

УДК 616-65-006.6-036.2(571.1/.5/.6)

РАК ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В СИБИРСКОМ И ДАЛЬНЕВОСТОЧНОМ ФЕДЕРАЛЬНЫХ ОКРУГАХ: ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

*Л.Ф. Писарева¹, А.П. Бояркина¹, В.Э.А. Рознер², М.В. Волков³, И.Н. Одинцова¹*¹НИИ онкологии СО РАМН (634009, г. Томск, пер. Кооперативный, 5),²Городская больница № 2 (681000 г. Комсомольск-на-Амуре, ул. Уссурийская, 5),³Приморский краевой онкологический диспансер (690105 г. Владивосток, ул. Русская, 59/63)*Ключевые слова: рак предстательной железы, заболеваемость, Сибирь, Дальний Восток.*

Проведен анализ распространения рака предстательной железы среди населения Сибирского и Дальневосточного федеральных округов и их отдельных территорий за 1994–2008 гг. В структуре заболеваемости к 2008 г. это злокачественное новообразование заняло 4-е место после рака легких, желудка и кожи. Показан рост заболеваемости, составившей в 2004–2008 гг. у населения Сибирского федерального округа 21,7 на 100 000 мужского населения, что было на 16,5% ниже, чем среднероссийская, и на 16,1% выше, чем в Дальневосточном федеральном округе. К территориям повышенного риска отнесены Томская, Новосибирская, Сахалинская области и Хабаровский край. Наиболее низкая заболеваемость отмечена в ряде национальных республик. Согласно прогнозу при условии сохранения выявленных тенденций к 2013 г. самая высокая заболеваемость будет регистрироваться в Томской, Новосибирской, Омской, Иркутской, Сахалинской областях, Еврейской АО и в Хабаровском крае.

Резкий рост заболеваемости раком предстательной железы (РПЖ) к концу XX века поставил его в ряд наиболее приоритетных социальных и медицинских проблем [1, 2, 7, 14, 15]. Только в США в год диагностируется около 232 тыс., в Европе – 238 тыс. новых случаев этого заболевания, причем 17,9% больных от него погибают [9, 11]. В России в 2003 г. впервые был выявлен 13881 случай РПЖ и зафиксировано 7467 смертельных исходов при этом заболевании. Среди наиболее распространенных злокачественных новообразований (ЗНО) у мужчин РПЖ занимает в нашей стране 4-е место после рака легких, желудка и кожи [10].

Несмотря на то что распространение РПЖ на территории Сибири и Дальнего Востока в 1989–2002 гг. в целом соответствовало общероссийскому уровню, выявлена региональная специфика, которую можно связать с рядом характерных для этих территорий факторов (миграция, неоднородность населения, климатические и географические особенности) [8]. Самая высокая заболеваемость здесь отмечена в Томской области, где РПЖ в 2000 г. занял 3-е место (в РФ в это время – 5-е) [10].

Многолетние наблюдения свидетельствуют о значительном росте заболеваемости РПЖ. Так, в ряде стран она вышла на 2–3-е место после заболеваемости раком легких и желудка, а в США и Швеции – на 1-е место [2]. Неуклонный рост заболеваемости РПЖ отмечен и в России: в структуре онкологической

заболеваемости мужчин она поднялась с 4-го в 1998 г. (4,9%) на 3-е в 2008 г. место (9,7%) [3–5, 7]. По величине прироста смертности (31,4%) РПЖ в России занял 2-е место после меланомы кожи и значительно превзошел здесь ЗНО легких и желудка [11]. Этот процесс был характерен как для Сибири и Дальнего Востока в целом, так и для отдельных его территорий [13].

Материал и методы. С 2000 г. в пределах Сибири и Дальнего Востока выделено две природно-экономические зоны: Сибирский федеральный округ (СФО), в который входят республики Алтай, Бурятия, Тыва, Хакасия, Кемеровская, Новосибирская, Омская, Томская, Иркутская и Читинская области, Алтайский, Красноярский края и Дальневосточный федеральный округ (ДВФО), включающий Республику Саха (Якутия), Приморский и Хабаровский края, Амурскую, Камчатскую, Магаданскую, Сахалинскую области и Еврейскую АО.

Информационную основу наших исследований составил банк данных о больных с впервые выявленными ЗНО предстательной железы среди населения СФО и ДВФО, сформированный в НИИ онкологии СО РАМН на основе медицинской документации онкологических диспансеров (контрольные карты, формы № 7 и 35), а также медицинских отчетов прозектур, загсов и ЦСУ. Всего за 1994–2008 гг. в СФО выявлено 24717, а в ДВФО – 6985 новых случаев РПЖ.

Эпидемиологическая ситуация изучалась с помощью интенсивных повозрастных (грубых) показателей заболеваемости, которые рассчитывались делением числа впервые выявленных случаев РПЖ на численность мужского населения. Для исключения влияния возраста рассчитывался стандартизованный по мировому уровню показатель. И в том и другом случае данные нормировались на 100 000 мужского населения и определялась их стандартная ошибка [12].

Многолетняя динамика годовых показателей заболеваемости изучалась за 15-летний период (1994–2008) по трем пятилеткам: 1994–1998, 1999–2003, 2004–2008 гг. Динамика для каждой территории описывалась линейным уравнением:

$$P = AT + B,$$

где P – показатель заболеваемости, T – число лет отсчета от 1994 г., A и B – коэффициенты, определяемые с использованием метода наименьших квадратов. Соответствие теоретических и фактических уровней

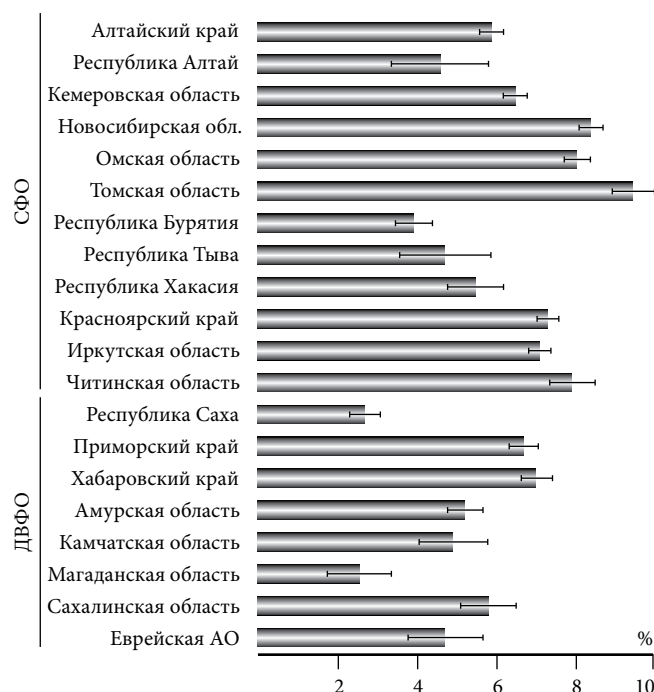


Рис. 1. Доля РПЖ в структуре онкологической заболеваемости мужчин на территории СФО и ДВФО в 2004–2008 гг.

заболеваемости определялось с помощью коэффициента корреляции.

При компонентном анализе прирост интенсивных показателей рассматривался в двух вариантах: обусловленный изменениями в половозрастной структуре населения (компонента I) и обусловленный изменением риска заболеть при неизменной половозрастной структуре (компонента II). Обработка исходных данных осуществлялась методами математической статистики, принятыми в современных эпидемиологических исследованиях [12].

Результаты исследования и обсуждение полученных данных. За исследуемый период произошли изменения в структуре основных форм онкологической заболеваемости. Так, в 1994–1998 гг. в СФО чаще встречались рак легких, желудка, кожи и гемобласты. РПЖ находился на 5-м месте, его доля составляла 4,3% (выше, чем в ДВФО, в 1,4 раза). Отмечены наиболее существенные изменения в Республиках Бурятия, Тыва, Хакасия и Иркутской области – РПЖ в первой пятилетке находился на 8–15-м месте, его доля составляла всего 1,1–3,2%. К 1999–2003 гг. его вклад в СФО увеличился в 1,3 раза, опередив в структуре гемобласты. Увеличился он в разной мере и по всем отдельным его территориям.

Доля РПЖ в структуре онкозаболеваемости в ДВФО в 1-й пятилетке составила 3% (12-е место среди ЗНО). На отдельных территориях округа этот показатель равнялся 1,8–3,7% (6-е место и более). Во 2-й пятилетке он вырос в среднем в 2 раза (4%), разделив 6-е и 7-е места с раком мочевого пузыря.

Устойчивый рост доли РПЖ в структуре ЗНО продолжился и в 2004–2008 гг. (рис. 1). В среднем по СФО РПЖ в этот период принадлежало $7,3 \pm 0,1\%$ от

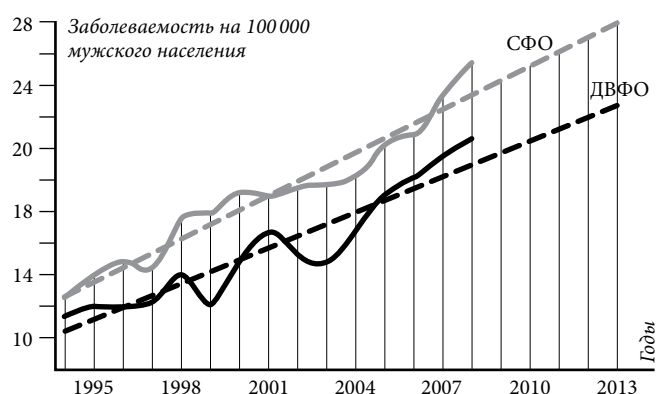


Рис. 2. Динамика заболеваемости РПЖ в СФО и ДВФО за 1994–2008 гг. и прогноз до 2013 г.

всех ЗНО у мужчин, и он занимал 4-е место после рака легких ($23,2 \pm 0,2\%$), желудка ($10,7 \pm 0,2\%$) и кожи ($9,8 \pm 0,2\%$). Наиболее высоким вкладом РПЖ в онкозаболеваемость были отмечены Томская ($9,4 \pm 0,6\%$), Новосибирская ($8,4 \pm 0,4\%$) и Омская ($8,1 \pm 0,4\%$) области, а низким – республики Бурятия ($3,9 \pm 0,5\%$), Алтай ($4,6 \pm 1,2\%$), Тыва ($4,7 \pm 1,2\%$) и Хакасия ($5,5 \pm 0,7\%$). На большинстве территорий РПЖ стоял на 4-м ранговом месте среди остальных локализаций ЗНО, кроме Томской области и Красноярского края (3-е место), а также республик Тыва (8-е место) и Бурятия (13-е место).

В ДВФО РПЖ встречался в 1,3 раза реже ($5,8 \pm 0,2\%$), но также находился на 4-м месте после рака легких ($23,9 \pm 0,4\%$), желудка ($11,0 \pm 0,3\%$) и кожи ($10,1 \pm 0,3\%$). Чаще других это ЗНО регистрировалось в Хабаровском ($7,0 \pm 0,4\%$) и Приморском ($6,7 \pm 0,4\%$) краях, а реже – в Республике Саха ($2,7 \pm 0,4\%$) и Магаданской области ($2,6 \pm 0,8\%$). РПЖ в Хабаровском и Приморском краях занимал 4-е, в Амурской и Сахалинской областях – 6-е и 7-е, а на остальных территориях ДВФО – 8–12-е места.

Согласно ретроспективным исследованиям, заболеваемость РПЖ на 100 000 мужского населения в РФ выросла с 13,2 в 1998 г. до 26,0 – в 2008 г., т.е. за 10 лет – в 2 раза [5, 7]. В СФО она выросла с $10,5 \pm 0,7$ в 1994 г. до $25,6 \pm 1,0$ в 2008 г., т.е. в 2,4 раза. При этом до 2003 г. уровни заболеваемости в СФО были на 13–22% выше, а с 2004 г. практически достигли общероссийских. В ДВФО заболеваемость РПЖ на 100 000 мужского населения в 1994–2008 гг. была в 1,1–1,6 раза ниже, чем в СФО. Однако нельзя не отметить ее роста и в этом регионе. Так, если в 1994 г. она составила $9,2 \pm 1,2$, то в 2008 г. стала в 2,2 раза выше – $20,7 \pm 1,6$ (рис. 2).

Заболеваемость РПЖ населения и в СФО, и в ДВФО была близка или ниже таковой по РФ. Уровни заболеваемости между 1-й и 3-й пятилетками росли в СФО и ДВФО примерно одинаковыми темпами. Между 1-й и 2-й пятилетками темп прироста был выше, а между 2-й и 3-й пятилетками ниже в СФО. За небольшим исключением отмечен постепенный рост заболеваемости на всех территориях. Самый высокий темп прироста в СФО был зарегистрирован в Республике Тыва и Иркутской области, а в ДВФО – в Еврейской АО, Камчатской

Таблица 1

Заболееваемость РПЖ, среднегодовой темп прироста заболеваемости и показатели компонент этого прироста в СФО и ДВФО в 1994–2008 гг.

Территория	Заболееваемость, на 100 000 мужского населения			Темп прироста ¹ , %	Компоненты прироста ² , %	
	1994–1998 гг.	1999–2003 гг.	2004–2008 гг.		I	II
Алтайский край	15,5±1,0	16,9±0,9	22,5±1,1	20,3	19,9	46,1
Республика Алтай	8,6±2,9	15,4±3,8	10,9±3,0	12,7	1,4	19,6
Кемеровская область	11,3±0,8	13,5±0,8	16,6±0,9	21,4	14,1	46,5
Новосибирская область	13,4±0,9	17,6±1,0	26,3±1,1	40,3	21,6	100,1
Омская область	12,8±1,0	19,5±1,2	24,3±1,3	38,0	21,7	87,6
Томская область	25,9±2,1	42,5±2,6	33,1±2,2	13,0	20,0	26,0
Республика Бурятия	4,9±1,0	6,6±1,1	9,9±1,4	42,6	19,4	106,0
Республика Тыва	2,8±1,6	5,7±2,5	13,7±3,8	121,1	4,6	321,6
Республика Хакасия	7,3±1,5	10,0±1,7	12,8±1,9	32,0	13,6	69,7
Красноярский край	13,7±0,9	16,6±1,0	20,6±1,1	22,6	22,5	48,1
Иркутская область	9,2±0,8	15,1±1,0	23,6±1,2	59,6	22,7	161,4
Читинская область	10,8±1,3	15,2±1,5	20,3±1,8	37,0	13,9	90,2
Среднее по СФО	12,6±0,3	17,0±0,4	21,7±0,4	31,1	19,2	71,5
Республика Саха	6,7±1,5	6,4±1,4	8,2±1,5	10,3	58,1	30,5
Приморский край	11,3±1,0	13,1±1,0	19,2±1,2	30,6	29,7	71,6
Хабаровский край	9,3±1,1	14,2±1,3	22,2±1,6	54,4	25,2	141,5
Амурская область	11,2±1,5	11,8±1,5	14,8±1,7	15,0	20,7	33,0
Камчатская область	6,9±2,6	8,8±2,7	17,5±3,6	58,6	56,3	99,5
Магаданская область	8,4±4,2	13,0±5,6	11,9±4,9	19,2	69,0	25,1
Сахалинская область	13,1±2,5	20,3±2,9	24,1±2,6	35,3	33,2	84,5
Еврейская АО	6,0±2,4	8,6±2,8	15,7±3,8	61,4	9,5	166,7
Среднее по ДВФО	10,2±0,6	12,7±0,6	18,1±0,7	33,6	29,1	79,1
Среднее по РФ ³	13,2±0,1	16,5±0,1	26,0±0,2	–	–	–

¹ Между 1994–1998 и 2004–2008 гг.

² Компоненты прироста: I – возрастной состав, II – факторы риска.

³ Заболеваемость в последние годы пятилеток: 1998, 2003, 2008 [5–7].

области и в Хабаровском крае. Исключение составили Республика Алтай, Магаданская и Томская области, а также Республика Саха, где зафиксировано снижение заболеваемости (табл. 1).

В среднем по СФО и ДВФО изменение интенсивных показателей в большей мере происходило за счет факторов риска, причем в достаточно близких значениях. На изменения этих показателей в ДВФО в большей степени, чем в СФО, повлиял возраст заболевших. Самые значительные изменения здесь пришлось на Республику Саха, Камчатскую и Магаданскую области, что объясняется большей миграционной подвижностью населения (табл. 1).

В СФО заболеваемость РПЖ была на 16,0–33,8% выше, чем в ДВФО. Самые высокие уровни заболеваемости в СФО зарегистрированы в Томской области (в 1,5–2,5 раза выше среднего по округу). И если в 1-й пятилетке кроме Томской области заболеваемость была выше также в Алтайском крае, Новосибирской области и Красноярском крае, то во 2-й – в Омской области. На период 3-й пятилетки, наиболее близкой ко времени написания статьи, ситуация выглядела следующим образом. В группу территорий повышенного риска в СФО попали Новосибирская, Омская, Томская и Иркутская области. Заболеваемость в

Томской области по-прежнему оставалась самой высокой. Наиболее высокие темпы среднегодового прироста были в Новосибирской и Иркутской областях, а также в республиках Бурятия и Тыва, причем во всех этих случаях преимущественную роль играл рост за счет изменения факторов риска (табл. 1).

Более благополучная ситуация в СФО оказалась в республиках Бурятия, Тыва, Хакасия, в которых на протяжении первых двух пятилеток была самая низкая заболеваемость РПЖ, однако за счет высокого среднегодового темпа прироста в Республике Тыва и относительно низкого – в Кемеровской области в 2004–2008 гг. в группу территорий пониженного риска опять попали республики Бурятия, Тыва, Хакасия (но на более высоких уровнях) и Кемеровская область.

В ДВФО в первой пятилетке заболеваемость выше средней была в Приморском крае, Амурской и Сахалинской областях, а ниже – в Республике Саха, Камчатской области и Еврейской АО. Однако за счет высоких темпов роста в 2004–2008 гг. территориями повышенного риска стали Хабаровский край и Сахалинская область. В обоих случаях рост заболеваемости происходил в основном за счет изменения факторов риска. Значительно (в 2,5 раза) к 3-й пятилетке выросла заболеваемость и в Камчатской области. Наиболее благополучными

Таблица 2
Заболееваемость РПЖ в СФО ДВФО в разные возрастные периоды в 1994–2008 гг.

Возраст, лет	Заболееваемость, на 100 000 мужского населения					
	1994–1998 гг.		1999–2003 гг.		2004–2008 гг.	
	СФО	ДВФО	СФО	ДВФО	СФО	ДВФО
40–44	2,4	1,2	0,8	0,6	1,0	0,2
45–49	4,2	1,6	2,7	3,4	3,1	3,3
50–54	13,5	8,0	8,8	9,6	11,9	11,8
55–59	22,0	17,7	29,6	22,4	96,2	36,4
60–64	46,5	39,4	67,4	53,1	92,1	80,0
65–69	84,2	73,6	115,9	89,7	161,8	131,4
70–74	140,9	120,1	188,0	134,6	245,3	198,5
75 и более	161,9	133,6	256,7	178,3	295,5	238,0

в этом плане в ДВФО в 3-й пятилетке стали Республи- ка Саха и Магаданская область (табл. 1).

РПЖ – заболевание пожилых мужчин. Так, в 2008 г. в возрасте до 40 лет по России впервые заболели все- го 22 человека (0,1% от общего числа заболевших) [6]. В СФО этот показатель в среднем за год в 2004–2008 гг. составил 0,1%, в ДВФО – 0,04%. Поэтому для удобства возрастная структура заболеваемости в нашей работе рассматривалась для лиц 40 лет и старше.

С увеличением возраста заболеваемость РПЖ рос- ла: самый большой прирост отмечен в 50–54 года, когда заболеваемость по сравнению с предыдущей возраст- ной группой увеличилась в 3,2–3,9 раза в СФО и 2,9– 4,9 раза – в ДВФО. Далее уровень прироста снижался и к 70 годам и старше, по сравнению с предыдущей воз- растной группой, он оказывался равным 1,1–1,4 раза в СФО и 1,1–1,3 раза – в ДВФО. В целом же сущест- венного различия в характере роста заболеваемости в этих двух регионах не выявлено. Как уже отмечалось, за исследуемый период заболеваемость населения РПЖ выросла. Однако в СФО этот рост отмечен только посе- ле 54 лет. До этого заболеваемость, скорее, снижалась. Что же касается ДВФО, то здесь снижение зарегистри- ровано только в возрасте 40–44 года (табл. 2).

В 1994–1998 гг. РПЖ в СФО встречался чаще, чем в ДВФО. Особенно это было заметно в возрасте 40–54 года, когда уровень заболеваемости становился в 1,7– 2,6 раза выше. В остальных возрастных группах раз- личие не превышало 24,3%. В 1999–2003 гг. до 55 лет, наоборот, уровни заболеваемости в СФО были или практически равными, или ниже, чем в ДВФО. После этого возраста в СФО заболеваемость РПЖ станови- лась выше, причем с возрастом это различие росло. В 2004–2008 гг. у больных 40–44 лет РПЖ в СФО встре- чался значительно чаще, чем в ДВФО, однако разли- чия эти из-за сравнительной редкости заболевания не выходили за пределы достоверности. До 60 лет эти уровни были практически равны, и только после 60 лет в СФО они оказались выше на 15,9–24,1% (табл. 2).

За исследуемый период произошло «старение» пациентов с РПЖ. Средний возраст больных в СФО

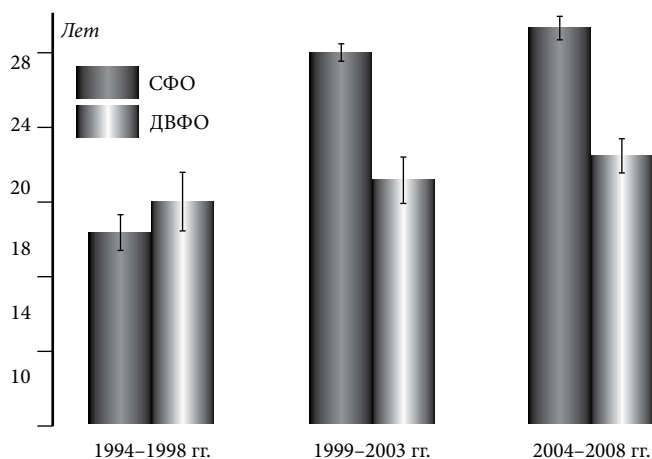


Рис. 3. Средний возраст больных РПЖ в СФО и ДВФО в 1994–2008 гг.

вырос от $67,0 \pm 0,3$ лет в 1994–1998 гг. до $70,2 \pm 0,2$ лет в 2004–2008 гг., т.е. на 3,2 года. В ДВФО подобный рост также наблюдался, однако носил менее интенсивный характер: за тот же период он вырос с $67,5 \pm 0,5$ до $68,2 \pm 0,3$ лет – всего на 0,7 года (рис. 3).

В СФО наиболее резкое «старение» больных отме- чено в Кемеровской (на 10,1 года), Омской (на 4,8 года) областях и Республике Тыва (на 5 лет). Менее всего этот процесс коснулся Алтайского края (на 1,2 года), Читин- ской области (на 0,5 года), республик Алтай (на 0,3 года) и Хакасия (на 1,5 года). В ДВФО же на фоне небольшого роста среднего возраста больных РПЖ на большинстве территорий можно выделить только Камчатскую и Ма- гаданскую области, в которых возраст заболевших уве- личился на 5,2 и 2,4 года соответственно.

Уровни заболеваемости РПЖ с большой степе- нью значимости описаны линейными уравнениями регрессии. В СФО эти уровни изменялись согласно уравнению: $P = 0,93T + 10,6$. При этом коэффициент корреляции между истинными и теоретическими зна- чениями равнялся 0,97. Для ДВФО получено уравне- ние $P = 0,79T + 8,1$ при коэффициенте корреляции 0,95. Аналогичные уравнения были получены для каждой административной территории, кроме республик Ал- тай, Саха, Томской и Магаданской областей, в кото- рых рост заболеваемости РПЖ не носил регулярного характера и не мог быть описан линейным уравнени- ем на значимом уровне (рис. 2).

Экстраполяция полученных данных на будущее позволила рассчитать прогностические уровни за- болеваемости на 2013 г. Согласно прогнозу и при условии сохранения выявленных тенденций заболе- ваемость РПЖ к 2013 г. может вырасти по СФО еще на 30,4%, а по ДВФО – на 28,2% по сравнению с 2004– 2008 гг. Самый резкий рост заболеваемости, соглас- но сглаженным данным, зарегистрирован в Новоси- бирской, Иркутской областях и в Хабаровском крае. По прогнозу к 2013 г. самая высокая заболеваемость может оказаться по СФО в Новосибирской, Омской и Иркутской областях, где она по сравнению с 2004– 2008 гг. возрастет на 34,6, 33,7 и 37,7% соответственно.

Таблица 3

Уровни заболеваемости РПЖ в СФО и ДВФО,
прогнозируемые на 2013 г.

Территория	Прогноз ¹
Алтайский край	24,9±2,0
Кемеровская область	21,0±2,7
Новосибирская область	35,4±1,7
Омская область	32,5±1,7
Республика Бурятия	13,4±1,8
Республика Тыва	20,5±7,1
Республика Хакасия	17,8±3,4
Красноярский край	26,0±2,0
Иркутская область	32,5±1,7
Читинская область	27,6±4,1
В целом по СФО	28,3±0,5
Приморский край	24,4±1,5
Хабаровский край	29,8±1,8
Амурская область	16,4±3,0
Камчатская область	23,1±5,1
Сахалинская область	32,8±4,3
Еврейская АО	21,1±5,1
В целом по ДВФО	23,2±0,8

¹Стандартизированный показатель на 100 000 мужского населения.

По ДВФО больший рост будет отмечен в Сахалинской области, Еврейской АО и в Хабаровском крае – на 36,1, 34,4 и 34,2% соответственно (табл. 3).

Выводы

1. РПЖ в онкологической заболеваемости мужского населения к 2004–2008 гг. устойчиво занял 4-е место после рака легкого, желудка и кожи.

2. Заболеваемость РПЖ в 1994–2008 гг. росла в СФО и ДВФО близкими среднегодовыми темпами. Самый высокий темп прироста зарегистрирован в Республике Тыва, Иркутской, Камчатской областях, Хабаровском крае и Еврейской АО. Отмечено «старение» РПЖ, особенно заметное в СФО.

3. В 2004–2008 гг. заболеваемость РПЖ населения СФО была достаточна близкой к среднероссийским показателям. В ДВФО за этот период она была на 16,1% ниже, чем в СФО. К территориям повышенного риска РПЖ относились Томская, Новосибирская области, Хабаровский край и Сахалинская область; наиболее низкая заболеваемость отмечена в ряде национальных республик.

4. Начиная с 50 лет заболеваемость РПЖ с возрастом увеличивается. Относительно резкое увеличение отмечается в возрасте 55–64 года. В ДВФО больные в среднем на 2,3 года моложе, чем в СФО.

5. Согласно прогнозу и при условии сохранения выявленных тенденций к 2013 г. самая высокая заболеваемость будет регистрироваться в Томской, Новосибирской, Омской, Иркутской и Сахалинской областях, Еврейской АО и в Хабаровском крае.

Литература

1. Аксель Е.М. Заболеваемость злокачественными новообразованиями мочевых и мужских половых органов в России в 2003 г. // Онкоурология. 2005. № 1. С. 6–9.
2. Бухаркин Б.В. Рак предстательной железы // Современная онкология. 2003. Т. 5, № 2. С. 62–64.
3. Волкова М.И. Обзор материалов XXI конгресса Европейской ассоциации урологов // Онкоурология. 2006. № 3. С. 69–71.
4. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2004 году // Здоровоохранение РФ. 2005. № 4. С. 3–32.
5. Злокачественные новообразования в России в 1998 году (заболеваемость и смертность) / под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского. М., 1999. 98 с.
6. Злокачественные новообразования в России в 2003 году (заболеваемость и смертность) / под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М., 2005. 96 с.
7. Злокачественные новообразования в России в 2008 г. (заболеваемость и смертность) / под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М., 2010. 100 с.
8. Избранные лекции по клинической онкологии / под ред. В.И. Чиссова, С.Л. Дарьяловой. М.: Новости, 2000. 735 с.
9. Канцерогенез / под ред. Д.Г. Заридзе. – М.: Медицина, 2004. 576 с.
10. Онкологическая заболеваемость населения Томской области / Чойнзонов Е.Л., Писарева Л.Ф., Бояркина А.П. и др. Томск: изд-во Томского ун-та, 2004. 253 с.
11. Раснер П.И., Пушкарь Д.Ю., Цуканов А.Ю. и др. Исследование знаний пациентов по выявлению рака простаты // Урология. 2010. № 2. С. 47–50.
12. Характеристика и методы расчета статистических показателей, применяемых в онкологии: практическое пособие / Петрова Г.В., Грецова О.П., Старинский В.В. и др. М., 2005. 44 с.
13. Эпидемиологические особенности злокачественных новообразований предстательной железы в регионе Сибири и Дальнего Востока / Гурина Л.И., Писарева Л.Ф., Русаков И.Г. и др. Томск: Изд-во Томского ун-та, 2005. 262 с.
14. Bostwick D.G., Liu L., Brawer M.K., Qian J. High-grade prostatic intraepithelial neoplasia // Rev. urol. 2004. Vol. 6, No. 4. P. 171–179.
15. Jonson J.E. Natürlicher krankheits-verlauf beim unternanderten frühen Prostatakarzinom – die ovebrostudie // Praxis. 2001. Bd. 90. S. 1507–1514.

Поступила в редакцию 01.02.2011.

PROSTATE CANCER IN THE SIBERIAN AND FAR EASTERN FEDERAL DISTRICTS: EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS

L.F. Pisareva¹, A.P. Boyarkina¹, V.E.A. Rozner², M.V. Volkov³, I.N. Odintsova¹

¹Research Institute of Oncology of the Siberian Branch of Russian Academy of Medical Sciences (5 Kooperativniy Al. Tomsk 634009 Russia), ²Municipal Hospital No. 2 (5 Ussuriyskaya St. Komsomolsk-na-Amure 681000 Russia), ³Primorsky Regional Oncological Dispensary (57a Russkaya St. Vladivostok 690105 Russia)

Summary – The paper analyses the spread of prostate cancer in the populated areas of the Siberian and Far Eastern Federal Districts and their territories during 1994–2008. By 2008, it followed pulmonary cancer, stomach cancer and skin melanoma in the morbidity patterns of this disease. The authors pointed out there had been an increase in the morbidity rate of the disease among the population living in the Siberian Federal District in 2004–2008. It was 27.1 per 100,000 of male population, in other words, 16.5% lower than the all-Russian indices, and 16.1% higher than those of the Far Eastern Federal District. The authors considered Tomsk, Novosibirsk and Sakhalin Oblast, and the Khabarovsk Region to be high-risk areas. The lowest morbidity rates were observed in a number of ethnic republics. Given the shown tendencies, by 2013 the highest morbidity rates will be expected to occur in Tomsk, Novosibirsk, Omsk, Irkutsk, and Sakhalin oblasts, Jewish Autonomous Area, and Khabarovsk Region.

Key words: prostate cancer, morbidity rate, Siberia, Far East.