ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ РАКА ПИЩЕВОДА В КАЗАХСТАНЕ

Оразова Г.У., Карп Л.Л., Потапчук Т.Б.

Медицинский университет «Астана». г.Астана, Казахстан

Проведенноеизучение особенностей заболеваемости раком пищевода в Казахстане за 2004-2013гг. выявило снижение заболеваемости (p<0,001) и некоторое увеличение контингентов больных. Компонентный анализ позволил определить неравномерности прироста заболеваемости.

Ключевые слова: рак пищевода, заболеваемость, Республика Казахстан.

Введение. Рак пищевода (РП) является одним из самых распространенных среди злокачественных новообразований, а своевременная диагностика и лечение - важнейшей медицинской и социально-экономической проблемой человечества [1-5].

Цель исследования:провести изучение особенностей заболеваемости РП населения Республики Казахстан (РК) за 10 лет (2004-2013гг.).

Результаты. Удельный вес и ранговое место РП в структуре онкопатологии за 10 лет (с 2004 по 2013гг.) неуклонно изменялись. Выявлено, что доля РП в общей структуре онкологических заболеваний снизилась 5,0% до 3,8% с перемещением рангового места с 5-го до 8-го. Среди мужчин удельный вес РП за изучаемый период уменьшился с 5,7% до 4,6%, переместившись с 4-гона 7-е ранговое место. В то же время среди женщин за данный период доля РП сократилась с 4,4% до 3,1%, при этом ранговое место переместилось с 8-го на 11-е.

Снижение удельного весаРП в структуре онкологической заболеваемости населения РК в 2004-2013гг. представлено на рисунке 1.

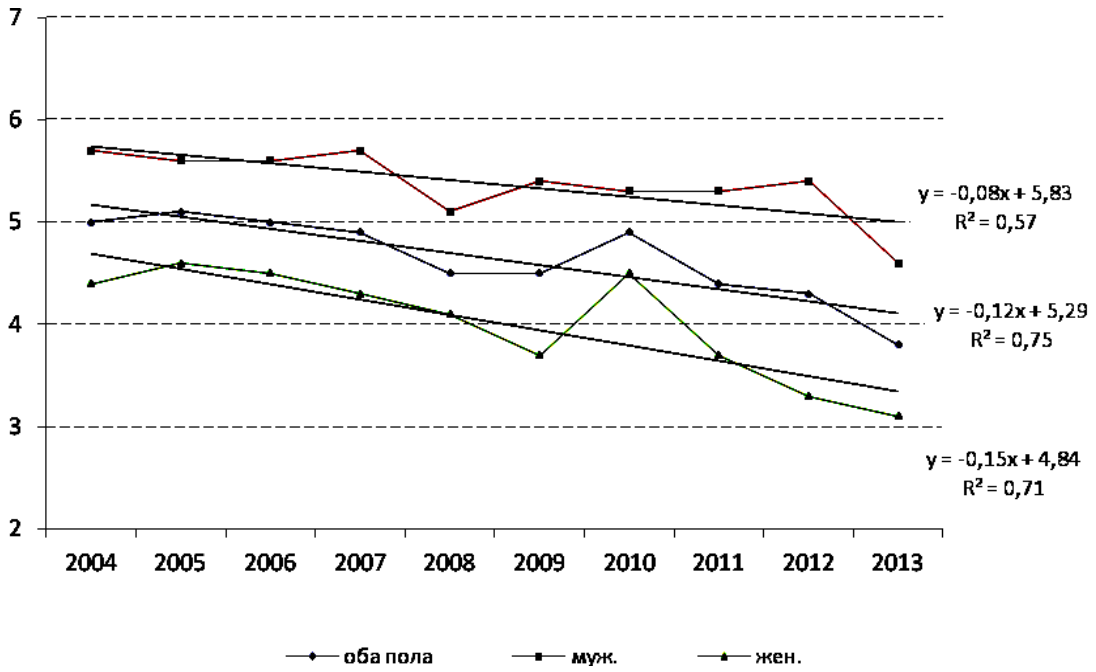

Рисунок 1– Динамика удельного веса РП в структуре онкологической заболеваемости населения РК в 2004-2013гг.

Для выявления особенностей общей эпидемиологической картины нами проанализирована динамика показателей заболеваемости РП за 2004 - 2013гг. (на 100 000 населения). В целом по РП отмечается снижение заболеваемости за изучаемый период(p<0,001). Интенсивные показатели уменьшились на 24,7%.

Если интенсивный показатель заболеваемости мужского населения в 2004 году составил $10,9\pm0,4^{0}/_{0000}$, то в 2013 году данный показатель был в пределах $8,5\pm0,3^{0}/_{0000}$.У женщин такжеимеет место снижение данного показателя.

При проведении анализа заболеваемости применение только «грубых», интенсивных показателей часто приводит к неправильным выводам [6].С этих позиций нами рассчитаны стандартизованные показатели заболеваемости РП среди мужчин и женщин во всех регионах РК.

На рисунках2 и 3представлены грубые и стандартизованные показатели заболеваемости РП среди мужчин и женщин РК за 2004-2013гг.

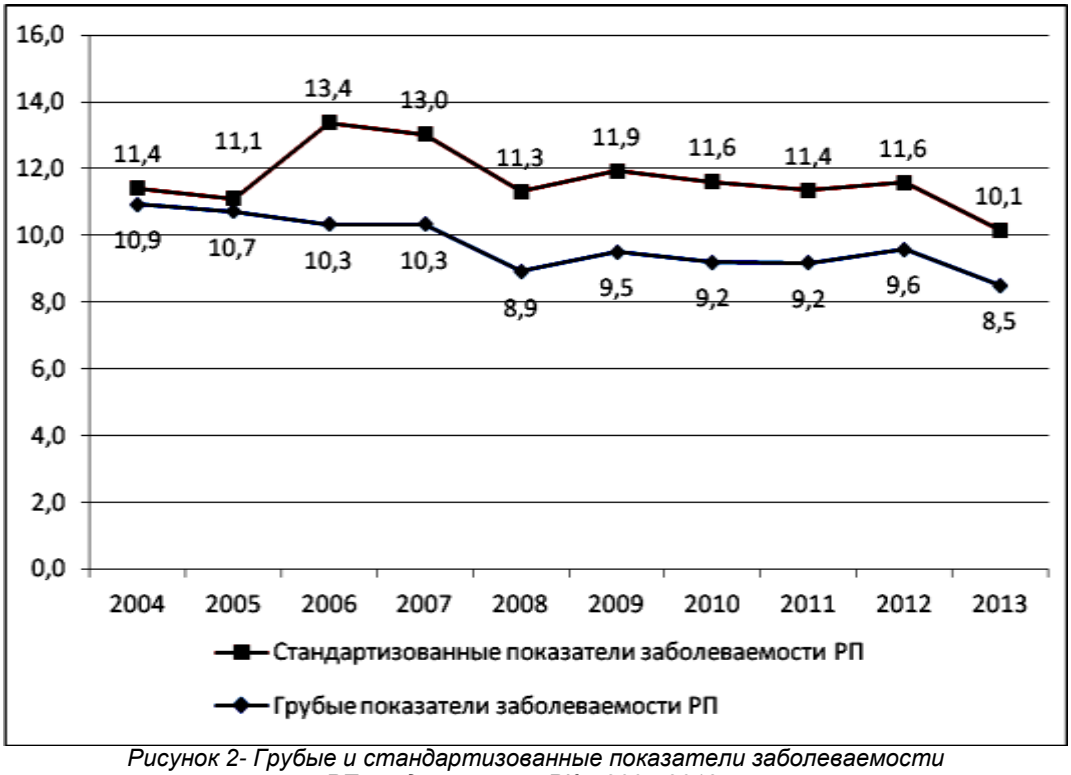

Рисунок 2- Грубые и стандартизованные показатели заболеваемости РП среди мужчин в РК в 2004-2013гг.

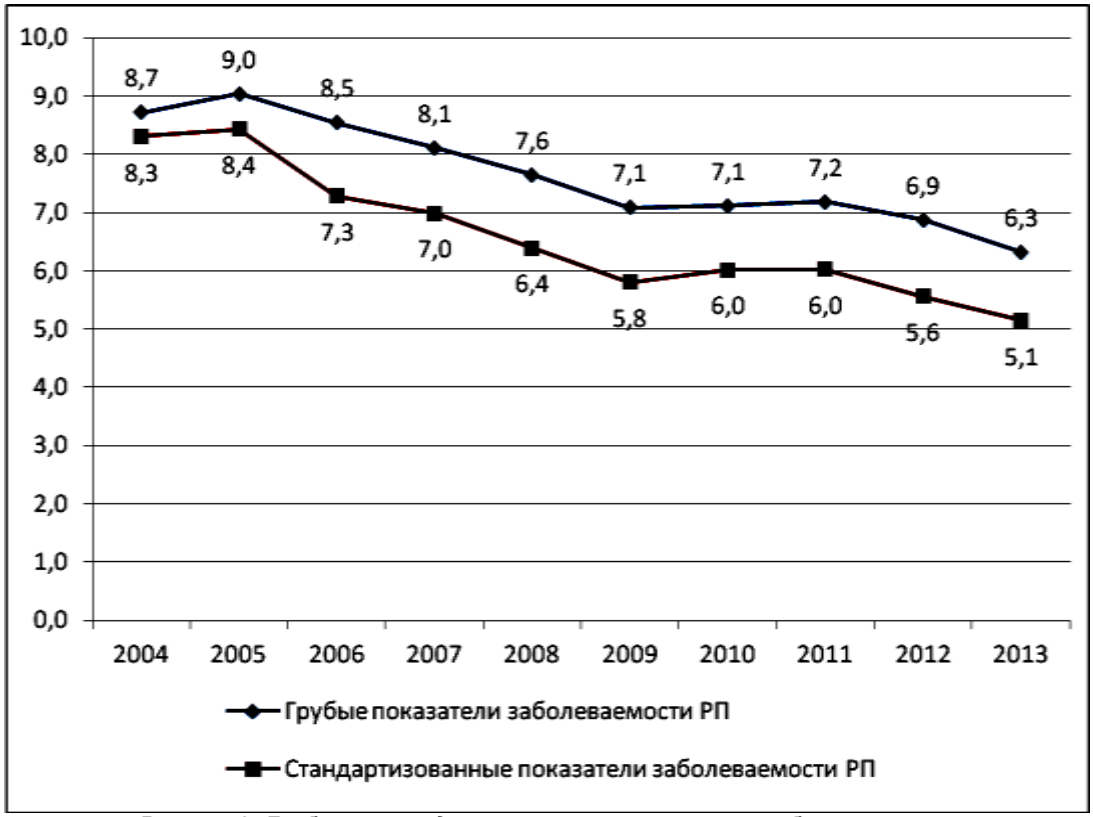

Рисунок 3- Грубые и стандартизованные показатели заболеваемости РП среди женщин в РК в 2004-2013гг.

Отмечено, что динамика трендов в отношении РП, как среди мужчин, так и среди женщин имеет одинаковую направленность. В то же время выявлено, что стандартизованные показатели заболеваемости РП среди мужского населения превышают аналогичные грубые показатели заболеваемости. Однако среди женского населения

выше уровни грубых показателей заболеваемости РП. Подобную картину можно трактовать следующим образом: если бы в структуре населения РК по полу процентное соотношение мужчин и женщин было бы одинаковым, показатели заболеваемости РП среди мужского населения были бы выше, чем в действительности. Одновременно, при таких условиях показатели заболеваемости РП среди женского населения оказались бы меньше, чем в действительности.

Для решения важного вопроса о том, насколько изменение уровня заболеваемости вызвано постарением населения, нами проведен компонентный анализ (таблица1).

Таблица 1

Компоненты прироста показателей заболеваемости РП среди мужчин и женщин за 2004-2013гг. (в %)

		Общий прирост	В том числе в связи с:	
Локализация	Пол		изменением возрастной структуры населения	риском заболевания
РП	муж.	-22,3	11,0	-33,3
	жен.	-27,5	38,0	-65,5

Динамика показателей заболеваемости за период с 2004 по 2013гг. показывает, что общий прирост показателя заболеваемости РП среди мужчин составил «-22,3%»; причем на 11,0% он был обусловлен процессом постарения населения и на «-33,3%» риском заболевания. Среди женщин понижение уровня заболеваемости РП было еще большим (-27,5%), однако и компоненты прироста были более значительными (на 38,0% из-за изменения возрастной структуры и на «-65,5%» из-за риска заболевания).Среди женского населения общий прирост заболеваемости РП в наибольшей степени был вызван риском заболевания (-53.9%).Таким образом, проведенный компонентный анализ позволил выявить неравномерности прироста заболеваемости РП и причины произошедших изменений.

Нами также проведен параллельный анализ динамики показателей заболеваемости и распространенности (болезненности) в РК. Представленные показатели распространенности РП в целом отражают динамику показателей заболеваемости, что можно оценить позитивно.На протяжении периода изучения происходило некоторое увеличение контингентов больных РП. Следует обратить внимание на то, что до2011 года отмечался рост уровня болезненности РП, который можно объяснить увеличением продолжительности жизни больных, взятых на диспансерный учет по поводу данных заболеваний.

Для прогнозирования уровня заболеваемости РП в целом по РК были составлены модели для оценки тренда на основе данных за период с 1990 по 2014гг. (рисунок 4).

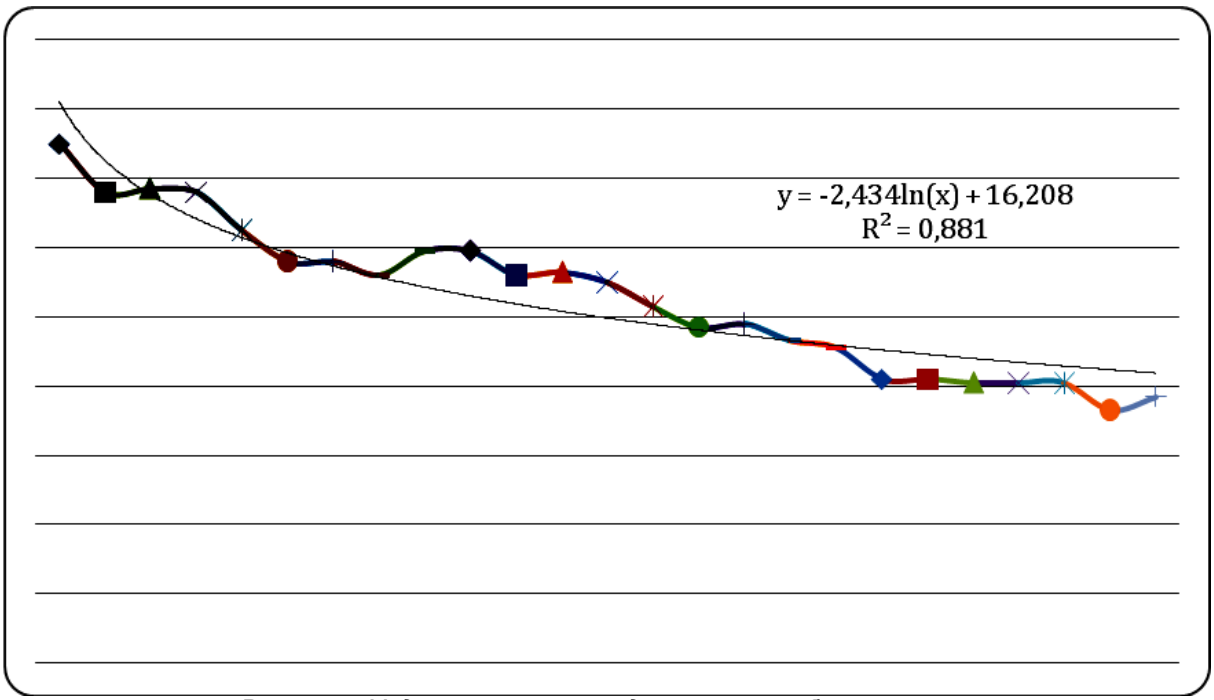

Рисунок 4- Модель временного ряда по уровню заболеваемости РП в РК за 1990-2014гг.

Модели ясно свидетельствуют о тенденции снижения уровня онкозаболеваемости в стране с некоторым замедлением темпов, при этом прогнозные уровни (интервалы прогноза) отличаются относительно высокой степенью детерминированности (определенности).

Выводы. В целом по Республике Казахстан за период с 2004 года по 2013 год выявлено снижение уровня онкологической заболеваемости пищевода ($p<0,001$). На протяжении периода изучения происходило некоторое увеличение контингентов больных РП.Компонентный анализ позволил выявить неравномерности прироста заболеваемости РП и причины произошедших изменений.

Список использованной литературы

1. Ferlay J., Bray F., Pisani P., &Parkin D.M. IARC CancerBase no. 5, version 2.0 //Lyon: IARC Pr. – 2004.
2. Аксель Е.М., Давыдов М.И., Ушакова Т.И. Злокачественные новообразования желудочно-кишечного тракта: основные статистические показатели и тенденции //Современная онкология. – 2001. – Т. 3. – №. 4. – С. 10-35.
3. Трапезников Н.Н. Абдрахманов Ж.Н., Мкртчян Л. Н., Базикян Г.К. и др. Состояние онкологической помощи в государствах СНГ //Вестник РОНЦ им. НН Блохина РАМН. – 1999. – Т. 10. – №. 4.
4. Ferlay J., Soerjomataram, I., Dikshit, R., Eser, S. et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012 //International Journal of Cancer. – 2015. – Т. 136. – №. 5. – С. E359-E386.
5. Igissinov S., Igissinov N., Moore M.A., Kozhakhmetov S. et al. Component analysis of esophageal cancer incidence in Kazakhstan //Asian Pac J Cancer Prev. – 2013. – Т. 14. – С. 1945-1949.
6. Мерабишвили В.М. Методологические проблемы совершенствования информационных систем онкологической статистики: Автореф. дис. …док.мед.наук.- Л.-1983.-40 с.

ВИКОРИСТАННЯ КЛІНІЧНИХ БАГАТОРІВНЕВИХ СИТУАЦІЙНИХ ЗАДАЧ ПРИ ВИВЧЕННІ ХІРУРГІЇ

Осіпов О.С., Безручко М.В.

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія»

Викладено досвід використання багаторівневих клінічних ситуаційних задач при вивченні хірургії, що підвищує ефективність навчального процесу, позитивно впливає на формування клінічного мислення.

Ключові слова: клінічне мислення, ситуаційні клінічні задачі.

Нині вітчизняні медичні вищі навчальні заклади переходять на стандарти освіти, задані Болонською декларацією, відповідно до якої зв'язок теоретичної та практичної підготовки студентів має бути нерозривним. У медицині це має відбиватися в рівномірному розвитку теоретичних знань і практичних навичок студентів, формуючи в майбутніх лікарів клінічне мислення.

Клінічне мислення лікаря – це здатність максимально швидко, логічно і правильно розуміти патологічні процеси, що дають певну клінічну картину у хворого, та на підставі цього визначати правильну тактику ведення кожного конкретного пацієнта [1]. Необхідними складовими клінічного мислення є аналіз і синтез інформації, яка надходить. Тільки студент, який знає і вміє використовувати алгоритми діагностики, лікування та профілактики захворювань, зможе стати справжнім фахівцем.

У хірургії найважливіший період переходу від теоретичних до практичних занять, який має передбачати вирішення ситуаційних клінічних завдань [3]. Вони допомагають розвивати клінічне і логічне мислення замість механічного заучування тексту підручника, виявляти слабкі місця в теоретичній підготовці студента, на які мусить звернути увагу як сам студент, так і викладач. Крім того, в ситуаційних завданнях можна моделювати різні ситуації, необхідні для навчального процесу, а також описати патологію, недоступну для демонстрації в клініці, де відбуваються заняття. Логічні ланцюги, побудовані та закріплені в ході вирішення завдань, дозволяють студентам швидше орієнтуватися в ході практичної роботи з хворими, зрештою, така форма проведення занять цікавіша і може бути перехідною ланкою від теоретичної підготовки до практичної роботи.

Рішення ситуаційних завдань є одним з основних методів у формуванні клінічного мислення, яке буде розвиватися ще й завдяки можливості оцінити результат, обдумавши самостійно дану відповідь. Якщо тактика спочатку правильна – рішення буде логічним і правильним на всіх етапах. Якщо на першому етапі в рішення закралася помилка, то вона дасть неправильний остаточний результат незалежно від правильності подальших етапів вирішення. У такому разі студент може детально вивчити помилку, дати правильне рішення, закріпити його в пам'яті та зрозуміти його логіку, що є найбільш важливим. Багаторівневі ситуаційні задачі дозволяють найповніше висвітлити стан пацієнта, спонукають студента до укладання кількох логічних ланцюжків, пов'язаних із тактикою обстеження і лікування пацієнта.

Найчастіше ситуаційні задачі використовуються як засіб контролю знань, у тому числі при проведенні підсумкових занять з окремих розділів хірургії, іспитів, державної атестації випускників. Відповідно до цілей використання можна класифікувати ситуаційні задачі за ступенем складності. На початку навчання студенти вирішують досить прості завдання з однозначно сформульованими питаннями. У процесі вдосконалення знань і вмінь завдання ускладнюються, питання припускають вибір ситуацій для диференційованої діагностики, вміння аналізувати інформацію по мірі її надходження, зміну початкової думки залежно від отриманих нових даних. Кожне із завдань подібного типу є клінічним розбором у мініатюрі. Не замінюючи собою курацію реального пацієнта, такі завдання можуть підготувати майбутнього лікаря до практичної роботи, тренуючи клінічне мислення.

Клінічна задача, метою якої є відтворення взаємин між лікарем і хворим, мусить мати такі характеристики:

1. Анамнез захворювання має бути описаний зі слів хворого, а не представлений найбільш характерними ознаками; виклад має відповідати типовій лексиці пацієнта.

2. Вправа має містити завдання на серію послідовних і взаємопов'язаних рішень (діагноз, призначене обстеження, визначення тактики лікування хворого, шляхи профілактики захворювання).

3. На початку навчання кожен рівень завдання може припускати можливість вибору з кількох представлених варіантів, серед яких є один правильний (методи обстеження і його результати, лікування і його результати). Неправильні результати не повинні за всіма параметрами кардинально відрізнятися від правильного, тобто можуть мати схожі пункти.

На кафедрі хірургії № 3 ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» для вивчення хірургії розроб-