от ЗНО желудка за десять лет (2008–2017). Динамика показателей заболеваемости и смертности пациентов с онкологической патологией оценивалась в соответствии с Международной статистической классификацией болезней десятого пересмотра. Изучались отчетные формы «Сведения о ЗНО» № 35 (до 27.12.2016 г.) и № 7, учетная форма № 030-6 «Контрольная карта диспансерного больного», учетно-отчетные документы «Извещение о больном злокачественным новообразованием» (форма 090/у), «Медицинская карта амбулаторного больного» (форма 025/у), «Протокол запущенности» (форма 027-2/у) и годовые отчеты лечебно-профилактических учреждений. Также использовались публикуемые в научной литературе и в регламентирующих документах Минздрава РФ материалы, интерпретируемые авторами с учетом собственных предложений по совершенствованию онкологической помощи населению на территории отдельно взятых регионов Российской Федерации [1, 8–12]. Определялся показатель отношения смертности и заболеваемости (индекс достоверности учета – ИДУ), который дает возможность получения более точной информации о состоянии медицинской помощи онкологическим

больным на любой территории с указанием количества ошибок в определении распространенности опухолевого процесса. Это особенно актуально для регионов, которые занимают большие площади, и где заболеваемость и смертность могут изменяться в зависимости от конкретного места проживания. Повышение качества медицинской помощи онкологическим больным уменьшает этот показатель. Общий ИДУ в Европе и России составляет в настоящее время около 0,5, но на отдельных территориях нашей страны он значительно выше [1, 13].

Полученные результаты обработаны с использованием стандартных программ статистического, социологического и текущего наблюдения с использованием информационных технологий онкологической статистики, предложенных В.М. Мерабишвили [14].

Результаты исследования

На территории ДВФО в 2008 г. ЗНО заболели 19 846 человек, в 2017 г. – 25 155 человек, из них мужчин – 11 683 (46,4%), женщин – 13 472 (53,6%). Уровень заболеваемости мужского населения соответствовал второму месту среди регионов Российской Федерации, тогда как женского – четвертому. Темпы прироста числа заболевших среди женщин были выше, чем среди мужчин. За последние 10 лет количество заболевших ЗНО увеличилось на 26,6%. По России в целом этот показатель составил 25,7% (23,2% – для мужчин и 29,9% – для женщин).

Структура основных локализаций ЗНО в 2017 г. в ДВФО выглядела следующим образом: на первом месте – рак кожи с меланомой – 13,9% (в 2016 г. – 12,5%), на втором – рак трахеи, бронхов и легкого – 12,6% (в 2016 г. – 12,6%), на третьем – рак молочной железы – 10,5% (в 2016 г. – 11,2%). Было учтено 1 535 случаев РЖ (926 – у мужчин и 609 – у женщин): интенсивный показатель составил 24,86, а стандартизованный (мировой стандарт) – 15,28 на 100 тыс. населения, что вывело данную патологию на четвертое место в общей структуре онкологической заболеваемости в округе. РЖ в 2017 г. регистрировался на всех территориях ДВФО с наибольшими стандартизованными показателями в Чукотском автономном округе и Сахалинской области. Наименьшие уровни заболеваемости зарегистрированы в Приморском крае и Еврейской автономной области. Высокая смертность от ЗНО желудка отмечалась в Сахалинской и Магаданской областях. Лучшие показатели ИДУ для больных РЖ в 2017 г. зафиксированы в Чукотском автономном округе (табл. 1). Абсолютные, интенсивные («грубые») и стандартизованные (мировой стандарт) значения прироста/убыли количества больных РЖ были представлены отрицательными цифрами, как среди мужского, так и среди женского населения, однако женщины имели более существенные уровни снижения заболеваемости (табл. 2).

Активная выявляемость ЗНО желудка в ДВФО в 2008 г. составила 3,2%, в 2017 г. – 16,9% (по РФ в 2017 г. –

Таблица 1

РЖ в ДВФО: заболеваемость и смертность (стандартизованные показатели на 100 тыс. населения)

Территория	Заболеваемость						Смертность						ИДУ	
	2008 г.			2017 г.			2008 г.			2017 г.			2008 г.	2017 г.
	всего	муж.	жен.	всего	муж.	жен.	всего	муж.	жен.	всего	муж.	жен.		
Приморский край	18,65	28,85	12,31	13,03	19,72	8,83	15,94	27,31	9,08	11,46	18,37	7,26	0,85	0,88
Хабаровский край	18,85	29,09	12,47	15,16	23,67	9,89	15,99	22,61	11,86	10,99	18,07	6,92	0,85	0,72
Амурская обл.	19,60	30,87	12,47	16,56	27,10	9,66	15,13	22,48	10,77	10,48	18,34	5,13	0,77	0,63
Камчатский край	17,19	28,15	10,05	18,36	30,72	10,60	17,60	26,70	11,71	10,87	18,30	6,36	1,02	0,59
Магаданская обл.	21,05	37,48	14,04	18,22	27,03	13,38	17,83	25,26	15,10	12,30	22,22	7,31	0,85	0,67
Сахалинская обл.	20,22	29,70	14,76	19,00	32,21	11,76	18,78	31,06	12,76	14,81	26,51	8,12	0,93	0,78
Чукотский АО	25,79	57,06	0,00	30,83	51,91	13,78	16,82	27,32	8,40	5,51	11,24	0,00	0,65	0,18
Республика Саха	18,00	29,87	9,91	15,80	26,59	9,70	13,70	21,29	8,34	9,01	13,98	5,82	0,76	0,57
Еврейская АО	18,38	29,25	11,05	14,54	25,22	8,76	15,31	27,61	7,32	10,00	10,00	6,54	0,83	0,69
ДВФО	18,89	29,51	12,14	15,28	24,36	9,62	15,92	25,06	10,36	11,10	18,37	6,68	0,84	0,73
Россия	17,37	26,74	11,62	13,83	21,33	9,20	15,02	23,68	9,76	10,26	16,42	6,48	0,86	0,74

Таблица 2

Динамика заболеваемости РЖ населения ДВФО в 2008–2017 гг.

Год, прирост/убыль (П/У)	Показатель заболеваемости					
	Мужчины			Женщины		
	абс.	на 100 тыс.		абс.	на 100 тыс.	
		«грубый»	стандартизованный		«грубый»	стандартизованный
2008	989	31,77	29,51	669	19,91	12,14
2011	932	30,93	26,36	587	17,99	10,26
2013	902	30,08	25,13	648	20,00	11,14
2016	920	30,96	24,84	563	17,50	9,31
2017	926	31,24	24,36	609	18,97	9,62
П/У, %	-6,38	-1,67	-17,50	-8,97	-4,73	-20,76
Среднегодовой П/У, %	-0,64	-0,17	-1,75	-0,89	-0,47	-2,08

Таблица 3

Динамика распределения случаев РЖ в ДВФО по стадиям заболевания в 2008–2017 гг.

Год	Стадия РЖ								Всего	
	I-II		III		IV		Не установлена		абс.	%
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%		
2008	344	23,4	347	23,7	673	45,9	102	7,0	1467	100
2011	337	23,7	329	23,1	644	45,2	116	8,1	1426	100
2013	1387	26,4	310	21,2	701	47,9	64	4,4	1462	100
2016	427	31,0	264	19,1	641	46,4	48	3,5	1380	100
2017	462	33,3	273	19,6	622	44,7	33	2,4	1390	100

13,2%), что указывает на активизацию профилактической работы, «почти забытой» в постсоветское время, когда доля больных с опухолевым процессом I–II стадий была значительно больше. В 2017 г. треть впервые зарегистрированных РЖ была выявлена на I–II стадиях. Некоторое снижение числа пациентов с IV стадией ЗНО желудка не может быть охарактеризовано как положительный факт, потому что количество запущенных случаев вместе с неустановленной стадией онкопроцесса

составляло почти половину от всех первично выявленных, что может объяснить высокий уровень общей и одногодичной летальности (табл. 3).

Контингент больных РЖ на 100 тыс. населения в 2017 г. оказался больше, чем в 2008 г. Анализ возрастных особенностей показал, что за исследуемый период наибольшее количество наблюдений данной патологии приходилось на возраст 55 лет и старше. Индекс накопления контингента больных РЖ в 2017 г.

практически не изменился в сравнении с предыдущим периодом, но в абсолютных цифрах эта разница оказалась существенной (табл. 4). С 2008 г. удельный вес больных РЖ, состоявших на учете пять и более лет, в ДВФО увеличился, превысив среднероссийский показатель (табл. 5).

Доля больных ЗНО желудка с морфологически верифицированным диагнозом на территории ДВФО в 2017 г. представлена неоднозначными показателями, тем не менее выросшими по сравнению с 2008 г., но оставшимися ниже средних по стране (табл. 6). Как свидетельство низкого качества специализированной помощи онкологическим больным следует рассматривать минимальный уровень морфологического подтверждения диагнозов в Чукотском автономном округе (68,8%) и в Приморском крае (81,7%) при их 100-процентной верификации в Сахалинской области [12].

На протяжении последних десятилетий смертность от РЖ находилась на лидирующих позициях в ДВФО, уступая лишь злокачественным новообразованиям трахеи, бронхов и легкого. Динамика стандартизованных показателей смертности в данной группе больных на территории округа, как среди мужчин, так и среди женщин, характеризовалась отрицательными значениями прироста/убыли, особенно у лиц женского пола. Некоторые колебания в количестве умерших в отдельные периоды не влияли на общие и среднегодовые уровни прироста/убыли больных РЖ (табл. 7). Наиболее благоприятные показатели по смертности от ЗНО у этой категории больных отмечены в Чукотском автономном округе и Якутии, тогда как в Сахалинской

Таблица 4

Индекс накопления контингентов (ИНК) при РЖ в 2008–2017 гг.

Показатель	ДВФО					РФ	
	2008 г.	2011 г.	2013 г.	2016 г.	2017 г.	2017 г.	
ИНК	2,7	3,2	3,2	3,7	3,6	4,3	
Кол-во случаев*	абс.	4004	4386	4423	4734	4775	139894
	на 100 тыс.	61,6	68,1	70,7	76,3	77,2	95,4

* На конец года.

Таблица 5

Удельный вес больных РЖ, состоявших на учете пять и более лет

Показатель	ДВФО					РФ	
	2008 г.	2011 г.	2013 г.	2016 г.	2017 г.	2017 г.	
Кол-во больных	абс.	1911	2017	2312	2794	2753	78856
	%	47,7	46,0	52,3	57,1	57,7	56,4

и Магаданской областях они были значительно выше (табл. 1).

В течение первого года после установления диагноза РЖ в ДВФО в 2017 г. умерло 49,3% от всех впервые выявленных больных (в РФ – 46,6%). При общей тенденции к снижению показателя прироста/убыли произошло существенное увеличение количества больных, ушедших из жизни на первом году с момента установления диагноза в Чукотском автономном округе (+84,5%), Еврейской автономной области (+28,5%) и в Приморском крае (+10%). Наименьшие показатели этого вида статистической отчетности (Камчатский край – 35,5%, Хабаровский край – 39,4%) не дают возможности с оптимизмом смотреть в ближайшее

Таблица 6

Динамика удельного веса морфологически подтвержденных диагнозов (МПД) РЖ в ДВФО в 2008–2017 гг.

Пол	2008 г.			2011 г.			2013 г.			2016 г.			2017 г.*		
	Абс.	МПД		Абс.	МПД		Абс.	МПД		Абс.	МПД		Абс.	МПД	
		абс.	%		абс.	%									
Оба пола	1466	1228	83,8	1426	1116	78,3	1462	1205	82,4	1318	1246	90,3	1390	1240	89,2
Мужчины	875	830	94,8	875	702	80,2	851	748	87,9	828	764	92,3	838	810	96,6
Женщины	591	398	67,3	551	414	75,1	611	457	74,7	552	482	87,3	552	430	77,9

* В 2017 г. по Российской Федерации – 92,9%

Таблица 7

Динамика смертности населения ДВФО от РЖ в 2008–2017 гг.

Год, прирост/убыль (П/У)	Показатель смертности									
	абс.	Мужчины			абс.	Женщины				
		на 100 тыс.				на 100 тыс.				
		«грубый»		стандартизованный		«грубый»		стандартизованный		
2008	838	26,92		25,06	563	16,75		10,36		
2011	812	26,95		23,40	511	15,66		8,80		
2013	732	24,41		20,36	543	10,76		9,15		
2016	729	24,53		19,38	462	14,36		7,51		
2017	703	23,72		18,37	431	13,43		6,69		
П/У, %	-16,21	-11,92		-26,70	-23,45	-19,82		-35,43		
Среднегодовой П/У, %	-1,62	-1,19		-2,67	-2,34	-1,98		-3,54		

будущее, так как даже в этих регионах каждый третий больной со злокачественной опухолью желудка (в РФ – практически каждый второй) умирает на первом году со времени постановки диагноза.

В 2017 г. показатель отношения одногодичной летальности отчетного года и запущенности (IV стадия ЗНО) предыдущего года при РЖ оказался ниже единицы только в Хабаровском (0,87) и Камчатском (0,97) краях (в РФ – 1,17). В остальных регионах он был выше условной контрольной цифры (1,0), что объясняется увеличением частоты летальных исходов на ранних стадиях онкологической патологии или может быть следствием неверно диагностируемой распространенности ЗНО. Максимальные цифровые значения показателя «летальность/запущенность» наблюдались в Чукотском автономном округе (1,38) и Якутии (1,35).

Обсуждение полученных данных

Прогноз онкологического заболевания зависит от степени, распространенности опухолевого процесса на момент установления первичного диагноза, когда возможно определиться с методами лечения пациента. Изучение динамики заболеваемости РЖ на территории ДВФО в 2008–2017 гг. свидетельствует о постоянном ее снижении, что не противоречит общемировой тенденции и ситуации в Российской Федерации в целом [1, 10]. В ДВФО заболеваемость РЖ за последние 10 лет согласно стандартизованным показателям среди мужчин и женщин снизилась на 17,6 и на 20,8%, соответственно. Четкого объяснения причин этого снижения на фоне устойчивого повышения общего количества ЗНО в ДВФО до настоящего времени нет.

Анализ статистических данных о заболеваемости РЖ в отдельных регионах ДВФО в 2017 г. показал их распределение в следующем порядке: 1) Приморский край, 2) Еврейская автономная область, 3) Хабаровский край, 4) Республика Саха, 5) Амурская область, 6) Камчатский край, 7) Сахалинская область, 8) Чукотский автономный округ (табл. 1). Хотя за 10 лет зафиксировано незначительное снижение числа больных с IV стадией РЖ при некотором повышении удельного веса лиц с I–II стадией, что не исключает данную патологию из раздела наиважнейших проблем онкологии региона (табл. 3). Уменьшение контингента больных РЖ в 2017 г. на фоне постоянно снижающихся показателей заболеваемости и в то же время второе место этого заболевания среди причин онкологической смертности с очень значительным уровнем летальности на первом году с момента установления диагноза на всех территориях ДВФО можно объяснить тем, что из года в год сохранялся высокий уровень запущенности, когда практически каждый второй вновь выявленный больной не подлежал радикальному лечению.

Динамика количества больных, выявляемых активно за последнее десятилетие, подчеркивает возрастающую эффективность мероприятий, проводимых первичным звеном практического здравоохранения. Но несмотря на имеющиеся положительные сдвиги

активная диагностика РЖ до 2017 г. почти полностью отсутствовала в Камчатском крае, Еврейской автономной и Магаданской областях. Самый низкий удельный вес больных РЖ, выявленных активно в 2017 г., зафиксирован в Амурской области (7%), а максимальные показатели отмечены в Хабаровском крае (29,1%) и в Чукотском автономном округе (28,6%).

К важным показателям работы онкологических учреждений относится удельный вес больных, состоящих на учете пять лет и более, и получающих соответствующую медицинскую помощь. Количество таких больных прежде всего определяется обеспеченностью населения специализированными койками и врачами-онкологами и исключением недостатков в специальной подготовке совместителей [15]. Темпы общего прироста абсолютного числа наблюдений данной категории в 2017 г. в ДВФО стали выше на 44,1% со среднегодовым увеличением на 4,41% (в 2016 г. общий прирост за пять лет – 38,5%, среднегодовой – 3,85%).

К сожалению, за последние 10 лет в округе не выявлено существенных улучшений и в показателях морфологической верификации опухолей желудка (табл. 6), что подтверждает необходимость постоянного совершенствования профилактических и диагностических мероприятий, способствующих выявлению ЗНО на самых ранних стадиях, от чего зависят выбор метода лечения, продолжительность и качество дальнейшей жизни пациента.

Отношение показателей одногодичной летальности отчетного года и запущенности предыдущего года при РЖ, которое в ДВФО в 2017 г. составило 1,1 (в РФ – 1,17), обязывает лечебно-профилактические учреждения усилить работу по снижению частоты клинических ошибок в оценке распространенности опухолевого процесса в каждом вновь выявленном случае, а соответствующие службы – контролировать государственную регистрацию причин смерти, когда информация о числе умерших может намеренно искажаться из экономических соображений дотационного региона. Следует учитывать и низкий уровень исполнительской дисциплины врачей некоторых онкологических учреждений, который может способствовать занижению показателей заболеваемости на отдельных территориях округа [15].

Ежегодное уменьшение смертности от РЖ характеризуется неоднозначными темпами ее убыли среди мужского и женского населения, при том что снижение числа заболевших данной патологией за этот же промежуток времени представлено меньшими цифровыми значениями (табл. 2, 7). При общей тенденции к снижению показателей смертности на первом году с момента постановки диагноза во многих регионах ДВФО она остается очень высокой, что связано с сохраняющейся запущенностью и невостребованностью возможностей современных методов профилактики и диагностики опухолей желудка на ранних этапах злокачественного процесса.

Подводя итог, следует отметить, что существует настоятельная необходимость анализа особенностей

течения и распространения онкологической патологии на конкретной территории с ее своеобразными природными и геохимическими условиями для совершенствования организации деятельности региональной онкологической службы в направлении профилактики и диагностики ЗНО с учетом научно обоснованных эпидемиологических исследований, результаты которых могут быть рекомендованы органам исполнительной власти при разработке приоритетных направлений целевых медико-социальных программ.

Выводы

1. Анализ показателей заболеваемости и смертности населения ДВФО при РЖ позволяет сделать выводы о динамичном снижении числа заболевших и умерших от этой патологии с 2008 по 2017 гг.
2. Оказание качественной медицинской помощи большему числу заболевших РЖ с благоприятными результатами ограничивается неудовлетворительной диагностикой ранних стадий ЗНО и высокой запущенностью среди первично выявляемых больных на территориях округа.
3. Значительный удельный вес запущенных больных РЖ свидетельствует о недостаточной онкологической настороженности врачей первичного звена, их ограниченной онкологической грамотности и низком уровне осведомленности населения региона о ЗНО желудка.
4. Актуальным становится положение о повышении квалификации врачей всех специальностей с обязательным обсуждением вопросов общей онкологии на курсах факультетов последипломного обучения, на выездных тематических семинарах, а также в процессе сдачи квалификационных экзаменов.
5. Средствам массовой информации ДВФО, в том числе через социальную рекламу, необходимо шире знакомить население с ранними признаками РЖ, с факторами риска злокачественных опухолей желудочно-кишечного тракта, формировать у аудитории четкое представление о возможности полного выздоровления при своевременном обращении за медицинской помощью.

Конфликт интересов: автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Источник финансирования: автор заявляет о финансировании работы из собственных средств.

Литература / References

1. Злокачественные новообразования в России в 2017 году. Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М., 2018. 250 с. [Kaprin AD, Starinsky VV, Petrova GV, eds. *Malignant neoplasms in Russia in 2017 (morbidity and mortality)*. Moscow; 2018 (In Russ).]
2. Плетнев В.В. Выявление предрасположенности к раку и методика его первичной профилактики. М., 2015. 160 с. [Pletnev VV. *Identification of susceptibility to cancer and the method of its primary prevention*. Moscow; 2015 (In Russ).]
3. Swerdlow AJ, Harvey CE, Milne RL, Pottinger CA, Vachon CM, Rwigyema L, Winn D. The national cancer institute cohort consortium: An international pooling collaboration of 58 cohorts from 20 countries. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2018; 27(11):1307–19.
4. Мерабишвили В.М. Аналитическая эпидемиология рака желудка. *Вопросы онкологии*. 2013;59(5):565–70 [Merabishvili VM. Analytical epidemiology of gastric cancer. *Problems in Oncology*. 2013;59(5):565–70 (In Russ).]
5. Мерабишвили В.М. Динамика наблюдаемой и относительной выживаемости больных раком желудка. *Вопросы онкологии*. 2013;59(6):701–6. [Merabishvili VM. Dynamics of observed and relative survival of patients with gastric cancer. *Problems in Oncology*. 2013;59(6):701–6 (In Russ).]
6. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2018;68:394–424.
7. Агаджанян Н.А., Уйба В.В., Куликова М.П., Кочеткова А.В. *Актуальные проблемы адаптационной, экологической и восстановительной медицины*. М.: Медика, 2006. 208 с. [Aghajanian NA, Uyba VV, Kulikova MP, Kochetkova AV. *Actual problems of adaptation, ecological and restorative medicine*. Moscow: Medika; 2006 (In Russ).]
8. Гордиенко В.П., Вахненко А.А. Возможные факторы социального риска онкологической патологии в отдельно взятом регионе. *Сибирский медицинский журнал*. 2012;115(8):86–9. [Gordienko VP, Vakhnenko AA. Probable factors of social risk of oncological pathology in a separately taken region. *Sibirskiy Meditsinskiy Zhurnal*. 2012;115(8):86–9 (In Russ).]
9. Гордиенко В.П., Вахненко А.А., Сапегина О.В., Ролько Е.М. Основные направления совершенствования медицинской помощи онкологическим больным в современных социально-экономических условиях отдельно взятого региона. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2014;3:1–11. [Gordienko VP, Vakhnenko AA, Sapagina OV, Rolko EM. Major avenues of work for improving medical care for cancer patients in the context of modern social and economic conditions in a particular region. *Sotsialnye Aspekty Zdorovya Naseleniya*. 2014;3:1–11 (In Russ).]
10. *Злокачественные новообразования в России в 2008 году (заболеваемость и смертность)*. Под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М., 2009. 255 с. [Chissov VI, Starinsky VV, Petrova GV, eds. *Malignant neoplasms in Russia in 2008*. Moscow; 2009 (In Russ).]
11. *Состояние онкологической помощи населению России в 2008 году*. Под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М., 2009. 192 с. [Chissov VI, Starinsky VV, Petrova GV, eds. *The state of oncologic care for the population of Russia in 2008*. Moscow; 2009 (In Russ).]
12. *Состояние онкологической помощи населению России в 2017 году*. Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М.: МНИОИ им. П.А.Герцена. 2018. 235 с. [Kaprin AD, Starinsky VV, Petrova GV, eds. *The state of oncologic care for the population of Russia in 2017*. Moscow; 2018 (In Russ).]
13. Мерабишвили В.М. Индекс достоверности учета – важнейший критерий объективной оценки деятельности онкологической службы для всех локализаций злокачественных новообразований, независимо от уровня летальности больных. *Вопросы онкологии*. 2019;65(4):510–5. [Merabishvili VM. The Index accuracy – the most important criterion of an objective assessment of activity of oncological service for all localizations of malignant tumors, irrespective of level of lethality of patients. *Problems in Oncology*. 2019;65(4):510–5 (In Russ).]
14. Мерабишвили В.М. *Онкологическая статистика (традиционные методы, новые информационные технологии)*. Руководство для врачей. Часть 1. СПб.: Коста, 2011. 221 с. [Merabishvili VM. *Cancer statistics (traditional methods, new information technologies)*. Part 1. St. Petersburg: Kosta; 2011 (In Russ).]
15. Балашов П.Ю., Старинский В.В., Александрова Л.М. Кадровые ресурсы онкологической службы России. *Евразийский онкологический журнал*. 2014;3(03):976. [Balashov YP, Starinskii VV, Aleksandrova LM. Human resources of oncological service of Russia. *Evraziyskiy Onkologicheskii Zhurnal*. 2014;3(03):976 (In Russ).]