

МИРОВОЙ ДЕМОГРАФИЧЕСКИЙ БАРОМЕТР

Мировые тенденции заболеваемости и смертности от рака



Рубрику ведет кандидат экономических наук
Екатерина Щербакова

Ежегодно в мире от рака умирает почти 8 миллионов человек (13% от общего числа умерших), 30% этих смертей можно было бы предотвратить

Рак - одна из ведущих причин смерти в мире – ежегодно от него умирает 7,6 миллиона человек, что составляет около 13% от общего числа умерших (по оценке ВОЗ за 2008 год). Около 70% смертей от рака происходит в странах с низкими и средними доходами. Ожидается, что число умерших от рака продолжит расти и к 2030 году поднимется до 13,1 миллиона.

Рак – общее название для большого класса заболеваний, которые поражают любые органы и ткани человека (новообразования, злокачественные опухоли). Метастатические (вторичные злокачественные) опухоли являются основной причиной смерти от рака.

Среди множества новообразований различной локализации (более 100 видов) выделяется несколько типов, уносящих наибольшее число человеческих жизней:

- рак легкого (1,37 миллиона смертей ежегодно),
- рак желудка (736 тысяч),
- рак печени (695 тысяч),
- рак прямой кишки (608 тысяч),
- рак молочной железы (458 тысяч),
- рак шейки матки (275 тысяч).

Мужчины и женщины с разной частотой заболевают той или иной формой рака.

Рак начинается с одной единственной клетки, которая в процессе ряда изменений превращается из нормальной клетки в опухолевую, проходя обычно ряд стадий от предракового повреждения до злокачественной опухоли. Такие изменения происходят в результате сочетания генетических факторов (от 5 до 10% случаев заболевания раком связаны с наследственностью) и внешних канцерогенных факторов трех типов:

- физических (таких, как ультрафиолетовое и ионизирующее излучение);
- химических (таких, как асбест, компоненты табачного дыма, афлатоксины из зараженных продуктов питания, мышьяк из загрязненной питьевой воды и т.д.);
- биологические (инфекции, переносимые некоторыми вирусами, бактериями и паразитами).

Важным фактором роста заболеваемости раком является старение населения. Распространенность раковых заболеваний быстро возрастает в старших возрастах, что связано с увеличением воздействия факторов риска, накопленным эффектом их воздействия в сочетании со снижающейся эффективностью механизмов клеточного восстановления.

Основные факторы риска заболевания раком: курение, употребление алкоголя, нездоровое питание и недостаточная физическая активность. Хронические инфекции, вызванные вирусом гепатита В и С, а также некоторыми типами вируса папилломы человека, являются основным фактором риска заболевания раком в странах с низкими и средними доходами. Рак шейки матки, вызываемый вирусом папилломы человека (ВПЧ), - основная причина смерти женщин от рака в странах с низкими доходами.

Знания и представления о причинах возникновения рака, возможностях его предотвращения и лечения расширяются. Заболеваемость и смертность от рака может контролироваться и сокращаться с помощью стратегий профилактики, ранней диагностики и эффективного лечения. Многие формы рака сейчас имеют хороший прогноз излечения при раннем выявлении и адекватном лечении.

В целом, около 30% смертей от рака могли бы быть предотвращены при исключении или снижении воздействия ряда факторов риска, среди которых следует особенно упомянуть курение, избыточный вес и ожирение, недостаточное употребление фруктов и овощей, недостаточную физическую активность, употребление алкоголя, инфекции, передаваемые половым путем (ВПЧ), загрязнение воздушной среды в городах, а также загрязнение воздуха в помещениях при использовании твердого топлива.

Курение является важнейшим фактором риска заболевания раком, обуславливая 22% всех смертей от рака и 71% смертей от рака легкого. Во многих странах с низкими доходами до 20% смертей от рака обусловлены инфекциями, вызванными вирусами гепатита В и папилломы человека.

Стратегии предотвращения заболевания раком связаны с исключением факторов риска, перечисленных выше, с массовой вакцинацией против вируса папилломы человека и гепатита В, контролем над условиями производства, сокращением пребывания на солнце.

Снизить смертность от рака можно при раннем выявлении заболевания и своевременном адекватном лечении.

Для раннего выявления заболеваний важно знание о ранних признаках и симптомах заболевания (таких, как рак шейки матки, молочной железы, прямой кишки и полости рта). Большое значение имеет систематическое использование определенных тестов (скрининг) для раннего выявления наиболее распространенных форм рака или предраковых состояний у населения, подверженного риску заболевания.

После постановки диагноза решающее значение приобретает выбор методики лечения (хирургическое вмешательство, радио- и химиотерапия), дополняемой психологической поддержкой. Такие широко распространенные формы рака, как рак молочной железы, рак шейки матки, рак полости рта и рак прямой кишки, отличаются наилучшими показателями излечения при

своевременном выявлении и лечении в соответствии с лучшими стандартами. Достаточно велики шансы на излечении лейкемии и лимфомы у детей при правильно подобранной методике лечения.

В случаях, когда шансы на излечение невелики, необходимо паллиативное лечение с целью облегчить физические, психические и душевные страдания смертельно больного человека. Это возможно примерно в 90% случаев

Уровни смертности от рака существенно различаются по странам и по крупным регионам ВОЗ¹. При этом в большинстве стран смертность мужчин от рака выше, чем смертность женщин от рака.

В странах Американского региона ВОЗ значение стандартизованного коэффициента смертности мужчин от рака варьируется от 77 на 100 тысяч мужчин в Боливии до 217 в Уругвае, а у женщин – от 75 на 100 тысяч женщин в Мексике до 134 в Антигуа и Барбуде (рис. 1). В большинстве стран региона (21 из 35) значение коэффициента смертности мужчин от рака лежит в интервале от 100 до 144 умерших на 100 тысяч мужчин, включая США (141) и Канаду (142).

В странах Центральной и Южной Америки и Карибского бассейна три наиболее распространенные формы рака среди мужчин – это рак простаты, легкого и желудка, а среди женщин – рак молочной железы, шейки матки и прямой кишки. В Северной Америке среди мужчин наиболее распространены рак простаты, легкого, прямой кишки, а среди женщин – рак молочной железы, легкого и прямой кишки.

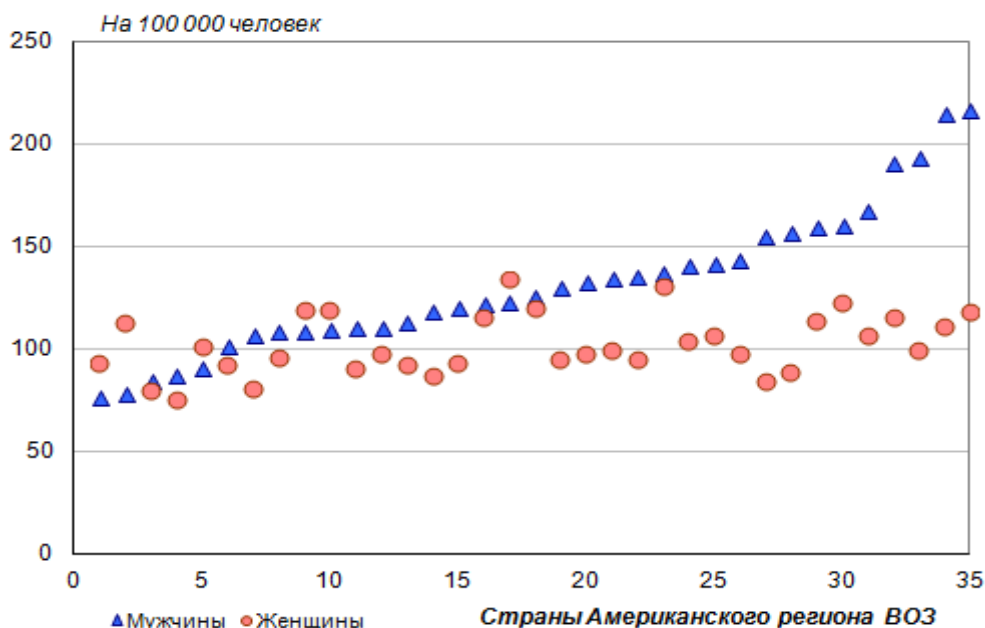


Рисунок 1. Стандартизированные коэффициенты смертности от новообразований в странах Американского региона ВОЗ, умерших от новообразований на 100 тысяч человек, 2008 год

Источник: Global Health Observatory of the World Health Organization. http://apps.who.int/gho/athena/data/download.xsl?format=xml&target=GHO/NCD_CA&profile=excel&filter=COUNTRY:*;SEX:*;
The data was extracted on 2013-12-06 06:07:31.0.

В большинстве стран Европейского региона ВОЗ значения стандартизованных коэффициентов смертности от рака выше – в 39 из 53 стран смертность мужчин от рака составляет более 150 умерших на 100 тысяч мужчин (рис. 2)

Значения коэффициентов смертности среди мужчин варьируются от 77 в Узбекистане, 84 в Таджикистане и 101 на Кипре до 255 в Венгрии, а среди женщин – от 65 на 100 тысяч женщин на Кипре до 134 в Венгрии.

Среди мужчин Северной и Западной Европы наиболее распространен рак простаты, легкого и прямой кишки, в Южной Европе – рак легкого, простаты и прямой кишки, в Центральной и Восточной Европе – рак легкого, прямой кишки и желудка.

Среди женщин Северной и Западной Европы наиболее распространен рак молочной железы, прямой кишки и легкого, в Южной Европе – рак молочной железы, прямой кишки и полости матки, в Центральной и Восточной Европе – рак молочной железы, прямой кишки и желудка.

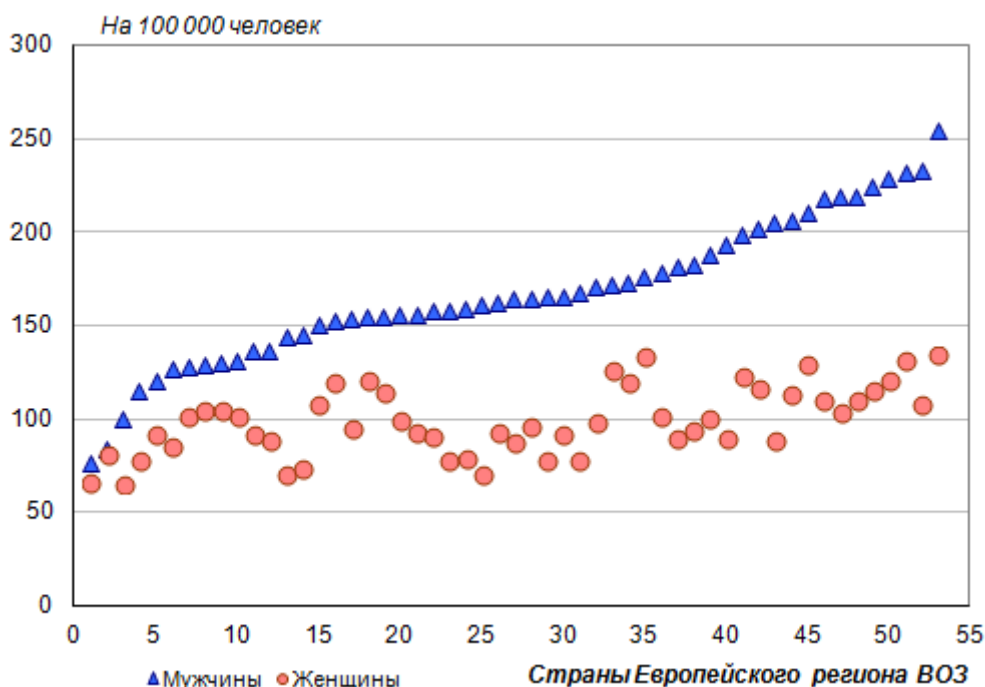


Рисунок 2. Стандартизированные коэффициенты смертности от новообразований в странах Европейского региона ВОЗ, умерших от новообразований на 100 тысяч человек, 2008 год

Источник: Global Health Observatory of the World Health Organization. http://apps.who.int/gho/athena/data/download.xsl?format=xml&target=GHO/NCD_CA&profile=excel&filter=COUNTRY:*;SEX:*;
The data was extracted on 2013-12-06 06:07:31.0.

В странах Африканского региона ВОЗ, за небольшим исключением, показатели смертности от рака заметно ниже, но в большинстве стран смертность женщин от рака выше, чем мужчин (рис. 3).

Стандартизованные коэффициенты смертности от рака мужчин составляют от 64 умерших на 100 тысяч мужчин в Намибии до 207 в Южной Африке и 227 на Сейшельских островах, а коэффициенты смертности женщин от рака – от 50 на 100 тысяч женщин в той же Намибии до 140 в Уганде.

В странах Африки, расположенных к югу от Сахары, среди мужчин наиболее распространены такие формы рака, как саркома Капоши, рак печени и рак простаты, а среди женщин – рак шейки матки, молочной железы, саркома Капоши.

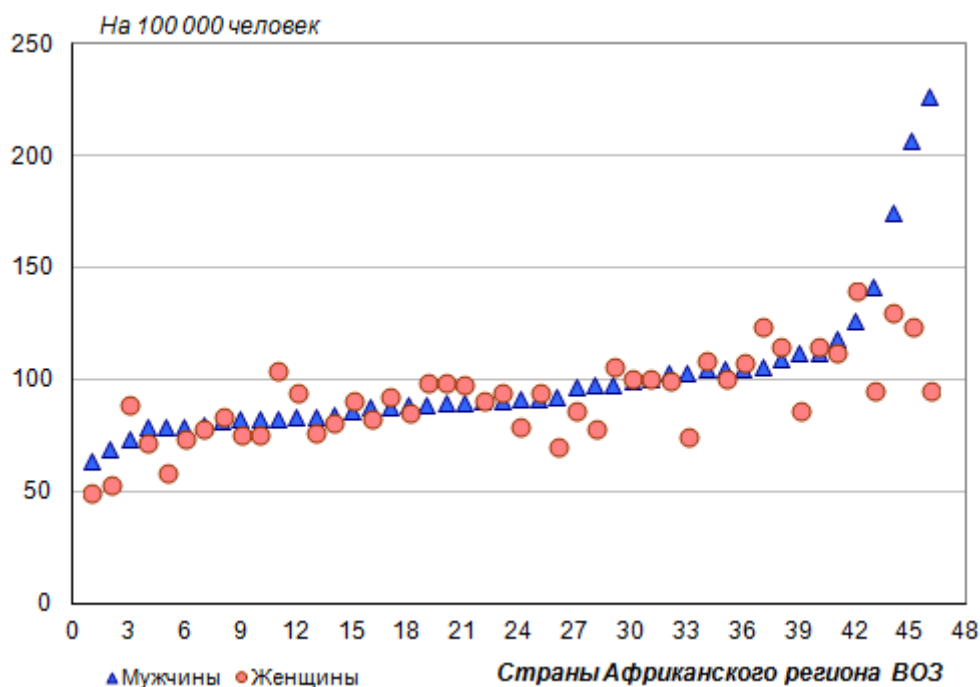


Рисунок 3. Стандартизованные коэффициенты смертности от новообразований в странах Африканского региона ВОЗ, умерших от новообразований на 100 тысяч человек, 2008 год

Источник: Global Health Observatory of the World Health Organization. http://apps.who.int/gho/athena/data/download.xsl?format=xml&target=GHO/NCD_CA&profile=excel&filter=COUNTRY:*,SEX:*;
The data was extracted on 2013-12-06 06:07:31.0.

В странах Восточно-Средиземноморского региона ВОЗ смертность от рака также относительно невелика, причем у женщин она, как правило, ниже, чем у мужчин (рис. 4). Значения коэффициента смертности от рака у мужчин варьируются от 62 на 100 тысяч мужчин в Кувейте до 151 в Ливане, а у женщин – от 47 на 100 тысяч человек в Сирии до 113 в Ливане.

В странах Северной Африки и Западной Азии среди мужчин наиболее распространены такие формы рака, как рак легкого, мочевого пузыря и прямой кишки, а среди женщин – рак молочной железы, шейки матки и прямой кишки.

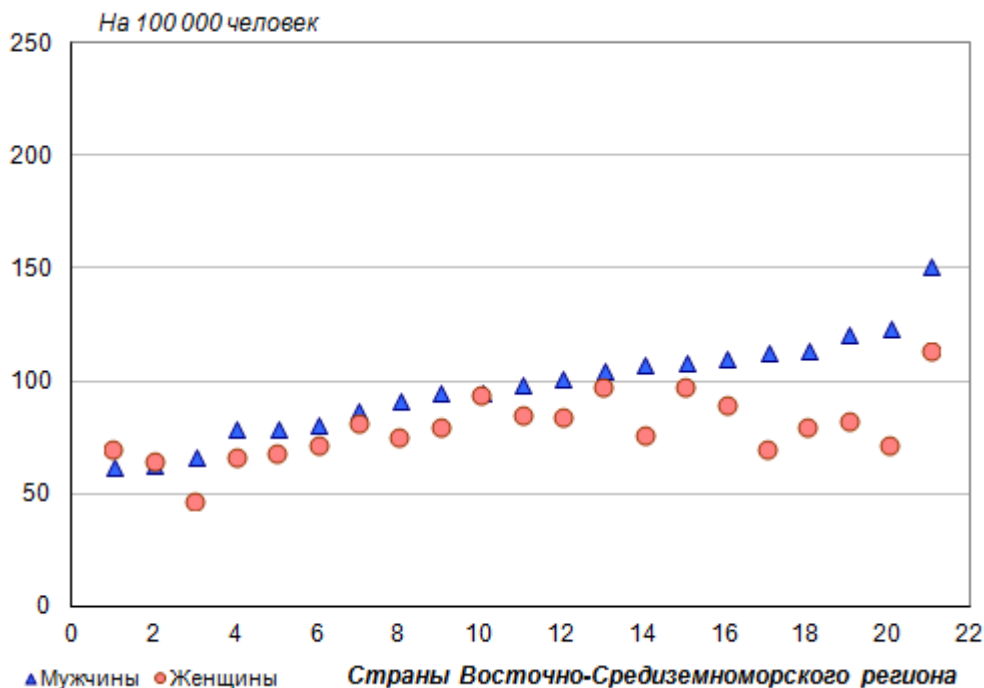


Рисунок 4. Стандартизированные коэффициенты смертности от новообразований в странах Восточно-Средиземноморского региона ВОЗ, умерших от новообразований на 100 тысяч человек, 2008 год

Источник: Global Health Observatory of the World Health Organization. http://apps.who.int/gho/athena/data/download.xsl?format=xml&target=GHO/NCD_CA&profile=excel&filter=COUNTRY:*;SEX:*;
The data was extracted on 2013-12-06 06:07:31.0.

В странах региона ВОЗ «Юго-Восточная Азия» смертность от рака невысока. Стандартизированные коэффициенты смертности от рака мужчин составляют от 64 на 100 тысяч мужчин на Мальдивских островах до 136 в Индонезии, у женщин – от 40 на 100 тысяч женщин на Мальдивских островах до 119 в Непале (рис. 5).

В Юго-Восточной Азии среди мужчин наиболее распространены рак легкого, печени, прямой кишки, а среди женщин – рак молочной железы, шейки матки, прямой кишки.

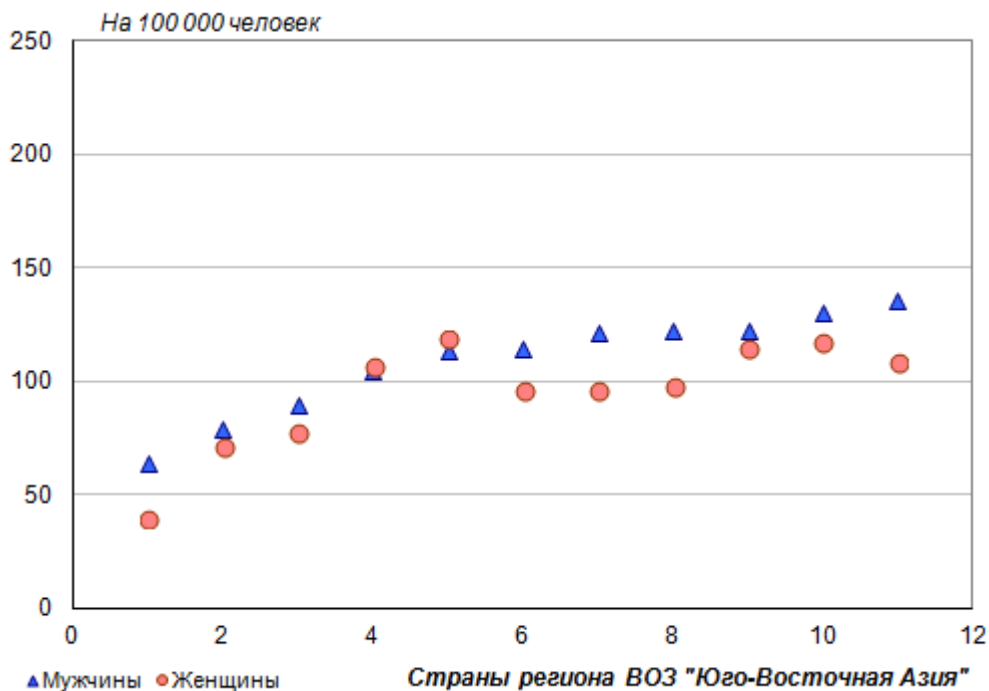


Рисунок 5. Стандартизированные коэффициенты смертности от новообразований в странах региона ВОЗ «Юго-Восточная Азия», умерших от новообразований на 100 тысяч человек, 2008 год

Источник: Global Health Observatory of the World Health Organization. http://apps.who.int/gho/athena/data/download.xsl?format=xml&target=GHO/NCD_CA&profile=excel&filter=COUNTRY:*;SEX:*;
The data was extracted on 2013-12-06 06:07:31.0.

В странах Западно-Тихоокеанского региона ВОЗ наряду с относительно низкими показателями смертности от рака (в странах Полинезии, Микронезии и Меланезии) отмечаются и высокие показатели (рис. 6). Стандартизированные коэффициенты смертности мужчин составляют от 39 на 100 тысяч мужчин в Кирибати до 260 в Монголии, а коэффициенты смертности женщин – от 40 на 100 тысяч женщин в Самоа до 191 в Науру. В ряде стран региона смертность от рака у женщин существенно выше, чем у мужчин.

В Океании среди мужчин наиболее распространен рак простаты, прямой кишки и легкого, среди женщин – рак молочной железы, прямой кишки, меланомы. В странах Восточной Азии среди мужчин чаще встречаются такие формы рака, как рак желудка, легкого, печени, а среди женщин – рак желудка, молочной железы, легкого.

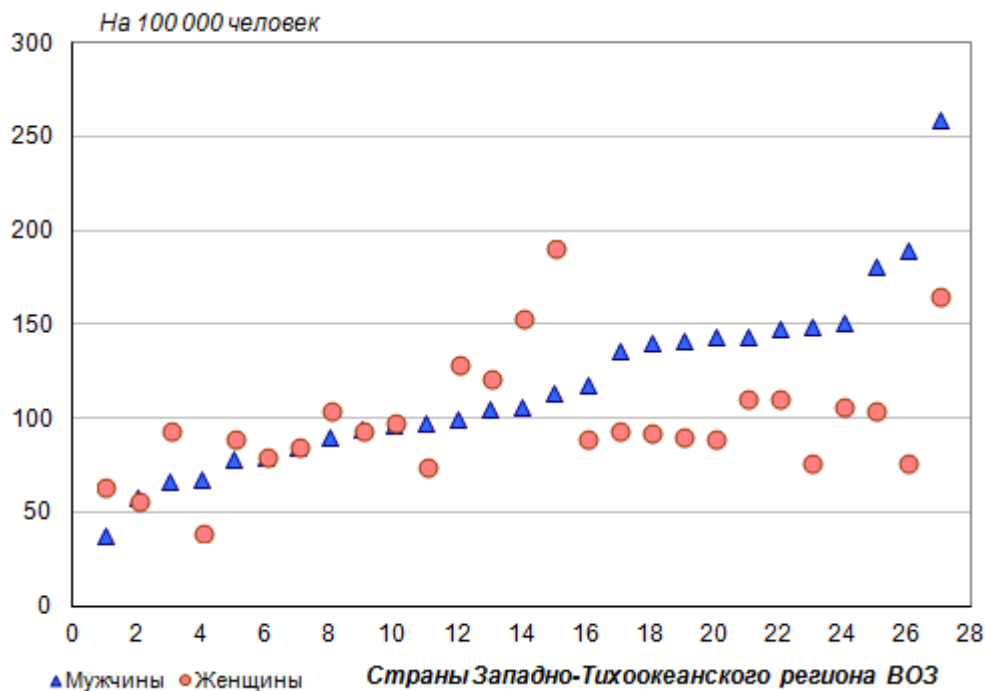


Рисунок 6. Стандартизированные коэффициенты смертности от новообразований в странах Западно-Тихоокеанского региона ВОЗ, умерших от новообразований на 100 тысяч человек, 2008 год

Источник: Global Health Observatory of the World Health Organization. http://apps.who.int/gho/athena/data/download.xsl?format=xml&target=GHO/NCD_CA&profile=excel&filter=COUNTRY:*;SEX:*;
The data was extracted on 2013-12-06 06:07:31.0.

Источники:

Всемирная Организация Здравоохранения (World Health Organization) - <http://www.who.int>;

Cancer. Fact sheet N°297. Reviewed January 2013 - <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.htm> ;

Global Health Observatory - <http://www.who.int/gho>

Global Action Against Cancer - Updated version. 2005.

В странах ОЭСР от рака умирает каждый четвертый

В странах Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) ежегодно выявляется около 5 миллионов новых случаев онкологических заболеваний (261 на 100 тысяч человек). Каждый четвертый умерший погибает от рака. По числу умерших это вторая основная причина смерти после болезней системы кровообращения. Доля умерших от новообразований со временем растет, и в таких странах, как Дания, Канада, Нидерланды, Франция и Япония этот класс причин смерти уже

стал основным. Это отражает тот факт, что смертность от других причин смерти, в первую очередь от болезней системы кровообращения, снижается быстрее, чем от рака.

В 2011 году среднее значение коэффициента смертности от рака среди стран ОЭСР составило 211 на 100 тысяч человек. Ниже всего смертность от рака в Мексике, Бразилии и Финляндии – менее 180 на 100 тысяч человек, а выше всего – 240 и более умерших на 100 тысяч человек – в Венгрии, Словении, Словакии и Дании (рис. 7).

Во всех странах ОЭСР смертность мужчин от рака заметно выше, чем женщин. Особенно значительные половые различия в смертности от рака наблюдаются в Южной Корее, Испании и Эстонии, а также в Словакии, Португалии, Японии и Франции, где смертность от рака мужчин вдвое и более превышает смертность женщин от рака. Отчасти это связано с более широким распространением факторов риска среди мужчин, особенно курения.

Среди мужчин наиболее распространен рак легкого, который обуславливает 23% всех смертей мужчин от рака. В Бельгии и Греции эта доля превышает 30%.

Среди женщин, умерших от рака, доля умерших от рака легкого составляет 16%. Однако стоит отметить, что если во многих странах смертность мужчин от рака легкого в последние 20 лет снижалась, то смертность женщин от той же причины, напротив, увеличивалась.

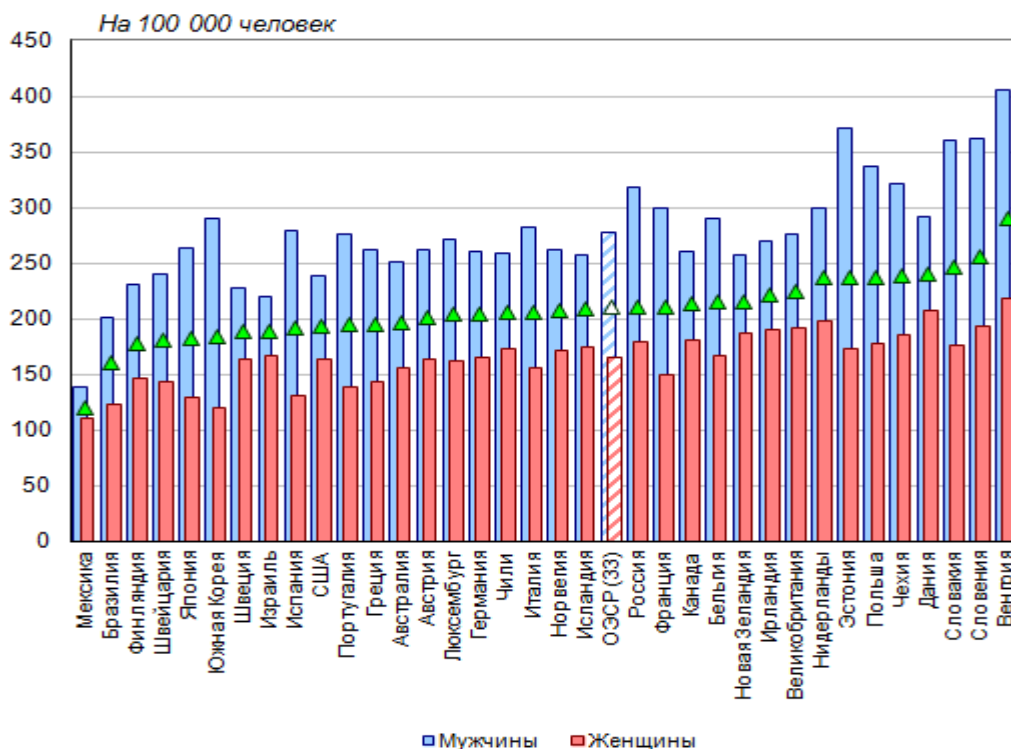


Рисунок 7. Стандартизованные коэффициенты смертности от новообразований в странах ОЭСР, 2011 год, умерших на 100 тысяч человек

Источник: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en> Version 1 - Last updated: 31-Oct-2013.

Свидетельство
о регистрации СМИ
Эл № ФС77-39707
от 07.05.2010 г.
ISSN 1726-2887

Для цитирования: Щербакова Е.М. Мировые тенденции заболеваемости и смертности от рака / Демоскоп Weekly. 2013. № 577-578.
URL: <http://demoscope.ru/weekly/2013/0577/barometer577.pdf>

В большинстве стран ОЭСР смертность от новообразований снизилась по сравнению с 1990 годом (рис. 8). В среднем, снижение составило 15%. Наибольшее снижение – более чем на четверть - произошло в Чехии, Люксембурге и Швейцарии. Особенно значительно сократилась смертность от рака желудка, прямой кишки, молочной железы и шейки матки у женщин, простаты и легкого у мужчин. Однако одновременно увеличилась смертность от рака поджелудочной железы и печени у обоих полов и от рака легкого у женщин. В Греции, Словакии и Эстонии сокращение было незначительным (от 2 до 5%).

В Бразилии, Южной Корее, Южной Африке и Словении смертность от рака за рассматриваемый период увеличилась.

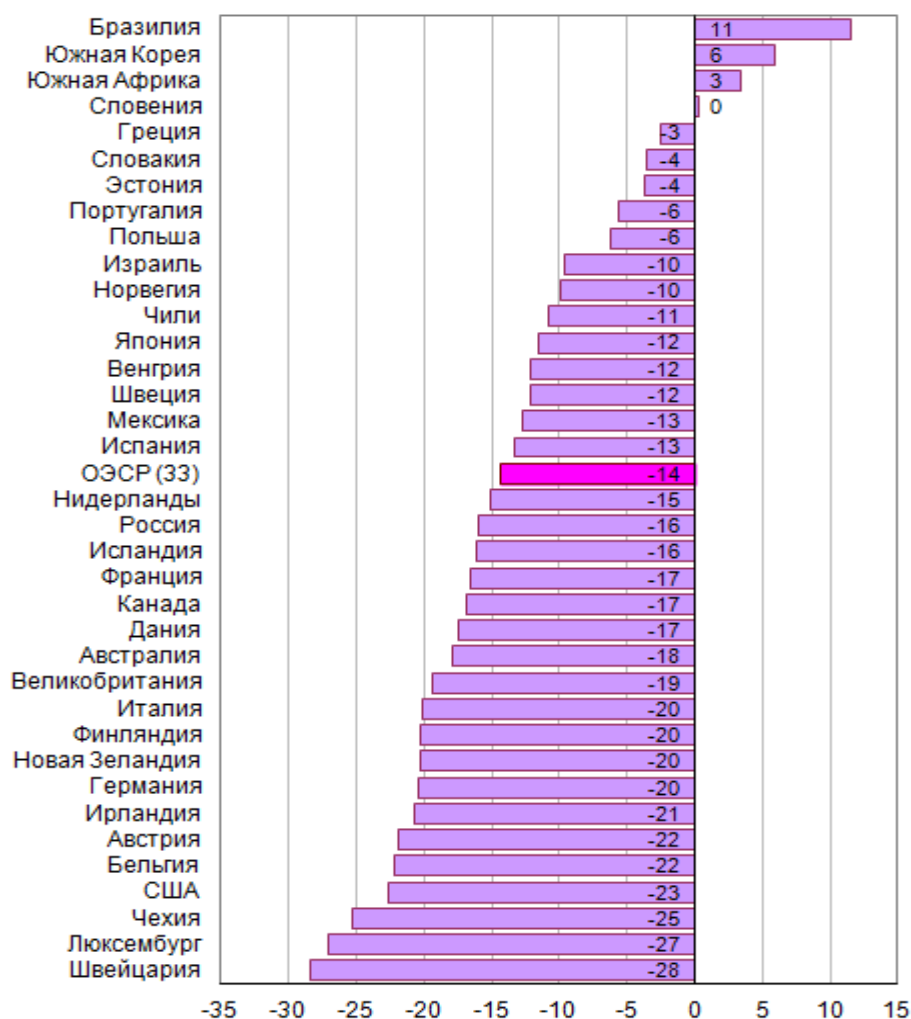


Рисунок 8. Изменение коэффициентов смертности от новообразований в странах ОЭСР в период 1990- 2011 (или близких к ним) годов, %

Источник: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en> Version 1 - Last updated: 31-Oct-2013.

Оснащенность томографами выше всего в Японии, обследований больше проводят в США

Новые медицинские технологии значительно улучшают возможности диагностирования и лечения, но одновременно ведут к увеличению расходов на здравоохранение. Для выявления новообразований большое значение приобрели методы рентгеновской компьютерной (КТ) и магнитно-резонансной (МРТ) томографии, позволяющие врачу «видеть» внутренние органы с помощью неразрушающего послойного исследования внутренней структуры объекта. В отличие от традиционных методов рентгенографии и компьютерной томографии, при магнитно-резонансной томографии человек не подвергается воздействию ионизирующего излучения, что снижает риски для здоровья во время обследования.

В течение двух последних десятилетий оснащенность лечебно-диагностических учреждений сканерами для компьютерной томографии и магнитно-резонансными томографами быстро росла в большинстве стран ОЭСР.

Наибольшее число томографов на душу населения в Японии, где на каждый миллион жителей приходится 46,9 магнитно-резонансных томографов (рис. 9) и 101,3 сканеров для компьютерной томографии (рис. 10). За Японией по оснащенности магнитно-резонансными томографами следуют США (31,5 на миллион человек в 2011 году, 34,5 в 2012 году), сканерами для компьютерной томографии – Австралия (44,4 на миллион человек). В Греции, Исландии, Италии и Южной Корее оснащенность томографами также выше, чем в среднем по ОЭСР (13,3 магнитно-резонансных томографа и 23,6 сканера на миллион человек), а ниже всего она в Мексике, Венгрии и Израиле.

Для большинства стран ОЭСР данные об оснащенности томографами представлены как в целом, так и отдельно по больницам и амбулаторным учреждениям. Однако по некоторым странам представленная информация неполная – она не отражает наличия томографов за пределами больниц, в других лечебно-диагностических учреждениях (в Бельгии, Германии и Португалии). Данные по Великобритании относятся только к общественному сектору здравоохранения, по Австралии и Венгрии – к оборудованию, которое оплачивается за счет общественных фондов.

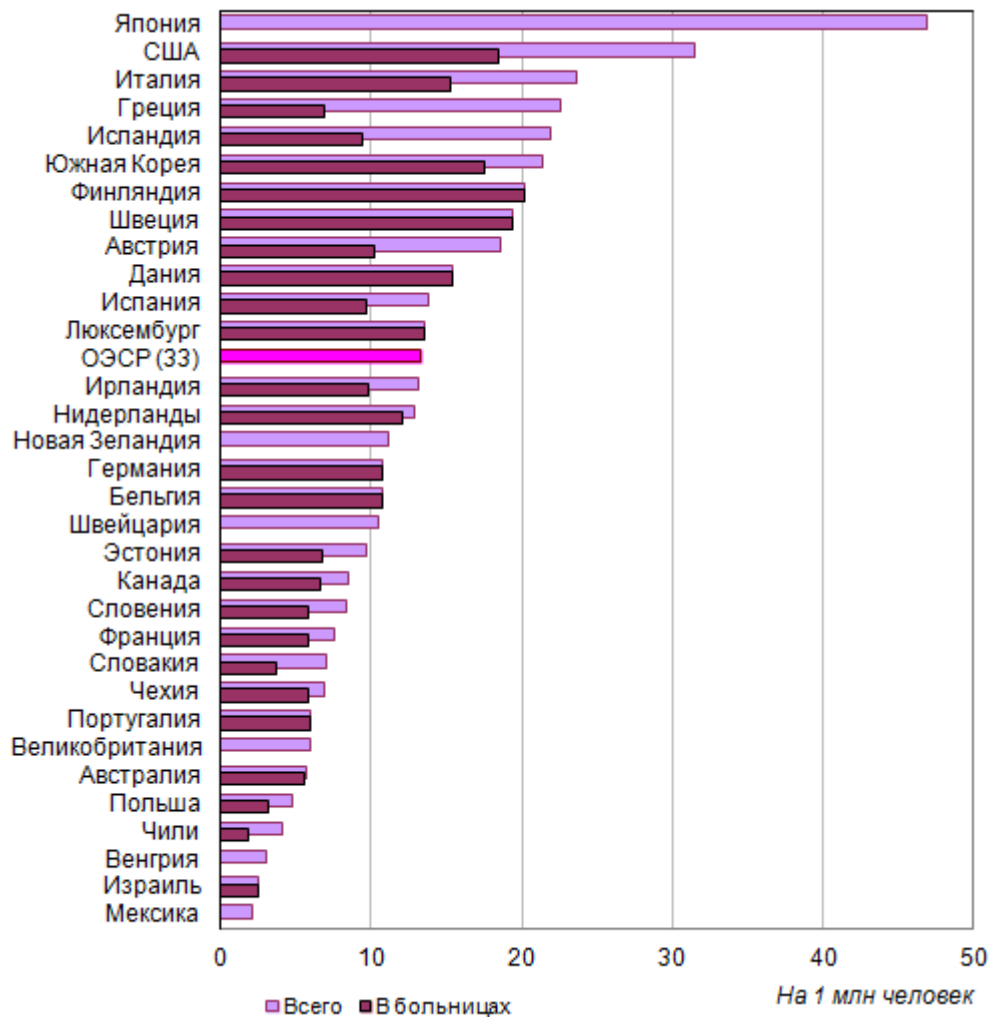


Рисунок 9. Число магнитно-резонансных томографов в странах ОЭСР, 2011 (или близкий к нему) год, на 1 миллион человек

Источник: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en> Version 1 - Last updated: 31-Oct-2013.

Единого критерия идеальной оснащенности томографами нет. Однако если таких установок слишком мало, может возникнуть проблема географической доступности или времени ожидания. Если же их слишком много, это может приводить к чрезмерному и неоправданному использованию дорогостоящих диагностических процедур с относительной меньшей пользой для пациентов.

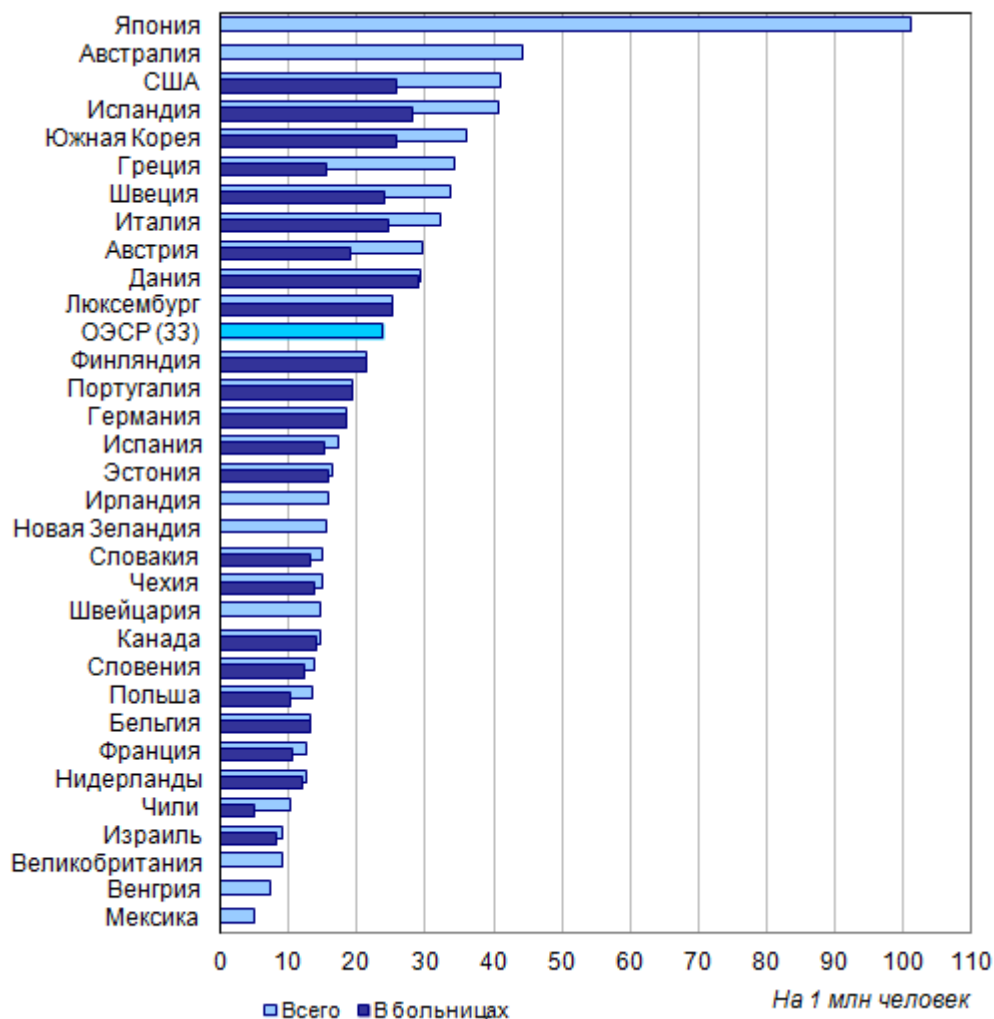


Рисунок 10. Число сканеров для компьютерной томографии в странах ОЭСР, 2011 (или близкий к нему) год, на 1 миллион человек

Источник: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en> Version 1 - Last updated: 31-Oct-2013.

Данные об использовании томографов имеются по меньшему числу стран. К сожалению, нет их по Японии, выделяющейся наиболее высокой оснащенностью ими. По имеющимся сведениям, наибольшее число обследований магнитно-резонансной томографии (МРТ) проводится в США (102,7 в на 1000 человек), Греции (97,9), Турции (97,4) и Германии (95,2). Средняя величина по ОЭСР почти вдвое ниже – 55,4 на 1000 человек (рис. 11). В Чили и Новой Зеландии число таких обследований на порядок ниже.

В США абсолютное число обследований МРТ удвоилось в 2000-2011 годах. В Турции оно росло еще быстрее, удвоившись всего за три года (в 2008-2011 годы).

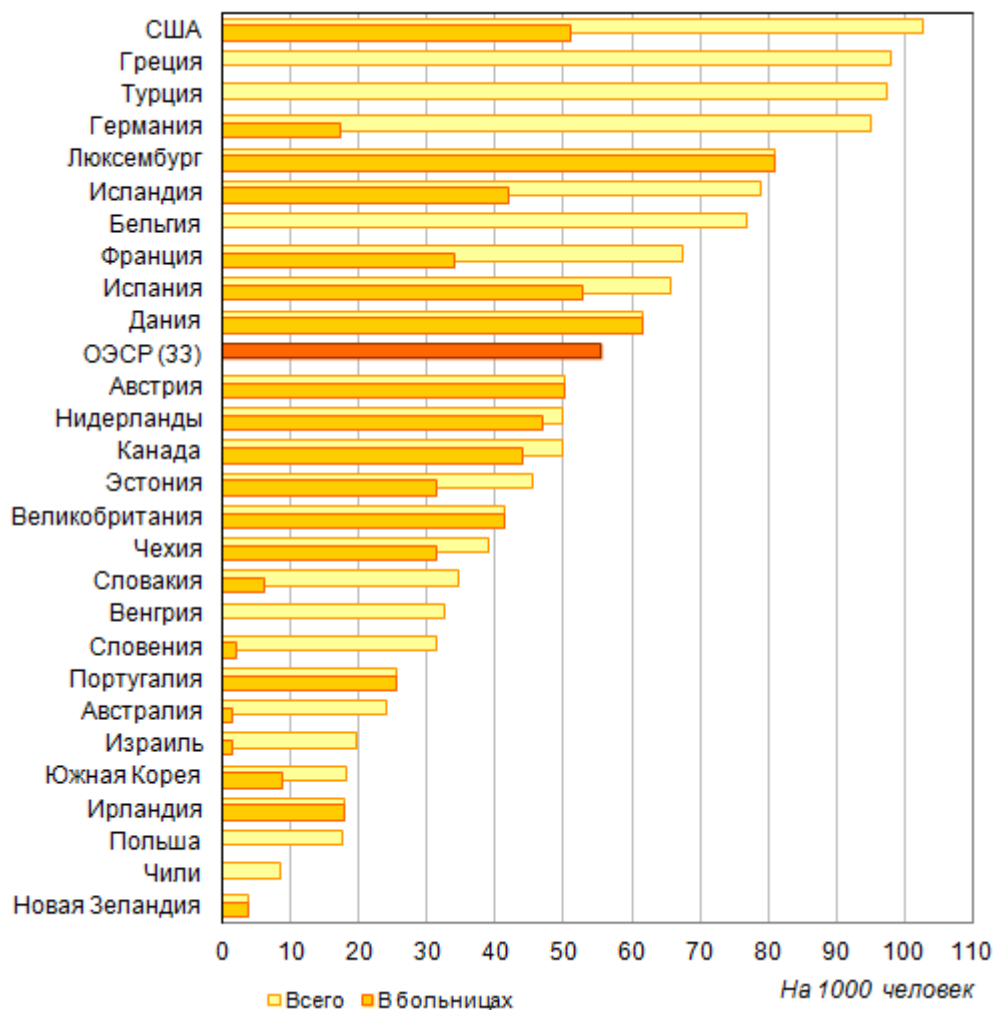


Рисунок 11. Число обследований с помощью магнитно-резонансной томографии в странах ОЭСР, 2011 (или близкий к нему) год, на 1000 человек

Источник: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en> Version 1 - Last updated: 31-Oct-2013.

Число обследований компьютерной томографии (КТ) выше всего в Греции (320 на 1000 человек) и США (274), в среднем по ОЭСР число обследований КТ вдвое ниже (131) (рис. 11).

В Греции большая часть томографов установлено в частных диагностических центрах и лишь небольшая часть – в общественных больницах. Единых директив по использованию томографов в Греции нет, но с конца 2010 года министерским указом были закреплены условия покупки такого оборудования для частного сектора – при минимальном пороге плотности населения (30 тысяч человек на сканер КТ и 40 тысяч человек на МРТ). Для общественного сектора здравоохранения этот критерий не применяется.

Очевидно, что в США обследования КТ и МРТ производятся излишне часто. Число томографов в период между 1997 и 2006 годами росло очень быстро, хотя уровень первичной заболеваемости практически не изменялся. Система оплаты позволяла врачам выигрывать от направления на такие обследования, что также повышало вероятность неоправданно частого использования обследования КТ и МРТ. Во многих странах ОЭСР были разработаны специальные клинические директивы с целью обеспечения более рационального использования новейших диагностических процедур.

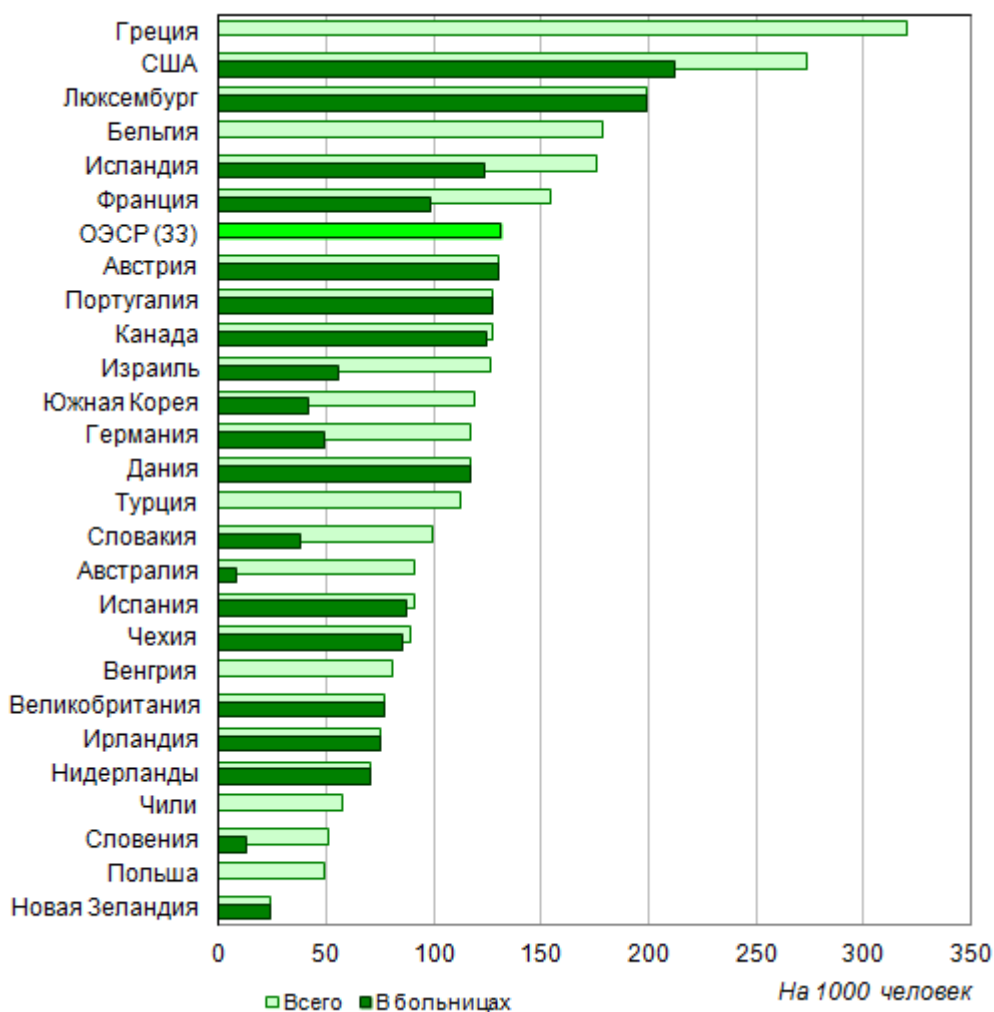


Рисунок 12. Число обследований с помощью компьютерной томографии в странах ОЭСР, 2011 (или близкий к нему) год, на 1000 человек

Источник: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en> Version 1 - Last updated: 31-Oct-2013

В среднем по ОЭСР выживаемость в течение 5 лет после выявления рака прямой кишки увеличилась до 61%, рака шейки матки - до 66%, рака молочной железы - до 84%

Рак шейки матки – одна из распространенных форм рака женщин, который в большинстве случаев может быть предотвращен, если предраковые изменения будут обнаружены и вылечены своевременно. Основной причиной заболевания (приблизительно 95% всех случаев заболевания) является воздействие вируса папилломы человека при половом контакте.

Страны придерживаются различных стратегий по предотвращению и ранней диагностике рака шейки матки. Примерно в половине стран ОЭСР реализуются программы скрининга рака шейки матки, но периодичность и целевые группы скрининга различаются. В некоторых странах с низким уровнем заболеваемости раком шейки матки, таких как Израиль и Швейцария, программ скрининга нет, но в обеих странах женщины из целевых групп могут бесплатно пройти тест мазка по Папаниколау (РАР мазок). После того, как была разработана вакцина против некоторых типов вируса папилломы человека, примерно в половине стран ОЭСР начали реализацию программ вакцинации девочек-подростков и молодых женщин. Однако до сих пор обсуждается влияние применения вакцины на стратегии скрининга рака шейки матки.

Охват женщин в возрасте 20-69 лет скринингом рака шейки матки составляет от 15,5% в Турции до 85,0% в США (рис. 13)². В Австрии, Германии, Швеции, Норвегии и Новой Зеландии охват превышает 75%. В Исландии и Великобритании он довольно существенно снизился за последнее десятилетие. Снижение коэффициента за 2001-2011 годы отмечалось также во Франции, США, Норвегии, но во всех случаях охват скринингом остается достаточно высоким (более 60% женщин в возрасте 20-69 лет). В то же время в Южной Корее значение коэффициента увеличилось более чем в четыре раза, но, несмотря на это, оно остается более низким, чем в среднем по ОЭСР (48,4% против 59,6%).

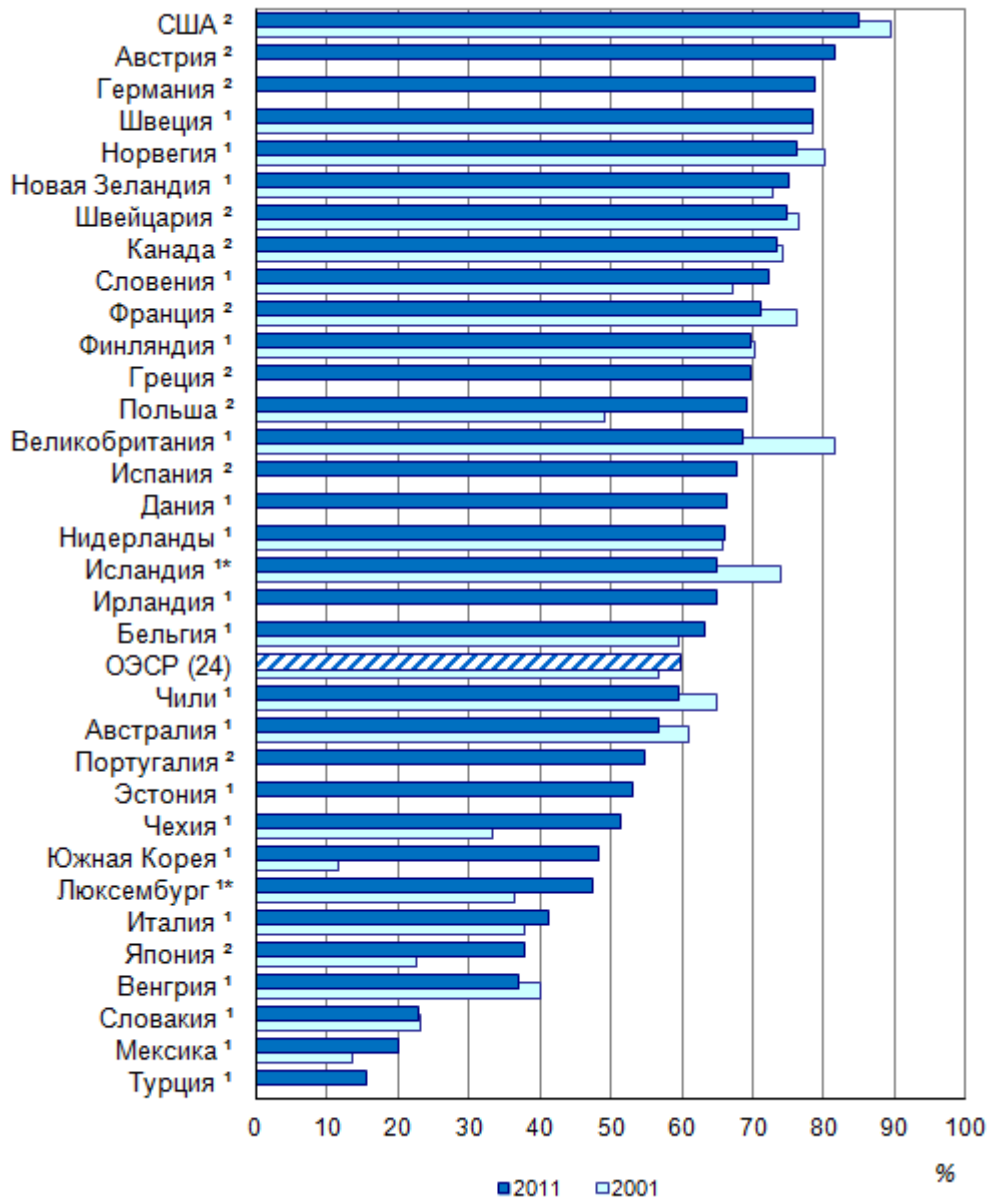


Рисунок 13. Скрининг рака шейки матки в странах ОЭСР, 2001 и 2011 (или близкие к ним) годы, % женщин в возрасте 20-69 лет

1 - на основе программ скрининга, 2 - на основе выборочных обследований, * среднее значение за три года

Источник: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en> Version 1 - Last updated: 31-Oct-2013.

Выживаемость – одна из ключевых характеристик эффективности системы лечения рака, начиная с профилактики, раннего выявления и заканчивая наилучшими методиками лечения. Коэффициент выживаемости рассчитывается как отношение числа пациентов с онкологическим заболеванием, выживших в течение определенного периода времени после постановки диагноза, к ожидаемому числу выживших соответствующей возрастно-половой группы всего населения в определенный период времени. Показатель отражает влияние избыточной смертности, связанной с данным конкретным диагнозом. Например, выживаемость в 80% в пятилетний период означает, что через пять лет после постановки диагноза в живых осталось 80% пациентов, которые должны были бы прожить эти пять лет в соответствии с их возрастом при установлении диагноза, полом и периодом времени. Показатели могут рассчитываться для календарных периодов или для реальных поколений. Для стандартизации коэффициентов используется Международный стандарт выживаемости населения при раке.

В последние годы пятилетний коэффициент выживаемости при раке шейки матки повысился во многих странах (рис. 14). Возможно, это произошло за счет более эффективного скрининга и лечения. Наиболее значительное увеличение – почти на 16% - наблюдалось в Исландии. В 2006-2011 годы значение показателя варьировалось среди стран ОЭСР от 52,7% в Польше до 76,8% в Южной Корее. Следует отметить, что в некоторых странах с относительно более высоким охватом скринингом (США, Германии, Новой Зеландии), коэффициент выживаемости несколько ниже.

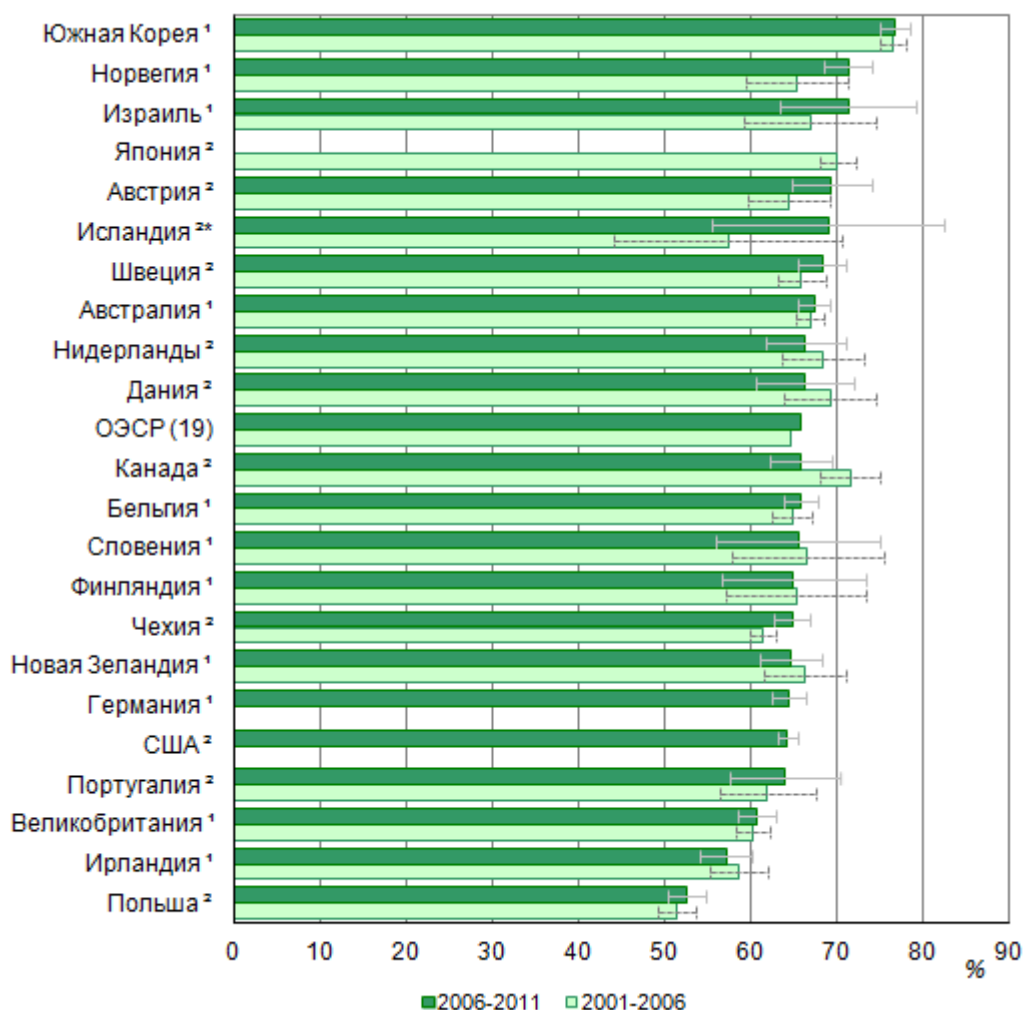


Рисунок 14. Стандартизованные коэффициенты выживаемости в пятилетний период после постановки диагноза рака шейки матки в странах ОЭСР, 2001-2006 и 2006-2011 (или близкие к ним) годы, % (отмечены планки погрешности для 95-процентного доверительного интервала)

1 – для календарного периода. 2 – для реальных поколений * средняя за три года

Источник: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en> Version 1 - Last updated: 31-Oct-2013.

Коэффициенты смертности отражают эффект лечения рака в последние годы, а также влияние скрининга и изменений в заболеваемости. Смертность от рака шейки матки снизилась в период 2011-2011 годов в большинстве стран ОЭСР (рис. 15), что соответствует общей тенденции снижения смертности от новообразований в этой группе стран, о чем говорилось выше. Особенно значительно снизилась смертность от рака шейки матки в Дании, Исландии, Новой Зеландии и Норвегии. Существенно сократилась она и в Мексике, хотя, несмотря на это, страна продолжает выделяться

крайне высоким уровнем смертности от данной причины. В некоторых странах ОЭСР, прежде всего в Греции и Эстонии, смертность от рака шейки матки возросла.

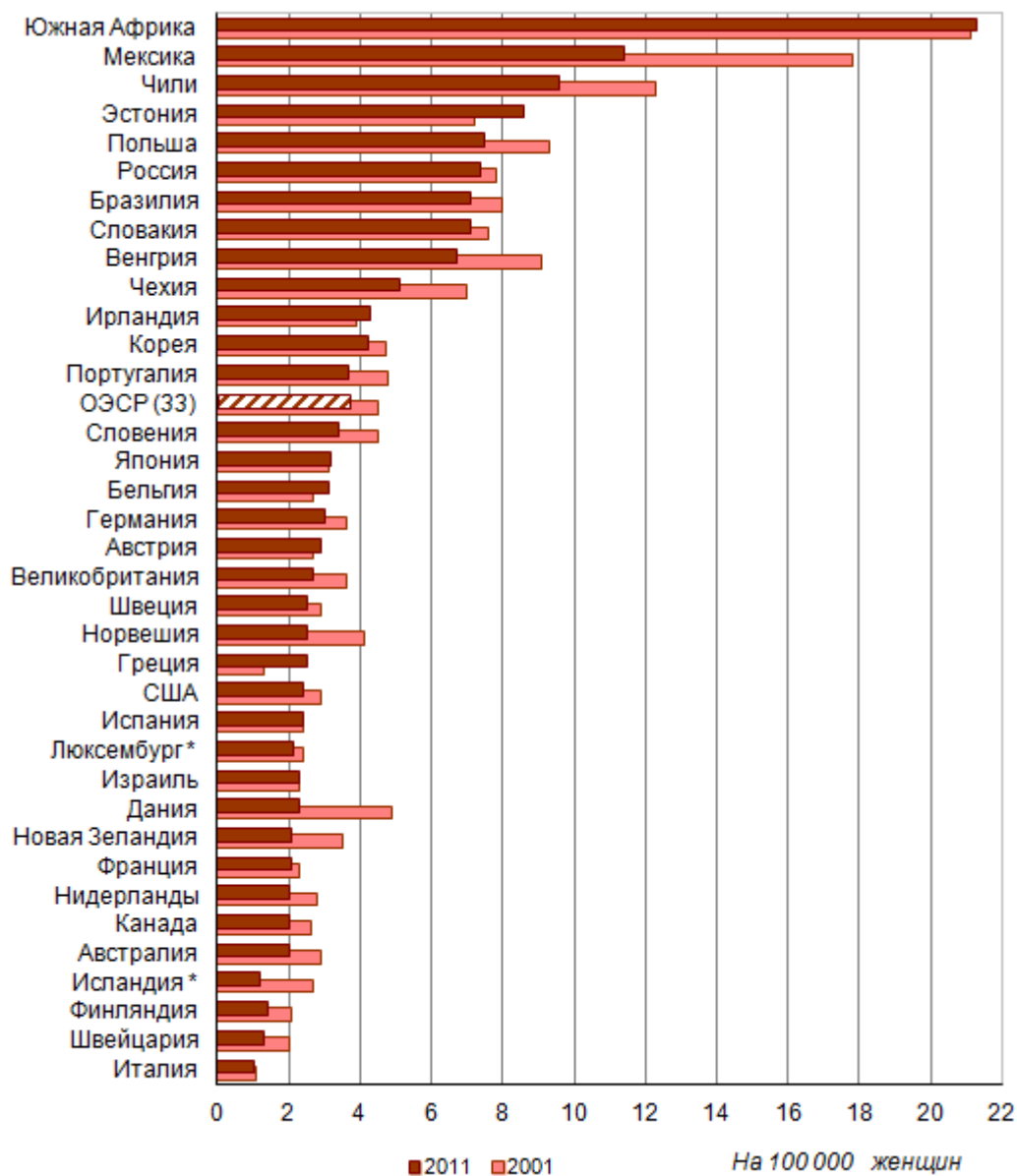


Рисунок 15. Стандартизованные коэффициенты смертности от рака шейки матки в странах ОЭСР, 2001 и 2011 (или близкие к ним) годы, на 100 тысяч женщин

* среднее значение за три года

Источник: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en> Version 1 - Last updated: 31-Oct-2013.

Рак молочной железы – наиболее распространенная форма рака у женщин. У каждой девятой женщины в определенный период жизни появляется такое новообразование, и каждая тридцатая умирает от него. Факторами риска, повышающими вероятность этого заболевания, являются возраст, наследственность (наличие родственниц, болевших раком груди, в семейном анамнезе), гормонозамещающая терапия (препараты эстрогена), образ жизни, включая диету и употребление алкоголя.

В большинстве стран ОЭСР в качестве наиболее эффективного способа раннего выявления заболевания приняты программы скрининга. Периодичность и целевые группы различаются по странам, дебаты об этом ведутся до сих пор. Однако согласно директиве Европейской комиссии 2006 года, в качестве цели в странах ЕС намечен 75-процентный охват маммографическими обследованиями женщин в возрасте 50-69 лет. В 2011 году охват маммографическим скринингом женщин целевых групп в странах ОЭСР составлял от 10% в Чили до более чем 80% в Финляндии, Нидерландах, США и Австрии (рис. 16). В некоторых странах, в которых и десять лет назад охват маммографией был высок, он несколько снизился, включая Финляндию, США, Великобританию, Норвегии, Ирландию и Канаду. С другой стороны, маммография получила значительно более широкое распространение в Южной Корее, Польше и Чехии, хотя, несмотря на это, охват скринингом остается более низким, чем в среднем по ОЭСР (61,5%).

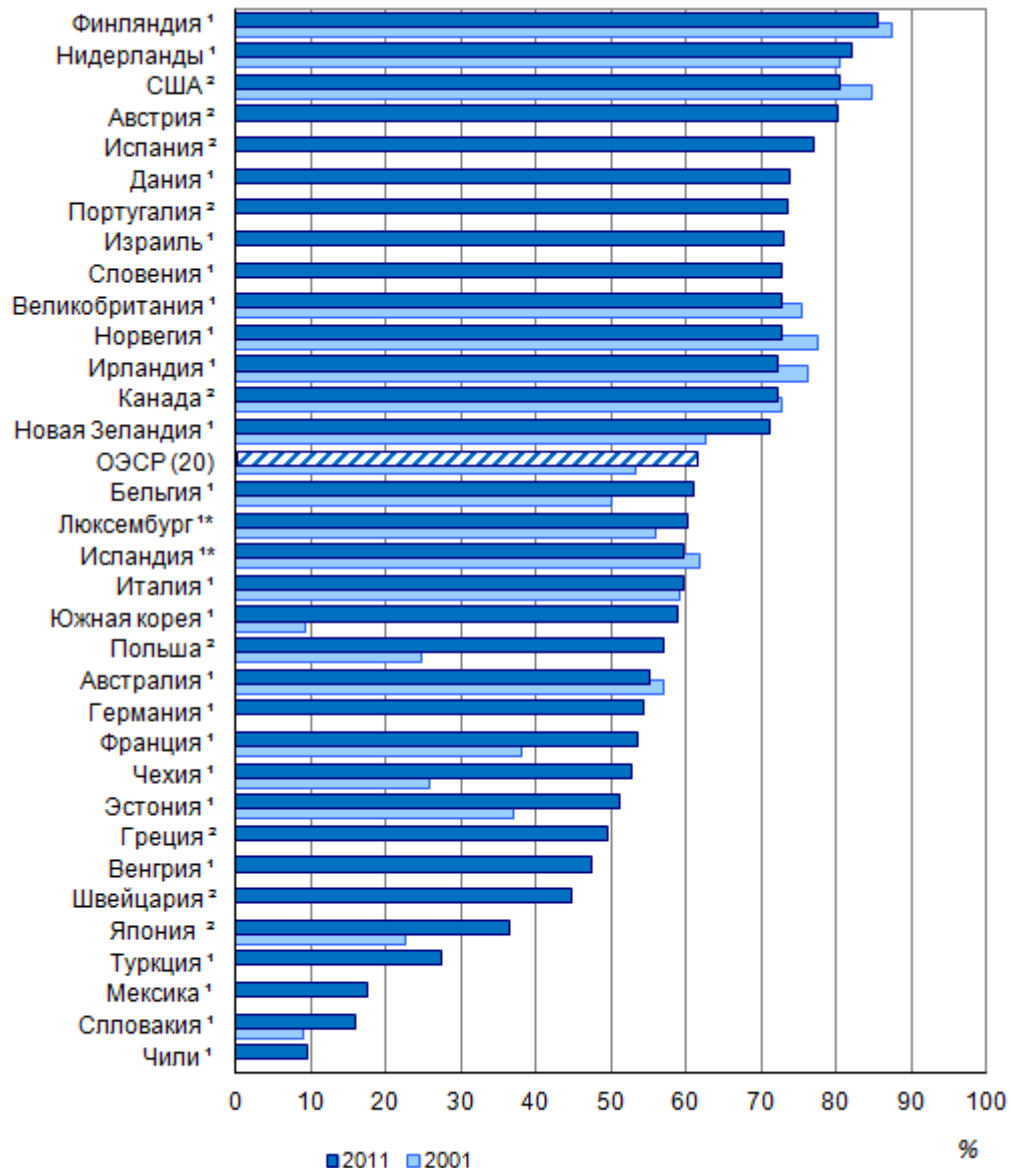


Рисунок 16. Скрининг рака груди (маммография) в странах ОЭСР, 2001 и 2011 (или близкие к ним) годы, % женщин в возрасте 50-69 лет

1 - на основе программ скрининга, 2 - на основе выборочных обследований, * среднее значение за три года

Источник: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en> Version 1 - Last updated: 31-Oct-2013.

Выживаемость при раке груди отражает успехи в улучшении методик лечения, а также усилия общественного здравоохранения по раннему выявлению заболевания с помощью скрининговых

программ и более полному осознанию особенностей заболевания. Внедрение комбинированных методик щадящей хирургии, локальной радиотерапии и вспомогательной поддерживающей лекарственной терапии привело к повышению не только выживаемости, но и качества жизни выживших.

Коэффициент выживаемости в пятилетний период после постановки диагноза рака молочной железы в последнее десятилетие повысился во многих странах, превысив во всех странах ОЭСР, кроме Польши, уровень 80% (рис. 17). Более низкий уровень выживаемости в Польше может быть обусловлен худшей доступностью лечения из-за ограниченности числа онкологических центров и радиотерапевтического оборудования. Выживаемость в пятилетний период после постановки диагноза рака молочной железы значительно увеличилась в странах Центральной и Восточной Европы, где она исторически была низкой, а также в Бельгии и Ирландии.

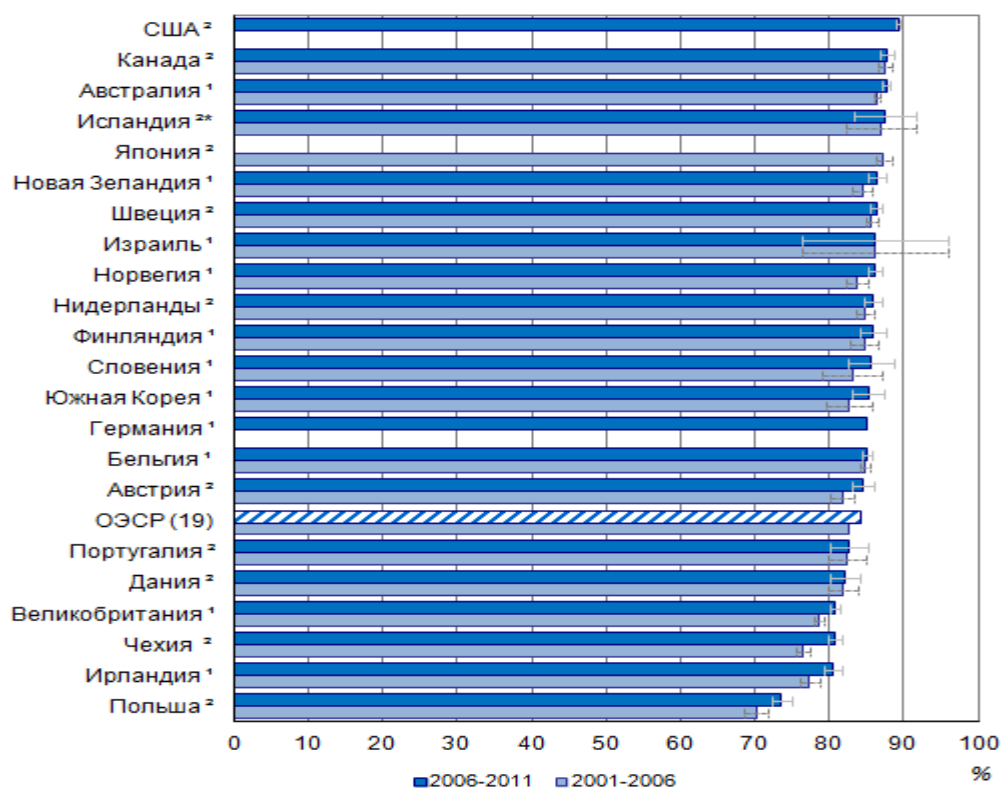


Рисунок 17. Стандартизованные коэффициенты выживаемости в пятилетний период после постановки диагноза рака груди в странах ОЭСР, 2001-2006 и 2006-2011 (или близкие к ним) годы, % (отмечены планки погрешности для 95-процентного доверительного интервала)

1 – для календарного периода. 2 – для реальных поколений * среднее значение за три года

Источник: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en> Version 1 - Last updated: 31-Oct-2013.

Коэффициенты смертности от рака молочной железы снизились за последнее десятилетие в большинстве стран ОЭСР (рис. 18). Это отражает произошедшие улучшения в раннем выявлении и лечении заболевания. Особенно заметные успехи достигнуты в Норвегии, Ирландии и Чехии. В Дании смертность от рака груди также заметно снизилась, но уровень ее остался самым высоким среди стран ОЭСР. В Южной Корее и Японии смертность от рака груди увеличилась в 2001-2011 годы, но, тем не менее, значения остаются наиболее низкими в ОЭСР.

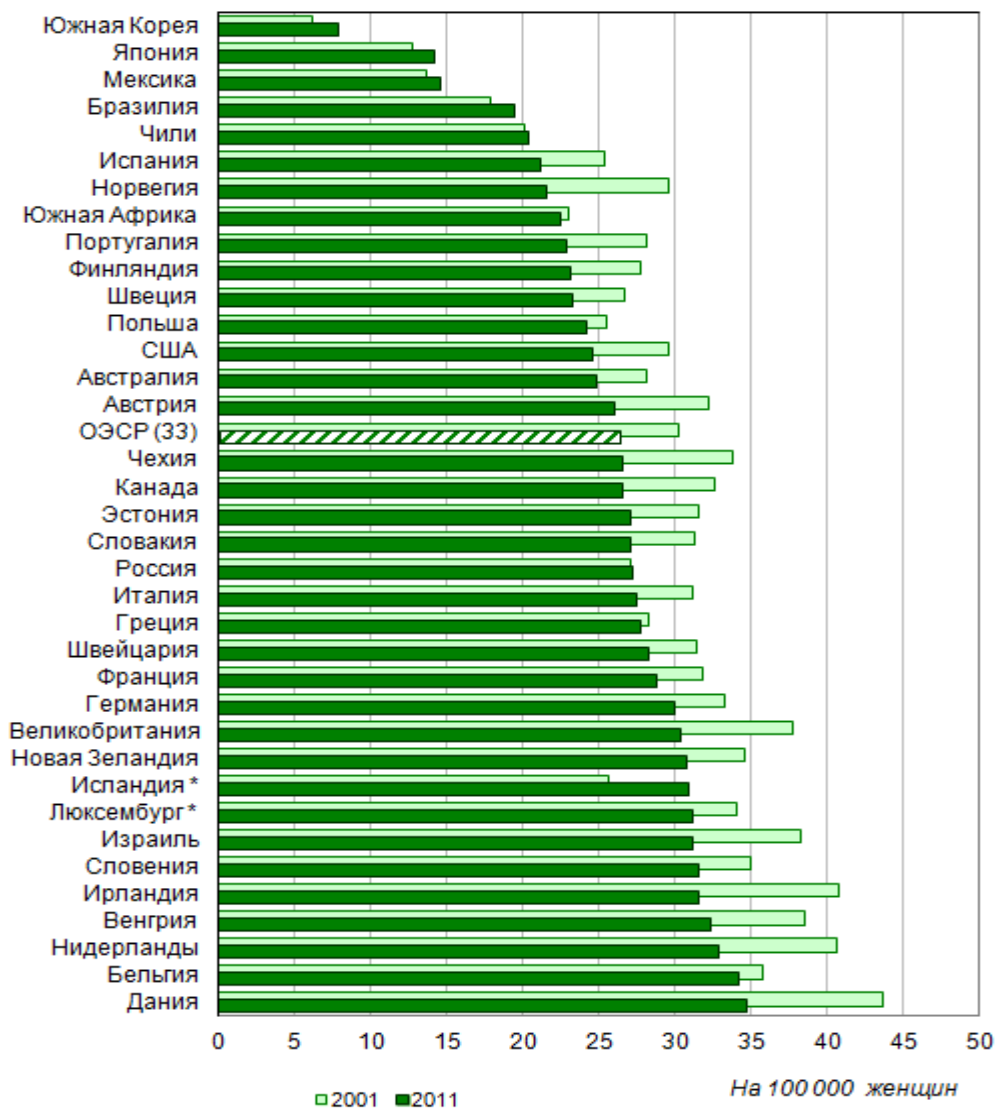


Рисунок 18. Стандартизированные коэффициенты смертности от рака молочной железы в странах ОЭСР, 2001 и 2011 (или близкие к ним) годы, на 100 тысяч женщин

* Среднее значение за три года

Источник: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en> Version 1 - Last updated: 31-Oct-2013.

Рак прямой кишки занимает третье место среди впервые диагностированных новообразований после рака легкого и молочной железы. Ежегодно регистрируется около 1,2 миллиона новых случаев заболевания. Уровень заболеваемости мужчин заметно выше, чем женщин. Факторами риска, повышающими вероятность заболеть раком прямой кишки, являются возраст, наличие полипов, язвенного колита, диета с высоким содержанием жиров и наследственность. Заболевание особенно широко распространено в США и Европе, но довольно редко в Азии. Однако в странах, перенявших западный тип питания, например, в Японии, заболеваемость раком прямой кишки растет.

Вслед за программами скрининга рака молочной железы и шейки матки более доступным становится скрининг рака прямой кишки. Все большее число стран вводят бесплатный скрининг для людей в возрасте от 50 до 69 лет (проба на скрытую кровь в кале, колоно- и сигмоскопия).

Успехи в диагностике и лечении рака прямой кишки повысили выживаемость пациентов за последнее десятилетие (рис. 19). В среднем по ОЭСР выживаемость в течение пяти лет после установления диагноза увеличилась с 58,0% в 2001-2006 годах до 61,3% в 2006-2011 годах. В Южной Корее, Японии, Израиле и Австралии выживаемость превышает 65%. В Польше и Чехии она самая низкая среди стран ОЭСР, хотя и увеличилась довольно значительно - соответственно, с 42,5 до 47,7% и с 48,2 до 53,4%.

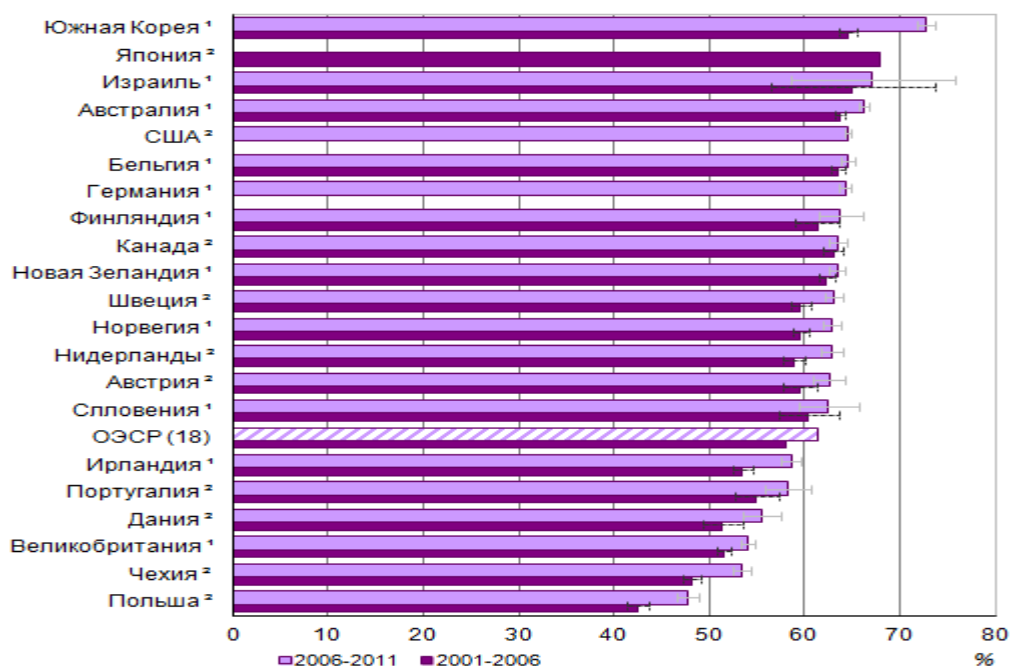


Рисунок 19. Стандартизованные коэффициенты выживаемости в пятилетний период после постановки диагноза рака прямой кишки в странах ОЭСР, 2001-2006 и 2006-2011 (или близкие к ним) годы, % (отмечены планки погрешности для 95-процентного доверительного интервала)

1 – для календарного периода. 2 – для реальных поколений * среднее значение за три года

Источник: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en> Version 1 - Last updated: 31-Oct-2013.

Повышение выживаемость после постановки диагноза рака прямой кишки отмечалось как среди женщин, так и среди мужчин. Во всех странах ОЭСР, кроме Южной Кореи и Японии, выживаемость в пятилетний период заметно выше у женщин (рис. 20). Наиболее значительные различия по полу отмечаются в Словении (58,9% у мужчин, 67,2% у женщин), а также в Дании и Финляндии.

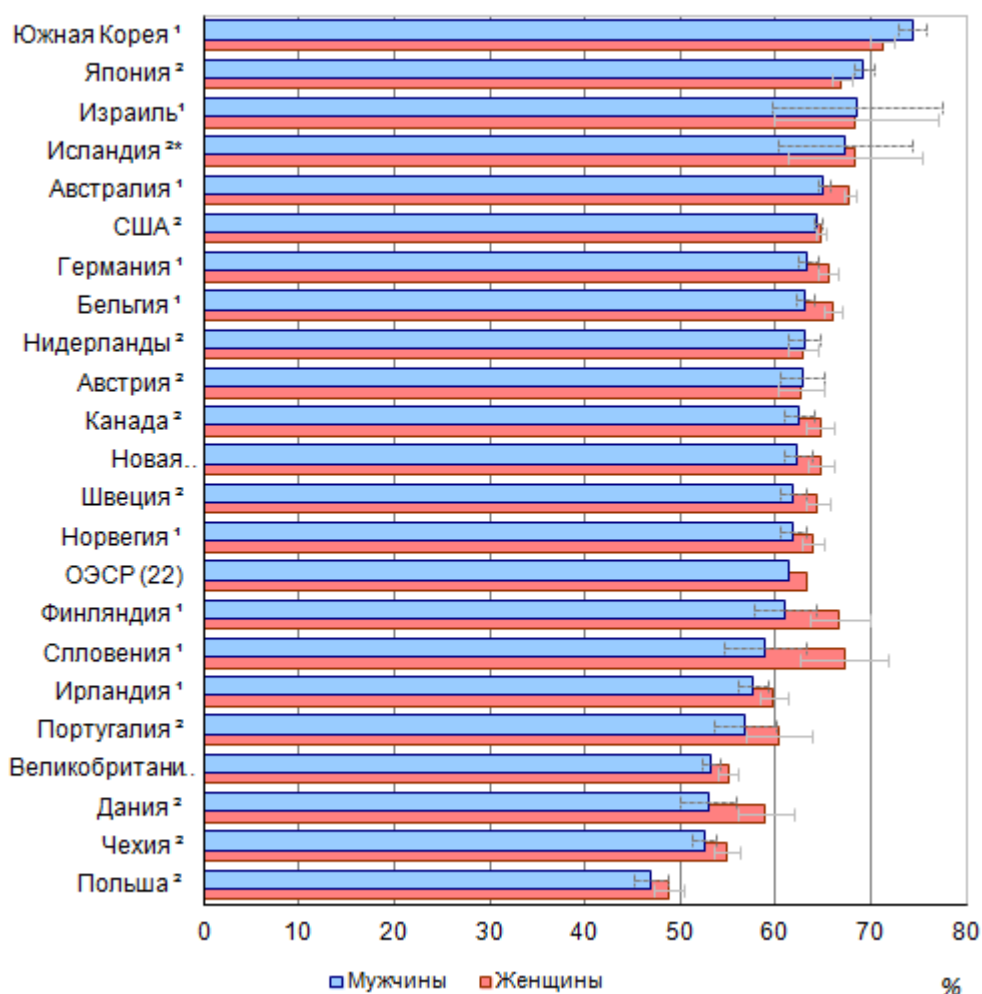


Рисунок 20. Стандартизованные коэффициенты выживаемости мужчин и женщин в пятилетний период после постановки диагноза рака прямой кишки в странах ОЭСР, 2006-2011 (или близкие к ним) годы, % (отмечены планки погрешности для 95-процентного доверительного интервала)

1 – для календарного периода. 2 – для реальных поколений * среднее значение за три года

Источник: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en> Version 1 - Last updated: 31-Oct-2013.

В большинстве стран ОЭСР смертность от рака прямой кишки снижается. В среднем по ОЭСР она снизилась с 28,3 на 100 тысяч человек в 2011 году до 25,0 в 2011 году (рис. 21). Особенно

значительно сокращение смертности от рака прямой кишки наблюдалось в Австралии, Чехии и Австрии. Исключение составляют Бразилия и Южная Корея, где смертность от рака прямой кишки выросла почти на 20%.

В странах Центральной и восточной Европы коэффициенты смертности, как правило, выше, чем в других странах ОЭСР. Несмотря на снижение в Венгрии и Словакии, они по-прежнему выделяются самыми высокими коэффициентами смертности от рака прямой кишки.

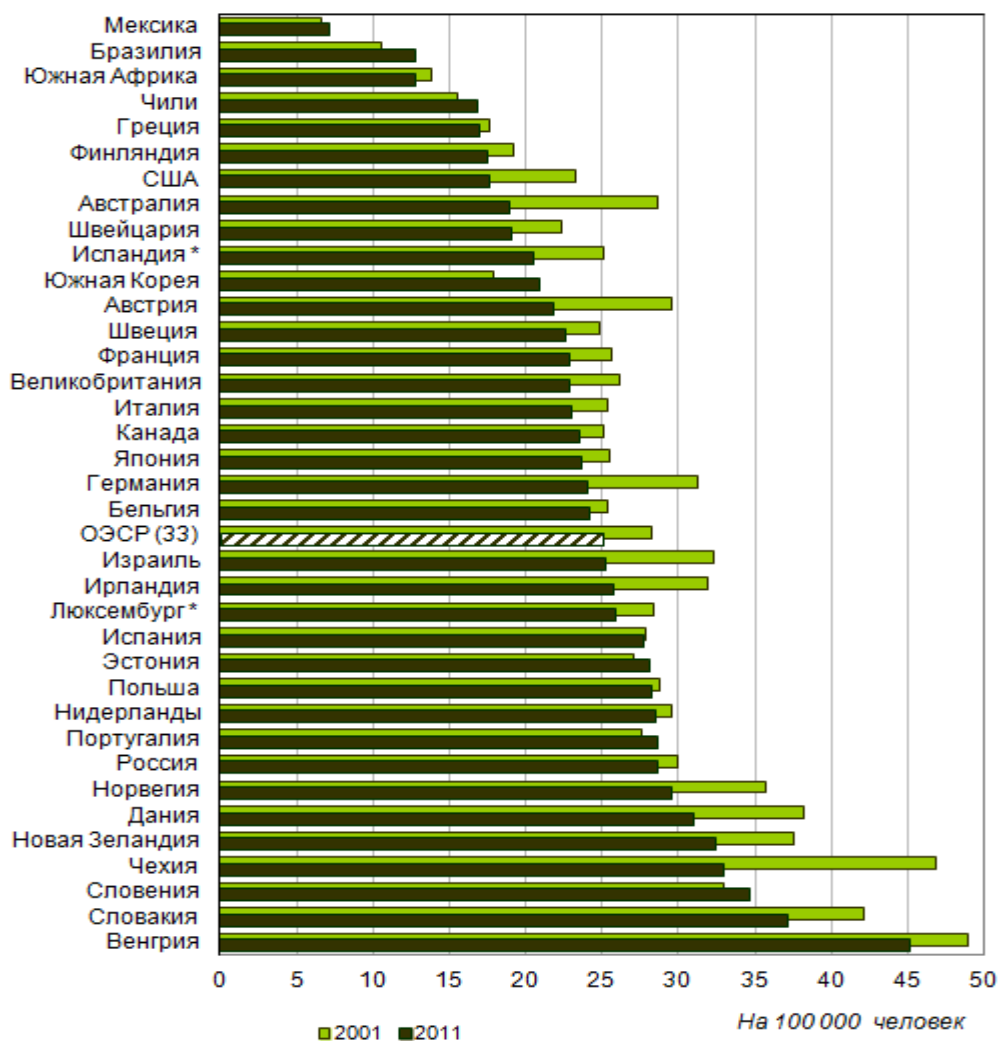


Рисунок 21. Стандартизированные коэффициенты смертности от рака прямой кишки в странах ОЭСР, 2001 и 2011 (или близкие к ним) годы, на 100 тысяч человек

* Среднее за три года

Источник: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en> Version 1 - Last updated: 31-Oct-2013.

Распространенность профилактики и ранней диагностики рака различается по социальным группам

Поскольку в странах ОЭСР новообразования являются второй основной причиной смерти (26% от общего числа умерших в 2011 году), а раннее выявление рака молочной железы, шейки матки и прямой кишки с помощью скрининговых программ и своевременно начатое адекватное лечение существенно повышают выживаемость пациентов, во многих из них прилагаются значительные усилия по расширению охвата населения скринингом. Однако до сих пор он далек от полного в целевых группах, причем и профилактика, и ранняя диагностика рака в разной степени распространена в различных социально-экономических группах.

Даже в тех странах, где практика скрининга раковых заболеваний стала обычной, женщины из групп населения с низкими доходами в целом реже подвергаются обследованию, направленным на выявление рака шейки матки (рис. 22) и рака молочной железы (рис. 23). Различия в охвате скринингом рака шейки матки в зависимости от уровня доходов довольно значительны в 15 из 16 обследованных стран. Однако различия в скрининге рака молочной железы в зависимости от уровня доходов существенны в относительно небольшом числе стран (Бельгии, Канада, Эстонии, Франции, Польше и США).

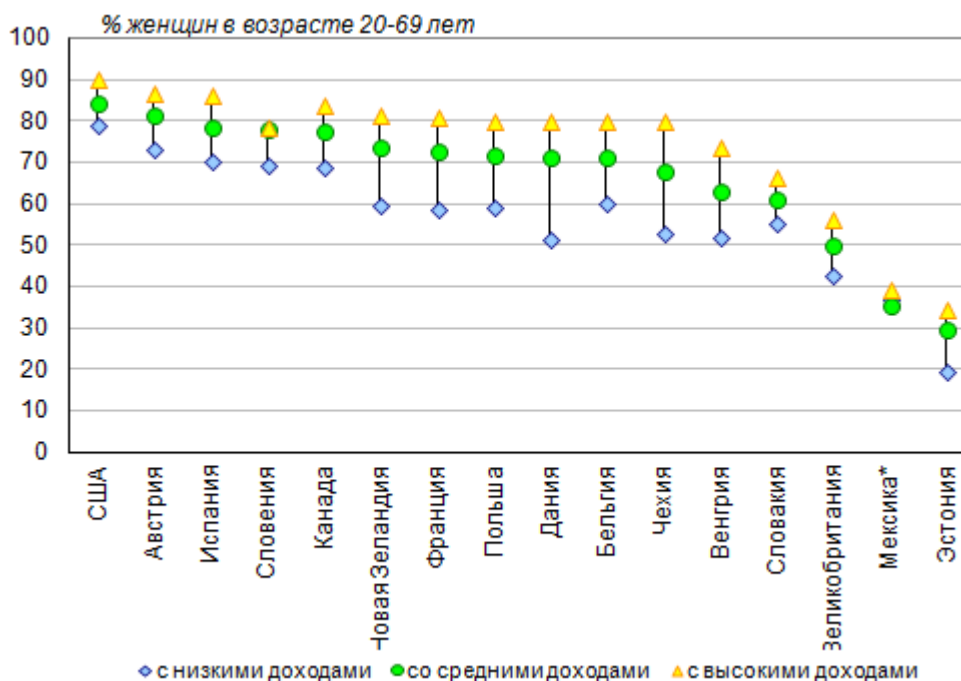


Рисунок 22. Скрининг рака шейки матки в странах ОЭСР в группах с разными доходами, 2009 (или близкий к нему) год, % женщин в возрасте 20-69 лет прошедших скрининг в течение последних трех лет*

* в последние 12 месяцев

Источник: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en> Version 1 - Last updated: 31-Oct-2013.

В США женщины с низкими доходами, не имеющие страховки или пользующиеся страховкой *Medicaid* (покрывающей расходы на медицинское обслуживание для бедных, инвалидов и обедневших стариков) или женщины с низким уровнем образования гораздо реже проходят маммографию и тест РАР мазка. Подтверждением выявленной тенденции может служить также тот факт, что в европейских странах женщины с более высоким социально-экономическим статусом, напротив, чаще проходят эти тесты. При этом следует отметить, что эти обследования бесплатны или не очень дороги (примерно как стоимость консультации у врача).

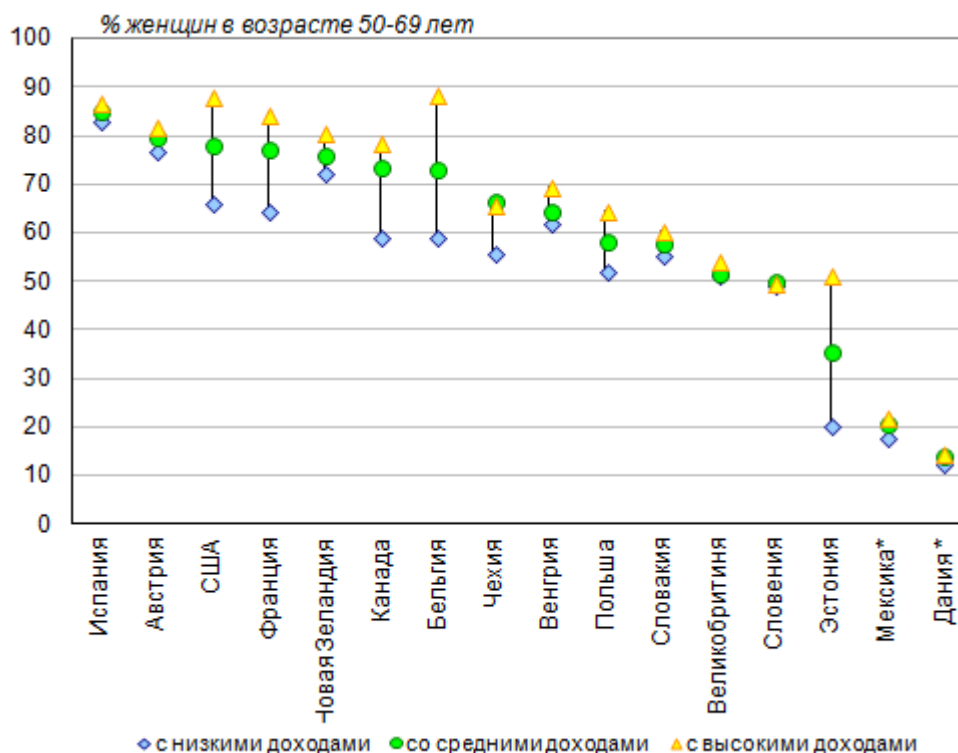


Рисунок 23. Скрининг рака груди (маммография) в странах ОЭСР в группах с разными доходами, 2009 (или близкий к ним) год, % женщин в возрасте 50-69 лет прошедших маммографию в течение последних двух лет*

* в последние 12 месяцев

Источник: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en> Version 1 - Last updated: 31-Oct-2013.

Значительные различия в охвате скринингом рака прямой кишки населения в возрасте 50-75 лет наблюдаются в зависимости от уровня образования. В среднем, среди 10 обследованных стран в рамках Европейского интервью о здоровье (Бельгия, Венгрия, Греция, Испания, Польша, Словакия, Словения, Франция, Чехия, Турция) в скрининге рака прямой кишки хотя бы один раз участвовали 22% людей с высшим образованием и лишь 14% людей с низким уровнем образования. Наибольшие различия по уровню образования наблюдались в Чехии, наименьшие – во Франции, хотя именно эти две страны раньше других наладили систему скрининга рака прямой кишки.

Источники:

Organization for Economic Co-Operation and Development – www.oecd.org

Health At A Glance 2013: OECD Indicators – http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en

Cancer Care. Assuring Quality to Improve Survival - <http://dx.doi.org/10.1787/9789264181052-en> ;

FOCUS ON HEALTH. Cancer Care: Assuring quality to improve survival. November 2013 - www.oecd.org/health/health-systems/cancer-care.htm

¹ 194 страны – члены ВОЗ группируются для аналитических целей в зависимости от уровней смертности и заболеваемости в 6 крупных регионах, которые несколько отличаются от привычных географических регионов.

К Американскому региону ВОЗ отнесены все страны Северной и Южной Америки и Карибского бассейна.

В Европейский регион ВОЗ, помимо всех европейских стран, входят Турция, страны Закавказья (Азербайджан, Армения, Грузия) и Средней Азии (Казахстан, Киргизия, Таджикистан, Туркменистан, Узбекистан).

В Восточно-Средиземноморский регион ВОЗ входят Афганистан, Бахрейн, Джибути, Египет, Ирак, Иран, Иордания, Йемен, Кувейт, Ливан, Ливия, Марокко, Оман, Пакистан, Катар, Саудовская Аравия, Сомали, Судан, Сирия, Тунис, ОАЭ, а в Африканский регион ВОЗ - все остальные африканские страны, кроме вошедших в Восточно-Средиземноморский регион.

К Западно-Тихоокеанскому региону ВОЗ отнесены Австралия, Бруней, Вануату, Вьетнам, Камбоджа, Кирибати, Китай, Лаос, Малайзия, Маршалловы о-ва, Микронезия, Монголия, Науру, Ниуэ, Новая Зеландия, о-ва Кука, Палау, Папуа-Новая Гвинея, Самоа, Сингапур, Соломоновы о-ва, Таиланд, Тонга, Тувалу, Фиджи, Филиппины, Южная Корея, Япония.

В регион Юго-Восточной Азии входят Бангладеш, Бутан, Мьянма, Шри-Ланка, Индия, Индонезия, КНДР, Мальдивы, Непал, Тимор-Лесте.

² Охват скринингом показывают долю женщин из целевых групп, подлежащих тесту и реально проходящих его. Некоторые страны оценивают его на основе обследований (возможен повторный счет), другие - на основе имеющихся данных о реализации программы.