

<https://doi.org/10.32921/2225-9929-2022-3-48-17-22>УДК 616-036.22; 616-006
МРНТИ 76.33.43; 76.29.49

Original article

Оценка изменений показателей онкологической службы при раке гортаноглотки в Казахстане

Ахмедин Д. ¹, Макишев А. ², Тельманова Ж. ³, Касенова Д. ⁴, Кулаев К. ⁵, Ажетова Ж. ⁶,
Орозбаев С. ⁷, Игисинова Г. ⁸, Билялова З. ⁹, Игиссинов Н. ¹⁰

¹ Ассистент кафедры онкологии, Медицинский университет Астана, Казахстан. E-mail: darhan_ah@mail.ru

² Профессор и заведующий кафедрой онкологии, Медицинский университет Астана, Казахстан.
E-mail: makishev.a@amu.ru

³ Интерн факультета Общей врачебной практики, Медицинский университет Астана, Казахстан. E-mail: telmanova.zhansaya@gmail.com

⁴ Доцент кафедры ЛОР болезней, Медицинский университет Астана, Казахстан. E-mail: dinara.lor.kz@gmail.com

⁵ Доцент кафедры общей врачебной практики № 1, Международный Казахско-Турецкий университет имени Ходжи Ахмета Ясави, Шымкент, Казахстан. E-mail: kulaev_k_t@mail.ru

⁶ Доцент кафедры акушерства и гинекологии, Медицинский университет Астана, Казахстан.
E-mail: azhetova@mail.ru

⁷ Доцент кафедры хирургических болезней с курсами кардиоторакальной хирургии и ЧЛХ, Медицинский университет Астана, Казахстан. E-mail: orazbaev_s.t@mail.ru

⁸ Доцент кафедры онкологии, Казахский национальный университет им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Казахстан.
E-mail: gulnurs@list.ru

⁹ Главный научный сотрудник Central Asian Institute for Medical Research, Астана, Казахстан.
E-mail: z.bilyalova@gmail.com

¹⁰ Профессор кафедры хирургических болезней с курсами кардиоторакальной хирургии и ЧЛХ, Медицинский университет Астана, Казахстан. E-mail: n.igissinov@gmail.com

Резюме

По прогнозам Международного агентства по изучению рака в 2040 году прогнозируется около 127 тысяч новых случаев рака гортаноглотки (РГГ) и ожидается, что около 60 тысяч человек погибнут от данной патологии.

Цель исследования: оценить некоторые показатели онкологической службы при раке гортаноглотки в Казахстане за 2017-2021 гг.

Методы. Материалом исследования послужили данные Министерства здравоохранения Республики Казахстан – годовая форма № 7 и 35, касающиеся РГГ (МКБ 10 – C12, C13, C14) за 2017-2021 гг. – заболеваемость, смертность, ранняя диагностика, запущенность, морфологическая верификация. В качестве основного метода использовалось ретроспективное исследование с применением дескриптивных и аналитических методов медико-биологической статистики.

Результаты. За 2017–2021 гг. в республике было впервые зарегистрировано 802 новых случаев РГГ и 477 смертей от данной патологии. Среднегодовой грубый показатель заболеваемости РГГ составил $0,87 \pm 0,02 \text{‰}$ (95% ДИ=0,82-0,91) и в динамике снизился с $0,90 \pm 0,07 \text{‰}$ (2017 г.) до $0,86 \pm 0,07 \text{‰}$ в 2021 году, различие не было статистически значимым ($p > 0,05$). В динамике показатели смертности от РГГ имели тенденцию к росту с $0,48 \pm 0,05 \text{‰}$ (2017 г.) до $0,53 \pm 0,05 \text{‰}$ в 2021 году ($p > 0,05$), а среднегодовой грубый показатель смертности от РГГ составил $0,52 \pm 0,02 \text{‰}$ (95% ДИ=0,47-0,56). Показатели ранней диагностики (удельный вес больных с I–II стадией) снизились с 27,2% (2017 г.) до 22,7% в 2021 году, увеличился удельный вес больных с III стадией (с 60,5% до 62,6%) и IV стадией (с 12,3% до 14,7%) за изучаемые годы. Показатели морфологической верификации при РГГ были достаточно высокими и за изучаемые годы улучшились с 96,9% до 98,2%.

Выводы. В результате анализа показателей онкологической службы при РГГ установлено снижение показателей заболеваемости, рост запущенности и показателей смертности, на что несомненно должны обратить внимание менеджеры здравоохранения и учитывать при организации целенаправленных противораковых мероприятий.

Ключевые слова: рак гортаноглотки, заболеваемость, смертность, ранняя диагностика, запущенность, морфологическая верификация.

Corresponding author: Nurbek Igissinov – Doctor of Medical Sciences, Head of Central Asian Institute for Medical Research, Astana, Kazakhstan; Prof. of the Department of Surgical Diseases with courses of Cardiothoracic and maxillofacial surgery, Astana Medical University; Vice President of the Eurasian Institute for Cancer Research, Bishkek, the Kyrgyz Republic.
Postal code: 010000
Address: Kazakhstan, Astana, Beybitshilik str., 49a
Phone: +77024293421
E-mail: n.igissinov@gmail.com.

J Health Dev 2022; 3 (48): 17-22
Received: 05-06-2022
Accepted: 17-06-2022



This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

Введение

По прогнозам Международного агентства по изучению рака в 2040 году прогнозируется около 127 тысяч новых случаев рака гортаноглотки (РГГ) и ожидается, что около 60 тысяч человек погибнут от данной патологии. РГГ составляет 30-40% злокачественных новообразований головы и шеи, и это наиболее распространенное злокачественное новообразование в отоларингологии. Во всем мире РГГ ежегодно регистрируется у 184 615 человек, что соответствует 1,1% всех случаев рака, и 99 840 смертей, что составляет 1% всех смертей, связанных с раком [2]. Большая доля пациентов с РГГ (78,1%) являются жителями Евразии, а 56,5% всех случаев РГГ приходится на азиатов [2].

По данным Американского онкологического общества, основными факторами риска развития РГГ являются: употребление табака, чрезмерное употребление алкоголя, желудочно-пищеводный рефлекс, синдром Пламмера-Винсона, анатомические аномалии, воздействие тепла, химических веществ, асбеста, никеля или ионизирующего излучения, а также некоторые вирусные инфекции (вирус папилломы человека) [3]. Очевидно, что табак является наиболее важным фактором риска развития РГГ. В исследовании, проведенном в Соединенных Штатах, Лорте-Тийен и соавт. установлено, что в большинстве штатов около трети случаев смерти от рака у мужчин и четверть у женщин связаны с курением сигарет [4]. Обычно считается, что риск связан с продолжительностью воздействия этой привычки, а также с общей дозой потребления табака. На сегодняшний день имеются убедительные доказательства того, что курение сигарет коррелирует примерно с семикратным увеличением риска развития РГГ [5]. ГЭРБ – это распространенное желудочно-кишечное расстройство. Имеются доказательства связи между ГЭРБ и раком головы

и шеи, в частности РГГ. В настоящее время изучение протоколов скрининга рака головы и шеи у пациентов с ГЭРБ может положительно влиять на выявления РГГ [6]. В большинстве рассмотренных исследований у пациентов, страдающих ГЭРБ, вероятность диагностирования РГГ была в 2,37 раза выше [7].

Большинство случаев РГГ выявляется на поздней стадии, что требует инвазивного лечения (например, полной ларингэктомии), что снижает качество жизни пациентов, включая потерю речи или трудности с глотанием после операции [8,9]. Хотя раннее выявление рака дает наилучший прогноз, эффективной программы массового скрининга РГГ, в отличие от рака желудочно-кишечного тракта, не существует [10,11].

Недавние исследования показали, что эндоскопия с узкополосной визуализацией полезна для выявления поверхностного РГГ [12,13]. Более того, достижения в эндоскопическом лечении в последние годы, такие как эндоскопическая резекция слизистой оболочки, эндоскопическая подслизистая диссекция и эндоскопическая хирургия гортани, позволили проводить менее инвазивное лечение ранних стадии рака [14]. Следовательно, гастроэнтерологи стали проводить наблюдение за гортанью с помощью регулярной эзофагогастродуоденоскопии с узкополосной визуализацией для пациентов с высоким риском, особенно с плоскоклеточным раком пищевода [15]. Однако наблюдение за областью гортани затруднено из-за глоточных рефлексов, таких как кашель и рвота, и анатомической сложности.

Цель исследования: оценить некоторые показатели онкологической службы при РГГ в Казахстане за 2017-2021 годы.

Материалы и методы

Материалом исследования послужили данные Министерство здравоохранения Республики Казахстан – годовая форма №7 и 35, касающиеся РГГ (МКБ 10 – C12, C13, C14) за 2017-2021 гг. – заболеваемость, смертность, ранняя диагностика, запущенность, морфологическая верификация.

В качестве основного метода использовалось ретроспективное исследование с применением дескриптивных и аналитических методов медико-

биологической статистики.

По общепринятым методам медико-биологической статистики [16-18] вычислены экстенсивные и интенсивные показатели. Определены среднее значение (М), средняя ошибка (m), 95% доверительный интервал (95% ДИ) и среднегодовые темпы прироста/убыли (Тпр/уб, %).

Результаты

За 2017-2021 гг. в Республике Казахстан было впервые зарегистрировано 802 новых случаев РГГ и 477 человек умерли от данной болезни.

Среднегодовой грубый показатель заболеваемости РГГ составил $0,87 \pm 0,02 \text{‰}_{0000}$ (95% ДИ=0,82-0,91) и в динамике снижается с $0,90 \pm 0,07 \text{‰}_{0000}$ (2017 г.) до $0,86 \pm 0,07 \text{‰}_{0000}$ в 2021 году, различие было статистическим не значимым ($p > 0,05$). В динамике показатели смертности от РГГ имели тенденцию к снижению с $0,48 \pm 0,05 \text{‰}_{0000}$ (2017 г.) до $0,53 \pm 0,05 \text{‰}_{0000}$ в 2021 году, а среднегодовой грубый показатель смертности составил $0,52 \pm 0,02 \text{‰}_{0000}$ (95% ДИ=0,47-0,56).

Тренды выравненных грубых показателей заболеваемости и смертности от РМЖ в Казахстане представлены на рисунке 1.

Установлено, что среднегодовой темп убыли выравненных показателей заболеваемости, составил $T_{уб} = -1,43\%$, а среднегодовой темп прироста при смертности был $T_{пр} = +0,20\%$ (рисунок 1).

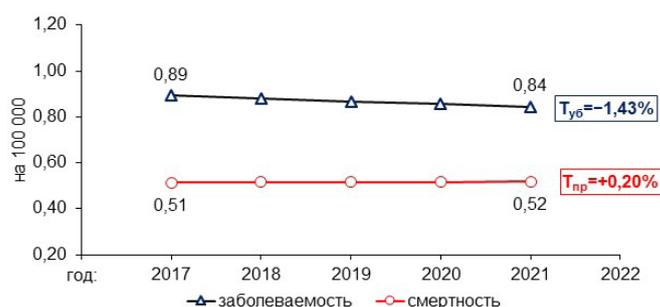


Рисунок 1 - Тренды выравненных показателей заболеваемости и смертности от РГГ в Казахстане за 2017-2021 гг.

Тренды выравненных показателей заболеваемости по стадиям показывают на рост заболеваемости РГГ с I–II стадией и снижение заболеваемости с III и IV стадиями (рисунок 2).

При этом установленные темпы убыли и прироста были выражены при заболеваемости I–II ($T_{уб} = -6,14\%$) и IV ($T_{пр} = +2,53\%$) стадиями соответственно (рисунок 2).

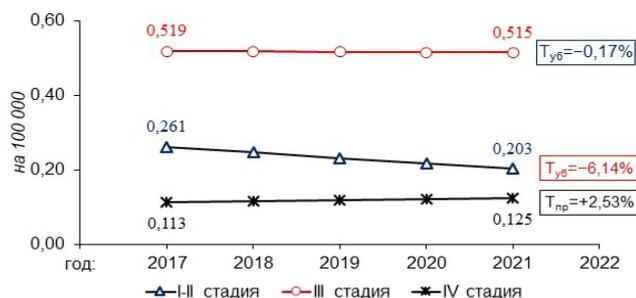


Рисунок 2 - Тренды выравненных показателей заболеваемости РГГ с учетом стадии заболевания в Казахстане за 2017-2021 гг.

В динамике удельный вес больных РГГ на I–II стадиях снизился с 27,2% в 2017 году до 22,7% в 2021 году (рисунок 3), при этом среднегодовой темп убыли выравненного показателя составил $T_{уб} = -4,67\%$.

среднегодовой темп прироста при выравнении составил $T_{пр} = +1,27\%$.

Удельный вес больных с III стадией заболевания вырос с 60,5% (2017 г.) до 62,6% в 2021 году (рисунок 3), а

В динамике удельный вес РГГ с IV стадией вырос с 12,3% (2017 г.) до 14,7% в 2021 году (рисунок 3), а среднегодовой темп прироста при выравнении составил $T_{пр} = +3,85\%$.



Рисунок 3 - Динамика показателей ранней диагностики (I–II стадия) и запущенности (III и IV стадия) при РГГ в Казахстане за 2017-2021 гг.

Показатели морфологической верификации при РГГ за изучаемый период имели тенденцию к незначительному

росту с 96,9% в 2009 году до 98,2% в 2018 году (рисунок 4).

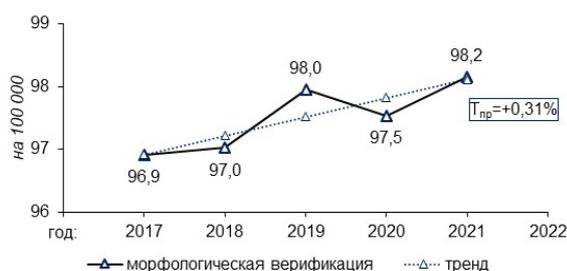


Рисунок 4 - Динамика показателей морфологической верификации при РГГ в Казахстане за 2017-2021 гг.

Обсуждение

РГГ характеризуется агрессивным течением и диффузным местным распространением, ранним регионарным метастазированием и относительно высокой частотой отдаленных метастазов. Примерно в 80–85% случаев диагноз ставится на III–IV стадиях заболевания. На этот момент более 50% пациентов имеют клинически выявляемые метастазы в шейных лимфатических узлах, 17% пациентов имеют отдаленные метастазы [19]. Оценивая полученные данные, важно отметить, что в Казахстане наблюдается снижение показателей заболеваемости, рост запущенности и показателей смертности от РГГ. Выявлена обратная связь показателей заболеваемости и смертности,

что дает основание предполагать о снижении доступности медицинской помощи населению и несовершенстве первичного учета заболеваний.

В последние десятилетия было проведено множество исследований по разработке метода органосохраняющего лечения, позволяющего избежать ларингэктомии и тем самым улучшить качество жизни пациентов.

К сожалению, при этом не удается достичь повышения общей выживаемости, а токсичность лечения сохраняется на достаточно высоком уровне. Одной из основных задач снижения бремени РГГ является более раннее выявление. Вторичная профилактика РГГ фокусируется на двух целях: выявлении лиц высокого риска и методах скрининга [20].

Наряду с изменениями в медицинском страховании, более целенаправленные социальные и образовательные

Выводы

1. В Республике Казахстан за изучаемые годы было зарегистрировано 802 пациента с впервые в жизни установленным диагнозом РГГ. При этом прослеживается негативная тенденция снижения ранней выявляемости РГГ с I–II стадией, и соответственно рост удельного веса больных с III–IV стадией. Так, количество больных диагностированных с I–II стадией РГГ снизилось на 15,9% и выросло количество больных с III стадией заболевания на 4,1% и с IV стадией на 20,0%.

2. Заболеваемость РГГ на 100 тыс. населения за 5 лет снизилась на 5,6%. Необходимо отметить, что заболеваемость РГГ I стадией снизилась при выравнивании на 22,4%, а заболеваемость IV стадией выросла на 10,5%.

3. За 2017–2021 гг. абсолютное число лиц умерших от РГГ в Казахстане увеличилось на 16,1%. Показатель смертности от РМЖ на 100 тыс. населения за изучаемые годы остается практически на одном уровне с некоторой тенденцией к росту при выравнивании (+0,81%).

Литература

1. *Global Cancer Observatory: Cancer Today*. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Website. [Cited 10 Aug 2022]. Available from URL: <https://gco.iarc.fr/today/home>
2. *Global Cancer Observatory: Cancer Tomorrow*. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Website. [Cited 10 Aug 2022]. Available from URL: <https://gco.iarc.fr/tomorrow/en>
3. *Cancer Facts and Figures 2019*. American Cancer Society. Electronic resource [Cited 20 Aug 2022]. Available from URL: <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2019/cancer-facts-and-figures-2019.pdf>.
4. Lortet-Tieulent J., Goding Sauer A., Siegel R.L., Miller K.D. et al. State-Level Cancer Mortality Attributable to Cigarette Smoking in the United States. *JAMA Intern Med*. 2016; 176(12): 1792-1798. [Crossref].
5. Zuo J.J., Tao Z.Z., Chen C., Hu Z.W. et al. Characteristics of cigarette smoking without alcohol consumption and laryngeal cancer: overall and time-risk relation. A meta-analysis of observational studies. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2017; 274(3): 1617-1631. [Crossref].
6. Eells A.C., Mackintosh C., Marks L., Marino M.J. Gastroesophageal reflux disease and head and neck cancers: A systematic review and meta-analysis. *Am J Otolaryngol*. 2020; 41(6): 102653. [Crossref].
7. Parsel S.M., Wu E.L., Riley C.A., McCoull E.D. Gastroesophageal and Laryngopharyngeal Reflux Associated With Laryngeal Malignancy: A Systematic Review and Meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2019; 17(7): 1253-1264.e5. [Crossref].
8. Siegel R.L., Miller K.D., Jemal A. *Cancer statistics, 2016*. *CA Cancer J Clin*. 2016; 66(1): 7-30. [Crossref].
9. Ferlay J., Soerjomataram I., Dikshit R., Eser S. et al. *Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012*. *Int J Cancer*. 2015; 136(5): E359-E386. [Crossref].
10. Hamashima C., Shabana M., Okada K., Okamoto M. et al. Mortality reduction from gastric cancer by endoscopic and radiographic screening. *Cancer Sci*. 2015; 106(12): 1744-1749. [Crossref].
11. Shaikat A., Mongin S.J., Geisser M.S., Lederle F.A. et al. Long-term mortality after screening for colorectal cancer. *N Engl J Med*. 2013; 369: 1106-1114. [Crossref].
12. Nonaka S., Saito Y. Endoscopic diagnosis of pharyngeal carcinoma by NBI. *Endoscopy*. 2008; 40(4): 347-351. [Crossref].
13. Muto M., Minashi K., Yano T., Saito Y. et al. Early detection of superficial squamous cell carcinoma in the head and neck region and esophagus by narrow band imaging: a multicenter randomized controlled trial. *J Clin Oncol*. 2010; 28(9): 1566-1572. [Crossref].
14. Satake H., Yano T., Muto M., Minashi K. et al. Clinical outcome after endoscopic resection for superficial pharyngeal squamous cell carcinoma invading the subepithelial layer. *Endoscopy*. 2015; 47(1): 11-18. [Crossref].
15. Matsubara T., Yamada K., Nakagawa A. Risk of second primary malignancy after esophagectomy for squamous cell carcinoma of the thoracic esophagus. *J Clin Oncol*. 2003; 21(23): 4336-4341. [Crossref].
16. Мерков А.М., Поляков Л.Е. *Санитарная статистика / Пособие для врачей*. – Ленинград. – 1974. – С. 384. [Google Scholar].
17. Merkov A.M., Poliakov L.E. *Sanitarnaya statistika (Health statistics) [in Russian]. Posobie dlia vrachei*. – Leningrad. 1974; 384. [Google Scholar].
18. Glanc S. *Biomedical statistics. Practice*. 1999; 460.
19. Silva I.S. *Cancer epidemiology: principles and methods*. Lyon. IARC. 1999; 442 p. [Google Scholar].
20. Spector J.G., Sessions D.G., Haughey B.H., Clifford Chao K.S. et al. Delayed regional metastases, distant metastases, and second primary malignancies in squamous cell carcinomas of the larynx and hypopharynx. *Laryngoscope*. 2001; 111(6): 1079–87. [Crossref].
21. Hashim D., Genden E., Posner M., Hashibe M. et al. Head and neck cancer prevention: from primary prevention to impact of clinicians on reducing burden. *Ann Oncol*. 2019; 30(5): 744-756. [Crossref].

программы, направленные на профилактику и скрининг, могут стать многообещающим способом ликвидации РГГ.

Следует поддерживать здоровый вес тела, физическую активность, придерживаться здорового питания и избегать или ограничивать потребление алкоголя, чтобы снизить риск развития рака.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Благодарность. Авторы благодарны Министерству здравоохранения Республики Казахстан за данные, предоставленные для текущего исследования.

Финансирование. Исследование не было профинансировано.

Вклад авторов. Н.И., А.М., Г.И. – концептуализация, редактирование; Д.А., Ж.Т., С.О. – сбор и анализ данных, написание черновой версии; Д.К., З.Б., А.М. – редактирование; Ж.А., К.К., Д.А. – сбор и обработка данных, написание.

Все авторы прочитали, согласились с окончательной версией рукописи и подписали форму передачи авторских прав.

Қазақстандағы көмей-жұтқыншақ обырына байланысты онкологиялық қызмет көрсеткіштерінің өзгерістерін бағалау

Ахмедин А.¹, Макишев А.², Тельманова Ж.³, Касенова Д.⁴, Кулаев К.⁵, Ажетова Ж.⁶, Орозбаев С.⁷, Игисина Г.⁸, Билялова З.⁹, Игисин Н.¹⁰

¹ Онкология кафедрасының ассистенті, Астана медицина университеті, Астана, Қазақстан.
E-mail: darhan_ah@mail.ru.

² Онкология кафедрасының профессоры және меңгерушісі, Астана медицина университеті, Астана, Қазақстан.
E-mail: makishev.a@amu.ru.

³ Жалпы дәрігерлік практика факультетінің интерні, Астана медицина университеті, Астана, Қазақстан.
E-mail: telmanova.zhansaya@gmail.com.

⁴ ЛОР аурулары кафедрасының доценті, Астана медицина университеті, Астана, Қазақстан.
E-mail: dinara.lor.kz@gmail.com.

⁵ №1 Жалпы дәрігерлік практика кафедрасының доценті, Халықаралық қазақ-түрік университеті, Шымкент, Қазақстан. E-mail: kulaev_k_t@mail.ru.

⁶ Акушерия және гинекология кафедрасының доценті, Астана медицина университеті, Астана, Қазақстан.
E-mail: azhetova@mail.ru.

⁷ Кардиоторакалды және жақ бет хирургиясы курстарымен хирургиялық аурулар кафедрасының доценті, Астана медицина университеті, Астана, Қазақстан. E-mail: orozbaev_s.t@mail.ru

⁸ Онкология кафедрасының доценті, С.Д. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті, Алматы, Қазақстан. E-mail: gulnurs@list.ru.

⁹ Central Asian Institute for Medical Research бас ғылыми қызметкері, Астана, Қазақстан.
E-mail: z.bilyalova@gmail.com

¹⁰ Кардиоторакалды және жақ бет хирургиясы курстарымен хирургиялық аурулар кафедрасының профессоры, Астана медицина университеті, Астана, Қазақстан. E-mail: n.igissinov@gmail.com

Түйіндеме

Қатерлі ісік ауруын зерттеу жөніндегі халықаралық агенттіктің болжамына сәйкес, 2040 жылы 127 мыңға жуық жаңа көмей-жұтқыншақ обыры (КЖО) болады деп болжануда және осы патологиядан 60 мыңға жуық адам қайтыс болады деп күтілуде.

Зерттеудің мақсаты. 2017-2021 жылдары Қазақстанда көмей жұтқыншақ обыры кезінде онкологиялық қызметтің кейбір көрсеткіштерін бағалау.

Әдістері. Зерттеу материалы Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің 2017-2021 жылдардағы КЖО (АХЖ 10 – С12, С13, С14) қатысты № 7 және 35 жылдық нысаны – сырқаттанушылық, өлім – жітім, ерте диагностика, қараусыздық, морфологиялық верификация деректері болды. Негізгі әдіс ретінде биомедициналық статистиканың сипаттамалық және аналитикалық әдістерін қолдана отырып, ретроспективті зерттеу жүргізілді.

Нәтижесі. 2017-2021 жылдары республикада алғаш рет КЖО-ның 802 жаңа жағдайы және осы патологиядан 477 өлім жағдайы тіркелді. КЖО сырқаттанушылығының орташа жылдық дерекі көрсеткіші $0,87 \pm 0,02 \text{‰}_{0000}$ (95% СА=0,82-0,91) құрады және динамикада $0,90 \pm 0,07 \text{‰}_{0000}$ (2017 ж.) бастап 2021 жылы $0,86 \pm 0,07 \text{‰}_{0000}$ дейін төмендеді, айырмашылық статистикалық маңызды болған жоқ ($p > 0,05$). Динамикада КЖО-дан болатын өлім-жітім көрсеткіштері 2021 жылы $0,48 \pm 0,05 \text{‰}_{0000}$ (2017 ж.) – ден $0,53 \pm 0,05 \text{‰}_{0000}$ –ға дейін өсу үрдісіне ие болды ($p > 0,05$), ал КЖО-дан болатын өлім-жітімнің орташа жылдық дерекі көрсеткіші $0,52 \pm 0,02 \text{‰}_{0000}$ (95% СА=0,47-0,56) құрады. Ерте диагностика көрсеткіштері (I-II сатысы бар науқастардың үлес салмағы) 2021 жылы 27,2% - дан (2017 ж.) 22,7% - ға дейін төмендеді, зерттелген жылдары III сатыдағы (60,5% - дан 62,6% - ға дейін) және IV сатыдағы (12,3% - дан 14,7% - ға дейін) науқастардың үлес салмағы ұлғайды. КЖО кезінде морфологиялық верификация көрсеткіштері айтарлықтай жоғары болды және зерттелген жылдар ішінде 96,9% - дан 98,2% - ға дейін жақсарды.

Қорытынды. КЖО кезіндегі онкологиялық қызметтің көрсеткіштерін талдау нәтижесінде сырқаттанушылық көрсеткіштерінің төмендеуі, қараусыздық пен өлім-жітім көрсеткіштерінің өсуі анықталды. Денсаулық сақтау менеджерлері бұған сөзсіз назар аударуы керек және қатерлі ісікке қарсы мақсатты іс-шараларды ұйымдастыру кезінде осыны ескеруі керек.

Түйін сөздер: көмей-жұтқыншақ обыры, сырқаттанушылық, өлім-жітім, ерте диагностика, қараусыздық, морфологиялық растау.

Evaluation of Changes in Indicators of Oncological Service for Laryngopharyngeal Cancer in Kazakhstan

Darkhan Ahmedin¹, Abay Makishev², Zhansaya Telmanova³, Dinara Kassenova⁴, Kuanish Kulayev⁵, Zhanerke Azhetova⁶, Serikbay Orozbaev⁷, Gulnur Igissinova⁸, Zarina Bilalova⁹, Nurbek Igissinov¹⁰

¹ Assistant of the Department of Oncology, Astana Medical University, Astana, Kazakhstan. E-mail: darhan_ah@mail.ru

² Professor and Head of the Department of Oncology, Astana Medical University, Astana, Kazakhstan.
E-mail: makishev.a@amu.ru

³ Medical Intern of the Faculty of General Medical Practice, Astana Medical University, Astana, Kazakhstan.
E-mail: telmanova.zhansaya@gmail.com

⁴ Associate Professor of the Department of ENT Diseases, Astana Medical University, Astana, Kazakhstan.

E-mail: dinara.lor.kz@gmail.com

⁵ Associate Professor of the Department of General Medical Practice No. 1, Khoja Akhmet Yassawi International

Kazakh-Turkish University, Shymkent, Kazakhstan. E-mail: kulaev_k_t@mail.ru

⁶ Associate Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology, Astana Medical University, Astana, Kazakhstan.

E-mail: azhetova@mail.ru

⁷ Associate Professor of the Department of Surgical Diseases with courses of Cardiothoracic and maxillofacial surgery, Astana Medical University, Astana, Kazakhstan. E-mail: orazbaev_s.t@mail.ru

⁸ Associate Professor of the Department of Oncology, S.D. Asfendiyarov Kazakh National Medical University, Almaty,

Kazakhstan. E-mail: gulnurs@list.ru

⁹ Chief Researcher of the Central Asian Institute for Medical Research, Astana, Kazakhstan. E-mail: z.bilyalova@gmail.com

¹⁰ Professor of the Department of Surgical Diseases with courses of Cardiothoracic and maxillofacial surgery, Astana Medical University, Astana, Kazakhstan. E-mail: n.igissinov@gmail.com

Abstract

According to the forecasts of the International Agency for Research on Cancer in 2040, about 127 thousand new cases of laryngopharyngeal cancer (LFC) are predicted and it is expected that about 60 thousand people will die from this pathology.

Objective. Evaluation of some indicators of the oncological service for laryngopharyngeal cancer in Kazakhstan for 2017-2021.

Methods. The material of the study was the data of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan – annual Form No. 7 and 35 concerning LFC (ICD 10 – C12, C13, C14) for 2017-2021 – incidence, mortality, early diagnosis, neglect, morphological verification. A retrospective study using descriptive and analytical methods of biomedical statistics was used as the main method.

Results. For the period 2017-2021, 802 new cases of LFC and 477 deaths from this pathology were registered for the first time in the republic. The average annual crude incidence rate of LFC was 0.87 ± 0.02 ‰ (95% CI=0.82-0.91) and decreased in dynamics from 0.90 ± 0.07 ‰ (2017) to 0.86 ± 0.07 ‰ in 2021, the difference was not statistically significant ($p > 0.05$). In dynamics, mortality rates from LFC tended to increase from 0.48 ± 0.05 ‰ (2017) to 0.53 ± 0.05 ‰ in 2021 ($p > 0.05$), and the average annual crude mortality rate from LFC was 0.52 ± 0.02 ‰ (95% CI=0.47-0.56). Indicators of early diagnosis (the proportion of patients with stage I-II) decreased from 27.2% (2017) to 22.7% in 2021, the proportion of patients with stage III (from 60.5% to 62.6%) and stage IV (from 12.3% to 14.7%) increased over the years studied. The indicators of morphological verification at LFC were quite high and improved from 96.9% to 98.2% over the years studied.

Conclusion. As a result of the analysis of the indicators of the oncological service at LFC, a decrease in incidence rates, an increase in neglect and mortality rates have been established, which health managers should undoubtedly pay attention to and take into account when organizing targeted anti-cancer measures.

Keywords: laryngopharyngeal cancer, incidence, mortality, early diagnosis, neglect, morphological verification.