

*В.М. Мерабишвили*

## **Злокачественные новообразования щитовидной железы (С73) в Санкт-Петербурге. Заболеваемость, смертность, достоверность учета, годовичная летальность и выживаемость больных**

Федеральное Государственное Бюджетное Учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Петрова» Минздрава здравоохранения Российской Федерации

Опухоли щитовидной железы делятся на доброкачественные и злокачественные. Особого внимания требуют злокачественные опухоли. Особенностью рака щитовидной железы (РЩЖ) является медленное прогрессирование, по сравнению с другими локализациями опухолей, и в подавляющем большинстве случаев успешное лечение, особенно в ранних стадиях заболевания. РЩЖ — можно отнести к редко встречающимся злокачественным новообразованиям (ЗНО). Его удельный вес в общей структуре онкопатологии составляет около 2,0%, в структуре смертности от ЗНО — менее 0,5%. РЩЖ среди женщин регистрируется в 3 — 4 раза чаще, чем среди мужского населения. Повышенное внимание к изучению особенностей распространенности РЩЖ связано, прежде всего, с аварией на Чернобыльской АЭС. Динамику заболеваемости населения Ленинграда — Санкт-Петербурга мы можем проследить с 1980 по 2018 гг. за периоды до и после происшедшей аварии [1, 8, 19].

Целью нашего исследования является изучить динамику заболеваемости населения мира, России и Санкт-Петербурга с резко возросшей заболеваемостью РЩЖ [1-9, 15, 21].

Кроме заболеваемости и смертности планируется рассмотрение практически не используемых в России таких аналитических показателей как достоверность учета, годовичная летальность и пятилетняя выживаемость больных РЩЖ исчисленных по международному стандарту [10-14, 18]. Ежегодно в России регистрируется более 13 тысяч (13 250 — 2018 г.) новых случаев РЩЖ [8]. В последние годы в Санкт-Петербурге ежегодно регистрируется более 150 новых случаев ЗНО данной локализации опухолей среди мужчин, а среди женского населения более 800 [8].

Созданный нами первый в России Популяционный раковый регистр в Санкт-Петербурге накопил огромный объем информации о ЗНО, в том числе и о РЩЖ, это одна из тех локализаций ЗНО, где величины удельного веса выявленных ранних стадий

заболевания коррелируют с уровнем выживаемости больных в I и II стадии заболевания, где ее величина составляет 98,0%, а летальность больных для всех заболевших на первом году наблюдения немного превысила 11,0% для мужчин и 4,0% для женщин.

**Ключевые слова:** рак щитовидной железы, заболеваемость, смертность, годовичная летальность, наблюдаемая и относительная пятилетняя выживаемость

### **Заболеваемость**

С момента опубликования Международным Агентством по изучению Рака (МАИР) монографии «Рак на 5 континентах» [21], где представлены усредненные данные заболеваемости населения по более чем 400 раковых регистров, за период с 2008–2012 гг. прошло не так много лет, а заболеваемость (в стандартизованных показателях) по ряду стран и раковых регистров практически удвоилась [4, 8, 16, 17, 20-23]. Максимальные уровни заболеваемости ЗНО РЩЖ зарегистрированы в Корее, Турции, Канаде и Китае (рис. 1 и 2). Высокий уровень заболеваемости отмечен в США и Белоруссии, минимальный уровень заболеваемости РЩЖ зарегистрирован в Индии, Болгарии, Нидерландах [21].

В России ежегодно регистрируется более 2000 случаев РЩЖ (2143 — 2018), в том числе 333 среди мужского населения и 1810 среди женского [8]. Динамика заболеваемости положительная. За последние 10 лет стандартизованный показатель заболеваемости возрос на оба пола на 43,5% среди мужского населения — на 48,7%, среди женского на 43,9% [4, 8].

На рис. 3 представлены сравнительные по-возрастные показатели заболеваемости женщин РЩЖ в России, Белоруссии, США, Украине и Санкт-Петербурге. Наиболее высокие уровни по-возрастных показателей на период 2008 — 2012 гг. выявлены для США и Белоруссии, достаточно высокие для Санкт-Петербурга, наименьшие на Украине и в России.

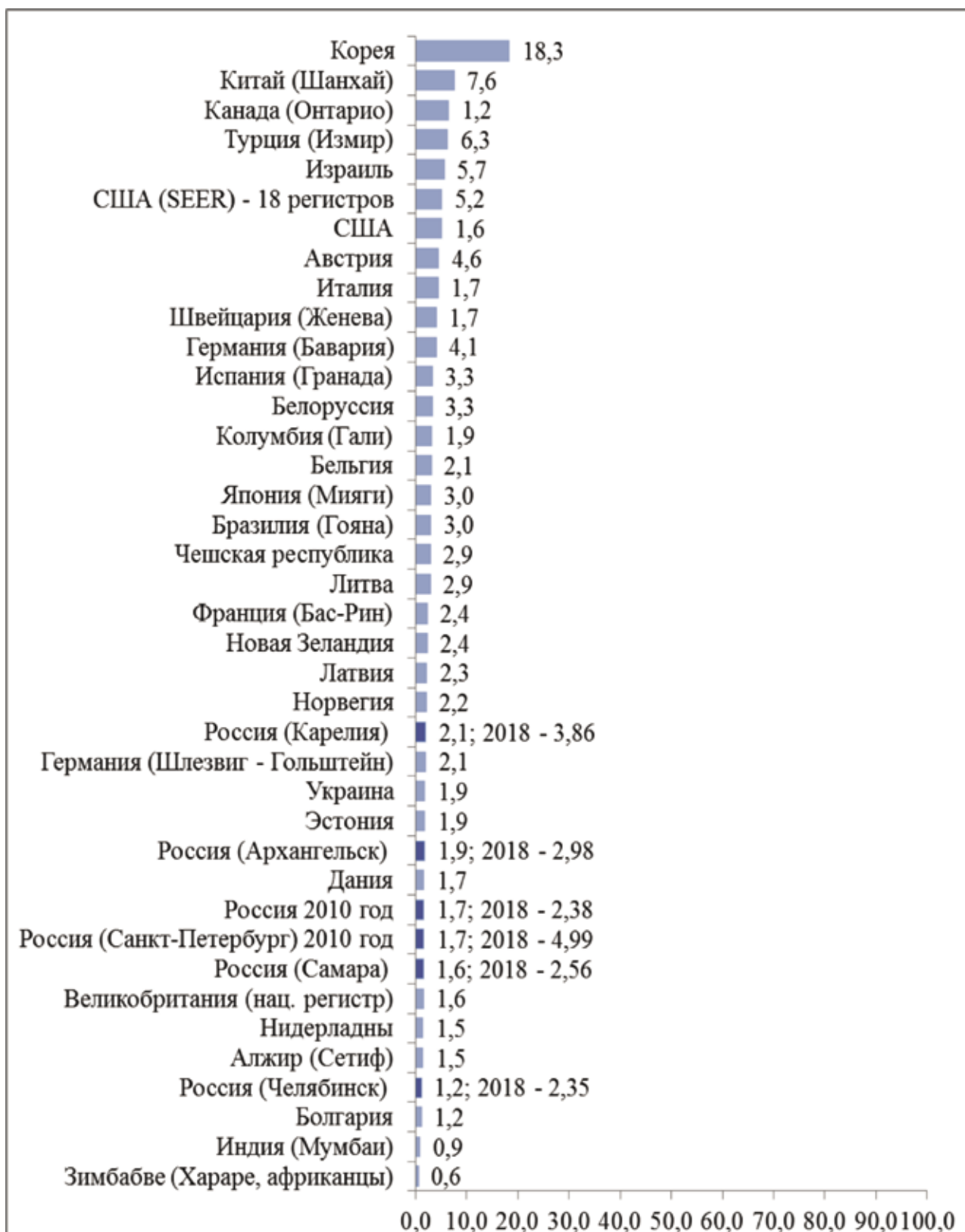


Рис. 1. Злокачественные новообразования в некоторых странах мира. Щитовидная железа (С73). Мужчины. 2008 – 2012. МАИР «Рак на 5 континентах» XI том. Cancer incidence in Five Continents. Males. V. XI. IARS. 2008 – 2012 [8, 21]

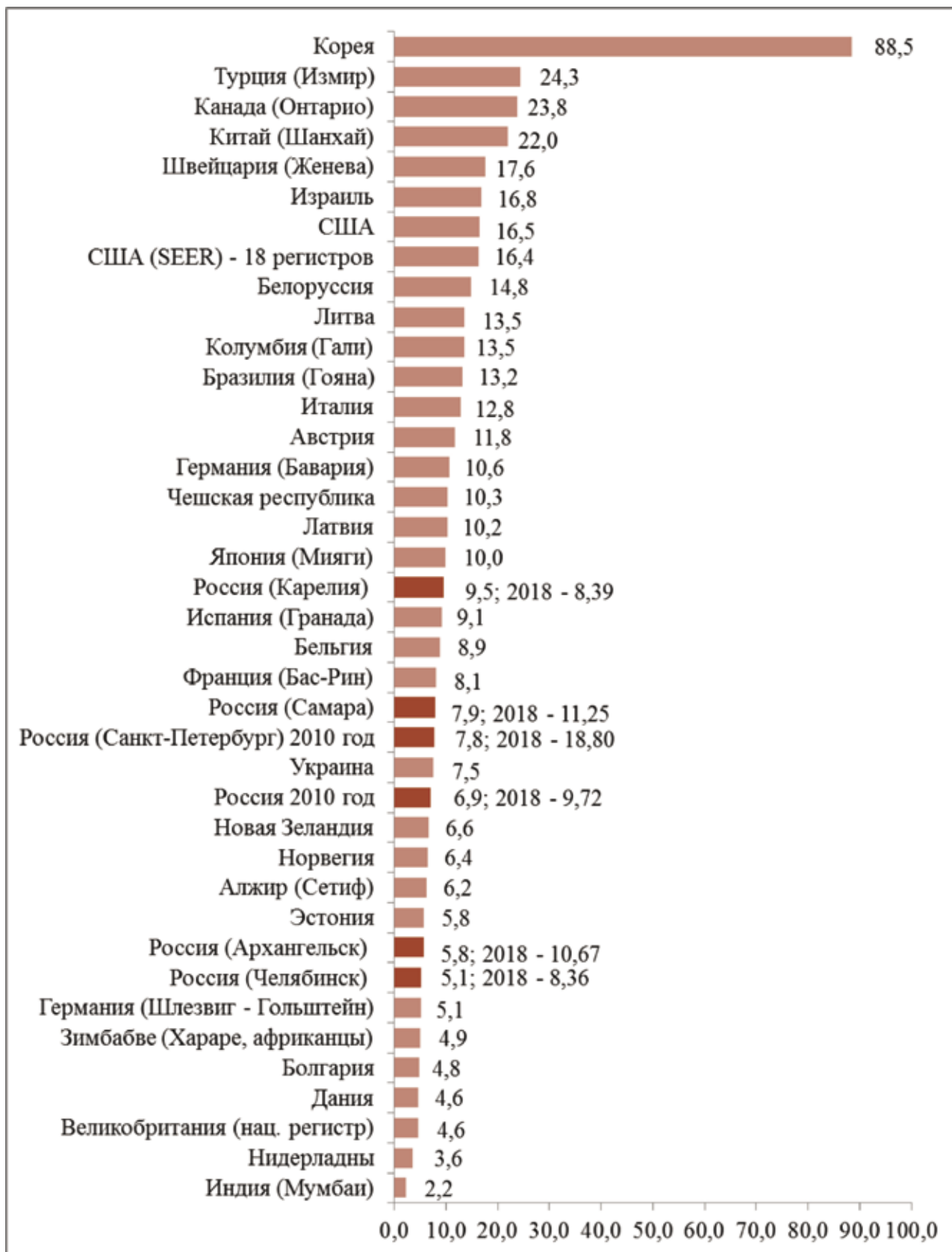


Рис. 2. Злокачественные новообразования в некоторых странах мира. Щитовидная железа (C73). Женщины. 2008 – 2012. МАИР «Рак на 5 континентах» XI том. Cancer incidence in Five Continents. Females. V. XI. IARS. 2008 – 2012 [8, 21]

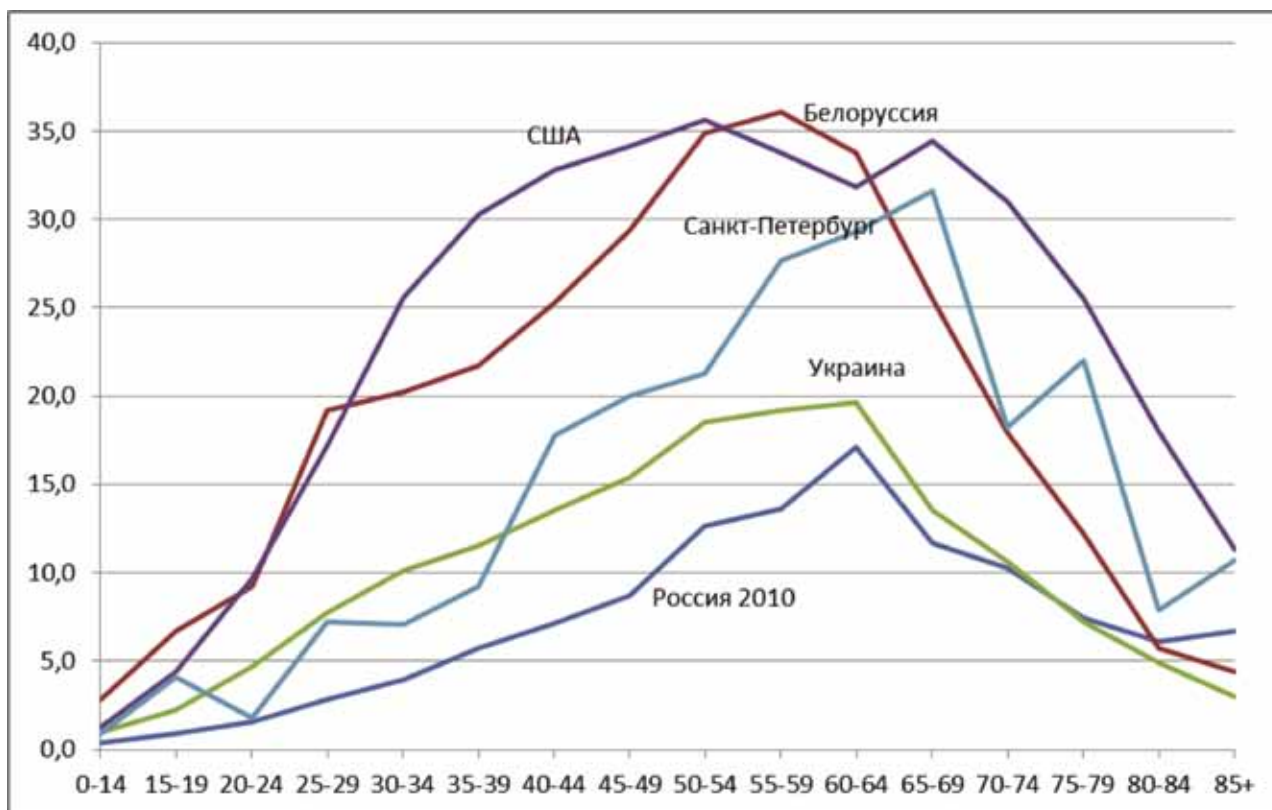


Рис. 3. Сравнительные данные по возрастным показателям заболеваемости женщин раком щитовидной железы 2008 – 2012, Россия и Санкт-Петербург – 2010 [8, 21]

Таблица 1. Заболеваемость населения Ленинграда – Санкт-Петербурга злокачественными новообразованиями. Щитовидная железа. С73. [1, 8, 11]

Годы	Мужчины			Женщины		
	Абс. число	«грубый» пок-ль	Станд. пок-ль	Абс. число	«грубый» пок-ль	Станд. пок-ль
1980	16	0,8	0,7	89	3,4	2,3
1985	30	1,4	1,3	110	4,1	2,6
1990	32	1,4	1,2	104	3,8	2,3
1995	37	1,7	1,5	137	5,2	3,4
2000	27	1,3	1,0	147	5,8	3,6
2001	23	1,1	0,8	142	5,6	3,2
2002	33	1,6	1,2	122	4,8	2,9
2003	46	2,2	1,6	169	6,7	4,1
2004	29	1,4	1,0	201	7,9	5,1
2005	39	1,9	1,3	217	8,6	5,2
2006	30	1,5	1,1	225	8,9	5,8
2010	49	2,4	1,7	309	12,2	7,8
2015	89	3,8	3,0	415	14,5	9,6
2016	159	6,7	5,3	806	28,0	19,0
2017	162	6,7	5,2	812	27,9	18,5
2018	150	6,2	5,0	825	28,1	18,8
% прироста (убыли)	837,5	675,0	614,3	827,0	726,5	717,4
Среднегодовой прирост (убыль)	22,0	17,8	16,2	21,8	19,1	18,9

Максимальные уровни заболеваемости женщин РЦЖ отмечены в США и Белоруссии для возрастных групп 50-54 и 55-59 лет (соответственно 35,6 и 36,1 ‰<sub>0000</sub>. В Санкт-Петербурге максимальный показатель отмечено для возрастной группы 65–69 лет — 31,6 ‰<sub>0000</sub>.

### Ленинград — Санкт-Петербург

В табл. 1 показана динамика абсолютных чисел, «грубых» и стандартизованных показателей заболеваемости РЦЖ мужчин и женщин Ленинграда — Санкт-Петербурга с расчетом показателей прироста за весь период наблюдения и среднегодового прироста. Среднегодовой прирост «грубых» и стандартизованных показателей среди женского населения был выше.

Важно обратить внимание на резкое, практически в 2 раза увеличение первичных случаев заболевания РЦЖ и у мужчин, и у женщин с 2015 по 2016 гг. Сотрудники ПРР объясняют это открытием Пироговского центра в городе в 2012 г. резко активизированную работу по раннему выявлению РЦЖ. Полагаю, что нельзя исключить и факт активного перехода новым руковод-

ством МИАЦ на сбор данных в электронном виде, что могло привести к многократному учету одних и тех же больных. Выявлению дублей в БД ПРР посвящено большое число исследований, требующее, прежде всего, достаточного штатного обеспечения и специального обучения.

Переход на электронный учет, существенно затрудняет устранение дублирования. В Дании созданный в 1942 г. ПРР до сих пор осуществляет контроль данных на бумажных носителях и только после тщательного контроля собранные материалы отправляются в базу данных ракового регистра [21].

Важно обратить внимание и на такую закономерность, что увеличение заболеваемости населения, автоматически ведет к увеличению смертности. В нашем случае мы этого не наблюдаем. Никакого даже малого всплеска смертности населения Санкт-Петербурга от РЦЖ не произошло.

В табл. 2 представлена динамика повозрастных показателей заболеваемости мужчин и женщин Санкт-Петербурга РЦЖ. Наивысшие показатели выявлены среди мужского населения в возрастной группе 50 — 54 года — 14,6 ‰<sub>0000</sub>, среди женского населения в возрасте 55-59 лет — 57,2 ‰<sub>0000</sub>.

**Таблица 2. Заболеваемость населения Санкт-Петербурга злокачественными новообразованиями. Щитовидная железа. МКБ – 10. С73 (на 100 000) [1, 11]**

Годы	Абс.число	0-14	15-	20-	25-	30-	35-	40-	45-	50-	55-	60-	65-	70-	75-	80-	85+
<b>Мужчины</b>																	
1980	16	-	0,5	0,5	1,0	1,6	-	0,5	-	2,0	1,3	1,7	2,9	-	4,6	-	-
1985	30	-	-	0,5	-	0,5	-	1,0	2,3	2,3	2,2	3,0	6,2	6,0	30,8	-	13,8
1990	32	-	0,6	-	0,5	1,0	1,6	0,6	-	6,0	2,6	3,4	5,3	-	3,0	6,1	31,7
1995	37	0,6	0,6	-	-	-	0,5	1,7	2,4	4,5	3,5	6,2	7,5	4,8	4,2	-	22,7
2000	27	-	1,2	-	-	-	-	0,6	2,4	3,3	3,9	4,1	2,6	-	6,9	14,5	8,6
2005	39	-	-	0,5	0,6	1,2	1,4	1,2	-	1,5	8,2	3,0	4,9	8,6	10,7	5,8	-
2006	30	-	-	-	0,6	0,6	0,7	1,3	1,8	2,0	5,1	4,3	4,0	3,5	4,2	-	9,3
2010	49	-	-	2,1	-	1,8	1,2	1,4	2,4	3,2	8,2	6,5	4,9	6,7	4,7	3,8	-
2015	89	0,8	3,0	-	0,4	1,7	3,5	2,7	4,4	3,6	7,7	10,3	14,5	8,8	9,8	7,3	4,7
2016	159	0,5	7,1	3,5	4,0	3,8	4,9	6,0	10,6	6,9	11,9	11,7	19,7	6,1	14,7	28,7	8,7
2017	162	0,5	3,9	3,1	2,1	4,9	4,2	6,5	10,2	11,0	10,5	18,2	19,8	13,6	9,1	12,7	4,1
2018	150	1,0	5,7	0,8	1,3	2,4	4,5	5,9	10,5	14,6	14,2	14,7	11,2	8,6	15,4	-	3,9
<b>Женщины</b>																	
1980	89	-	0,6	0,4	0,5	3,3	1,8	2,9	6,8	6,4	5,1	5,8	8,0	7,8	10,3	5,4	4,9
1985	110	-	-	-	1,8	4,1	2,9	4,6	3,9	6,8	7,1	7,3	5,4	6,3	19,8	11,7	3,7
1990	104	-	0,6	1,1	2,0	2,2	4,1	3,3	5,4	6,5	4,5	5,1	5,9	9,4	12,0		
1995	137	-	-	1,2	3,2	2,0	4,5	4,2	8,3	10,3	6,2	8,2	10,1	13,9	10,9	10,7	17,0
2000	147	0,6	1,2	2,5	1,8	4,5	4,6	4,5	7,6	8,6	6,8	9,3	8,2	12,2	9,8	10,3	25,9
2005	217	-	-	2,0	2,3	3,5	2,5	9,6	11,6	13,8	18,6	20,3	13,4	17,9	12,6	17,3	5,0
2006	225	4,7	2,0	1,5	2,8	2,9	6,8	6,5	12,9	12,7	17,6	15,5	17,1	19,1	15,4	5,5	14,6
2010	309	-	0,9	1,1	6,4	7,3	9,9	13,5	17,0	18,9	24,0	32,3	15,7	18,2	11,9	3,9	16,1
2015	415	0,9	4,1	1,8	7,2	7,1	9,2	17,8	20,0	21,3	27,7	29,3	31,6	18,2	22,0	7,9	10,7
2016	806	0,6	9,1	8,0	13,1	20,7	33,3	31,0	32,5	43,8	48,0	51,7	54,8	46,2	30,8	16,9	14,1
2017	812	1,1	6,9	8,8	13,1	16,4	22,2	26,9	37,1	43,8	48,9	56,5	54,7	49,0	28,7	34,3	19,9
2018	825	0,5	10,5	7,8	12,7	21,3	26,9	24,4	31,9	46,5	57,2	53,5	52,2	48,5	35,1	18,6	8,6

### Достоверность учета

Достоверность учета оценивается по показателю — индекс достоверности учета (ИДУ), т.е. отношение числа умерших больных к заболевшим. Понятно, что при качественном учете число умерших, даже для локализаций с высоким уровнем летальности, не должно превышать число заболевших [10, 14]. РЦЖ относится к локализациям с низким уровнем летальности и величина ИДУ не должна превышать 0,5.

В 2018 г. в среднем по России ИДУ равнялась для мужчин 0,1, для женщин 0,07. Вместе с тем на многих территориях ее величина была заметно выше. Для мужчин в Пермском крае ИДУ составила 1,0, на 7 территориях более 0,4 (Кабардино-Балкария, Ханты Мансийский а.о., Оренбургская область, Санкт-Петербург, республика Крым, Новгородская область и Башкирия, на 14 территориях — менее одной сотой).

Среди женщин уровень ИДУ заметно лучше. Важно иметь в виду, что чем меньше ИДУ, тем лучше на территории поставлен учет первичных случаев ЗНО.

На рис. 4 показана динамика уровней ИДУ в России и Санкт-Петербурге с 2011 по 2018 гг. отмечается значительное улучшение качества учета.

### Смертность

Ежегодно в России погибает от РЦЖ более 1000 человек (1081 — 2018), в том числе 360 мужчин и 721 женщина. Уровень стандартизованных показателей смертности равен для мужчин и женщин —  $0,36\text{‰}$ . Грубые показатели

практически в 2 раза выше среди женского населения — соответственно 0,53 и  $0,92\text{‰}$ .

В Санкт-Петербурге за год умерло 48 человек, причиной смерти у которых отмечен РЦЖ. Величина стандартизованного показателя, как и в целом по России, одинакова для мужчин и женщин  $0,45\text{‰}$  [8]. Динамика смертности мужчин и женщин в России и СПб практически не отличается.

### Погодичная летальность

Погодичная летальность — важнейший показатель не только для оценки эффективности деятельности онкологической службы, но и для изучения закономерностей повышения риска гибели заболевших на различных этапах проводимого комплекса лечебно-профилактических мероприятий.

Из рис. 4 мы можем сделать заключение, что максимальный уровень летальности учтенных больных на первом году наблюдения, затем он резко снижается и, что очень важно, риск смерти возрастает к 4 году наблюдения.

Для разных локализаций год повышения риска смерти может быть различным.

По ранее проведенным нами исследованиям по Санкт-Петербургу оказалось, что для мужчин больных раком желудка летальность на втором году наблюдения была выше, чем на первом, для больных лимфогранулематозом летальность на четвертом году, как и для РЦЖ, была выше, чем на третьем, а для больных лейкозом летальность на пятом году наблюдения значительно выше, чем на четвертом. В табл. 3 представлены сравнительные данные погодичной летальности больных РЦЖ в Санкт-Петербурге за 2 периода наблюдения выявленные закономерно-

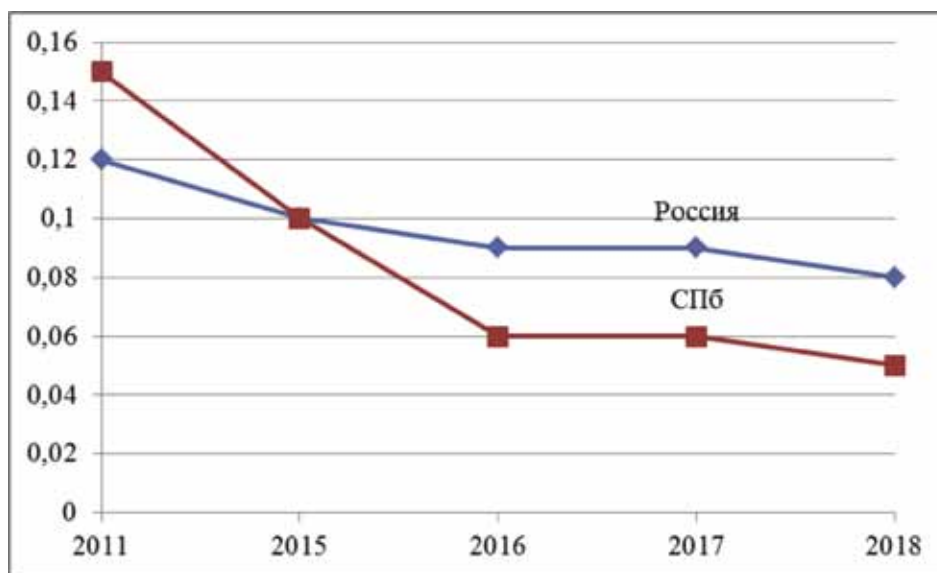


Рис. 4. Динамика ИДУ (оба пола) больных раком щитовидной железы в России и Санкт-Петербурге [8, 10, 14]

сти подскока уровня летальности на четвертом году наблюдения сохранилась. Важно отметить существенное снижение всех показателей годичной летальности, особенно на первом году наблюдения у мужчин с 20,6 до 11,5%, у женщин с 21,3 до 4,1%.

Закономерности годичной летальности больных РЦЖ в Санкт-Петербурге (2009–2013) представлены на рис. 5.

Важно отметить, что исчисление летальности на каждом следующем году наблюдения осуществлялось на меньшем числе больных. К пятому году наблюдения из 233 мужчин осталось 150, а из 1657 женщин — 1366.

Необходимо обратить внимание на то, что к пятому году наблюдения смертность больных приблизилась к уровню общей смертности населения на территории Санкт-Петербурга.

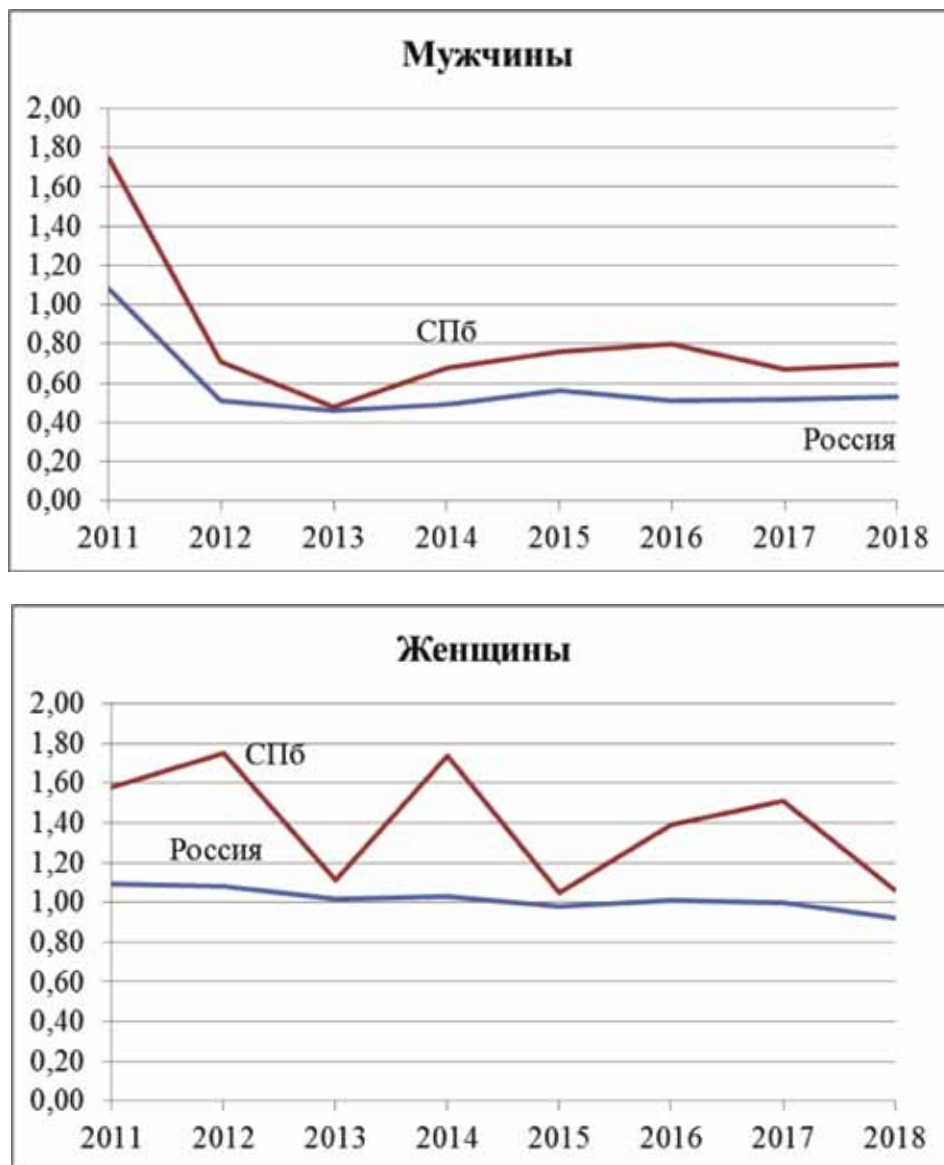


Рис. 5. Динамика смертности в России и СПб [4-8]

Таблица 3. Сравнительные данные годичной летальности больных РЦЖ в Санкт-Петербурге. БД ПРР

Период наблюдения	1999-2003				2009-2013			
	мужчины		женщины		мужчины		женщины	
	Абс.число	Летальность	Абс.число	Летальность	Абс.число	Летальность	Абс.число	Летальность
1	151	38,4	756	17,6	233	11,5	1657	4,1
2	93	5,4	622	3,4	193	5,2	1511	0,9
3	88	4,5	601	3	178	1,1	1477	0,3
4	84	1,2	583	1,7	170	3,7	1450	0,6
5	83	4,8	573	1,7	150	0,7	1366	0,2

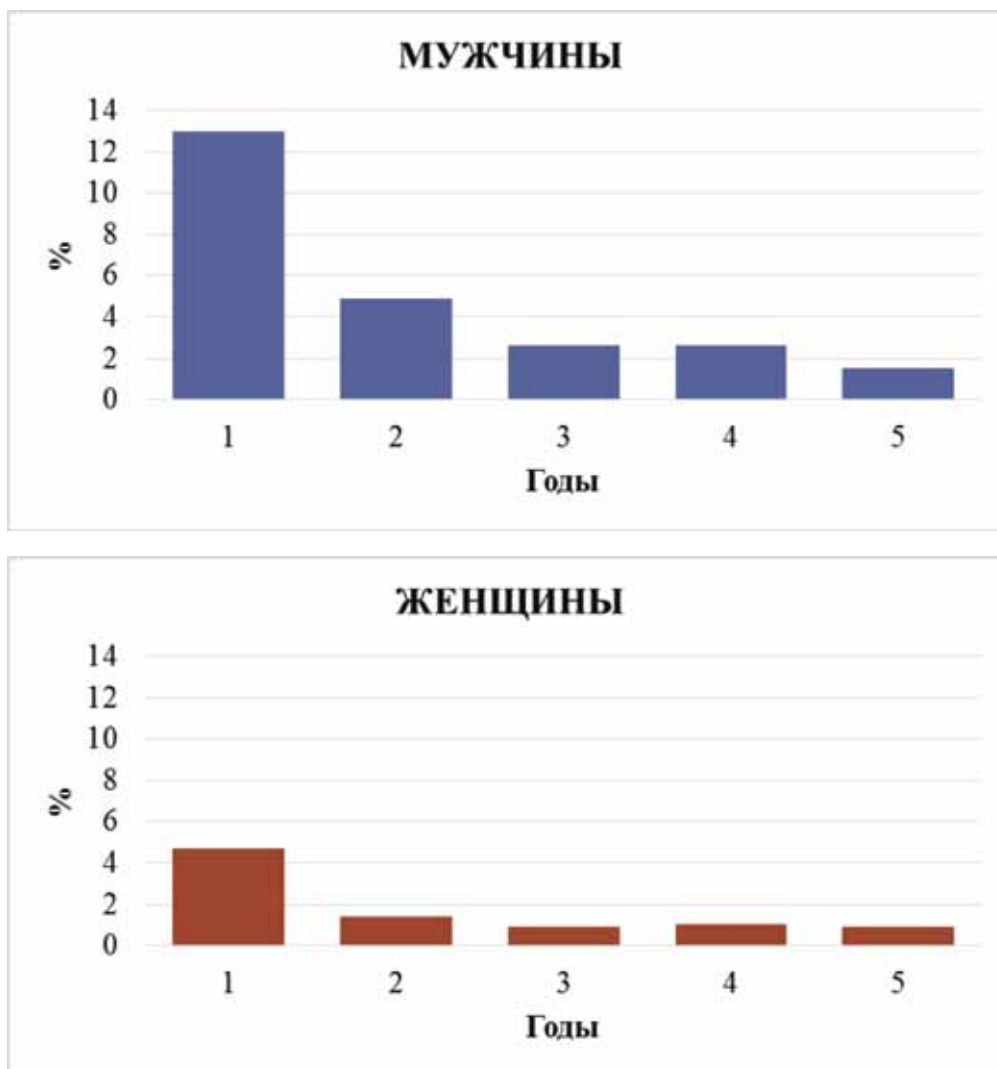


Рис. 5. Погодичная летальность больных РЩЖ в Санкт-Петербурге. БД ПРР (2009 — 2013)

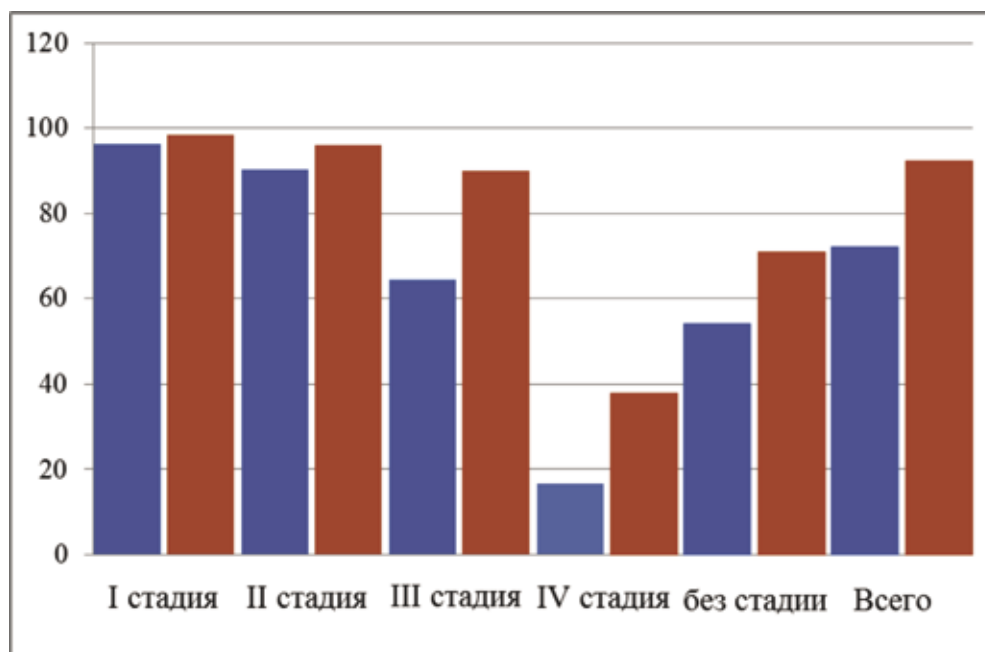


Рис. 6. Динамика пятилетней выживаемости больных раком щитовидной железы (оба пола) в Санкт-Петербурге за 2 периода наблюдения 1999 — 2003 (синий цвет) и 2009 — 2013 (красный цвет). БД ПРР Санкт-Петербурга



### Выживаемость

Созданная в России система Популяционных раковых регистров позволяет осуществлять расчеты показателей выживаемости онкологических больных — важнейший критерий оценки эффективности всех проводимых противораковых мероприятий.

На рис. 6 представлены сравнительные данные выживаемости больных Санкт-Петербурга РЦЖ за 2 периода наблюдения с учетом стадии заболевания. Максимальный успех, достигнут для больных с первой стадией заболевания. Пятилетняя кумулятивная выживаемость превысила 98,0%, вторая стадия 96,0%, третья — 40%. Важным является и то обстоятельство, что удельный вес не стадированных больных с 2000 до 2010 гг. снизился более чем в 2 раза — с 9,7 до 4,3%, а пятилетняя выживаемость возросла с 54,2 до 70,9%.

Таким образом, изучение закономерностей распространенности РЦЖ выявило неуклонный рост заболеваемости и снижение смертности.

Благоприятные закономерности установились относительно показателей годичной летальности больных РЦЖ, существенно улучшилось лечение больных практически по всем стадиям заболевания. Возросло качество учета первично зарегистрированных больных.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Злокачественные новообразования в Ленинграде / Ред. Р.И. Вагнер, В.М. Мерабишвили. — 160 с.
2. Злокачественные новообразования в России в 2005 году (заболеваемость и смертность) / Под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского. -М.: ФГУ МНИОИ им. П.А. Герцена Росздрава, 2007. — 252 с.
3. Злокачественные новообразования в России в 2000 году (заболеваемость и смертность) / Под ред. В.И. Чисова, В.В. Старинского. — М.: ФГУ МНИОИ им. П.А. Герцена Росздрава, 2007. — 252 с.
4. Злокачественные новообразования в России в 2010 году (заболеваемость и смертность) / Под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. — М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздравсоцразвития России, 2012. — 260 с.
5. Злокачественные новообразования в России в 2015 году (заболеваемость и смертность) / Под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. — М.: МНИОИ им. П.А. Герцена — филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, 2017. — 250 с.
6. Злокачественные новообразования в России в 2016 году (заболеваемость и смертность) / Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. — М.: МНИОИ им. П.А. Герцена — филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, 2018. — 250 с.
7. Злокачественные новообразования в России в 2017 году (заболеваемость и смертность) / Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. — М.: МНИОИ им. П.А. Герцена — филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, 2018. — 250 с.
8. Злокачественные новообразования в России в 2018 году (заболеваемость и смертность) / Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. — М.: МНИОИ им. П.А. Герцена — филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, 2019. — 250 с.
9. Международная классификация болезней — онкология (МКБ-О-3), 1 пересмотр. Сост. Э. Фритц, К. Перси, Э. Джек, К. Шанмугаратнам, Л. Собин, Д.М. Паркин, Ш. Уилан / Пер. с англ. А.В. Филочкиной, под ред. А.М. Беляева, О.Ф. Чепика, А.С. Артемьевой, А.А. Барчука, Ю.И. Комарова. — СПб.: Издательство «Вопросы онкологии», 2017. — 352 с.
10. Мерабишвили В.М. Аналитические показатели. Индекс достоверности учета // Вопросы онкологии. — 2018. — Т.64. — №3. — С. 445-452.
11. Мерабишвили В.М., Апалькова И.В. Динамика годичной летальности больных злокачественными новообразованиями// Мерабишвили В.М. Выживаемость онкологических больных / Выпуск второй, часть II, ред. Ю.А. Щербук. СПб, 2011. — С. 357-382.
12. Мерабишвили В.М. Выживаемость онкологических больных. Выпуск второй. Часть I / Под ред. Ю.А. Щербука. СПб.: ООО «Издательско-полиграфическая компания «КОСТА», 2011. — 332 с.
13. Мерабишвили В.М. Выживаемость онкологических больных. Выпуск второй. Часть II / Под ред. Ю.А. Щербука. СПб.: ООО «Издательско-полиграфическая компания «КОСТА», 2011. — 408 с.
14. Мерабишвили В.М. Индекс достоверности учета — важнейший критерий объективной оценки деятельности онкологической службы для всех локализаций злокачественных новообразований, независимо от уровня летальности больных // Вопросы онкологии. — 2019. — Т. 65. — № 4. — С. 510-515.
15. Мерабишвили В.М. Онкологическая служба Санкт-Петербурга (оперативная отчетность за 2011-2012 годы, углубленная разработка данных регистра по международным стандартам PPP (IARC — 221). Т. 18. / Ред. В.М. Колабутин, А.М. Беляев. СПб., 2013. — 365 с.
16. Мерабишвили В.М. Онкологическая статистика (традиционные методы, новые информационные технологии): Руководство для врачей. Издание второе, дополненное. Часть I., 2015. — 223 с.
17. Мерабишвили В.М. Онкологическая статистики (традиционные методы, новые информационные технологии): Руководство для врачей. Издание второе, дополненное. Часть II., 2015. — 228 с.
18. Мерабишвили В.М. Годичная летальность контингентов онкологических больных Санкт-Петербурга, заболевших в 1994 — 2001 гг. // Мерабишвили В.М. Выживаемость онкологических больных. СПб., 2006. — 440 с.
19. Океанов А.Е., Моисеев П.И., Левин Л.Ф., Евмененко А.А. Статистика онкологических заболеваний в республике Беларусь (2008 — 2017) / Ред. О.Г. Суконко, 2018. — 286 с.
20. Справочник сопоставления кодов МКБ 9 и 10 пересмотров по классу новообразований. Второе издание, уточненное и дополненное / Ред. В.М. Мерабишвили. СПб, 1998. — 92 с.
21. Cancer incidence in five continents. Vol. XI. IARC Scientific Publication №166. — Lyon, 2019. (<http://ci5.iarc.fr/Ci5-XI/default.aspx> 25.02.2020).

22. Sant M., Aareleid T., Berrino F. et al. Eurocare-3: survival of cancer diagnosed 1990-1994- results and commentary // *Annals of Oncology*. — 2003. — Vol. 14(5). — p61-118. — doi:10.1093/annonc/mdg754.
23. Sant M., Allemani C., Santaquilani M. et al. Eurocare-4. Survival of Cancer patients diagnosed in 1995-1999. Results and commentary // *European Journal of Cancer*. — 2009. — Vol. 45(6). — P. 931-991. — doi:10.1016/j.ejca.2008.11.018.

Поступила в редакцию 16.06.2020 г.

*V.M. Merabishvili*

**Malignant tumors of the thyroid gland (C73) in Saint Petersburg. Morbidity, mortality, index of accuracy, year-by-year lethality and survival of patients**

N.N. Petrov National Medical Research Center of Oncology, St. Petersburg

Thyroid tumors are divided into benign and malignant. Special attention should be paid to malignant tumors. A feature of thyroid cancer is its slow progression, compared to other tumor localities, and in the vast majority of cases successful treatment, especially in the early stages of the disease.

Thyroid cancer — can be attributed to rare malignancies. Its specific weight in the General structure of oncopathology is about 2.0%, in the structure of mortality from malignant neoplasms-less than 0.5%. Thyroid cancer is registered in women 3-4 times more often than in the male population. Increased attention to the study of the characteristics of the prevalence of thyroid cancer is primarily associated with the accident at the Chernobyl nuclear power plant. We can trace the dynamics of morbidity in the population of Leningrad — Saint Petersburg from 1980 to 2018. for the periods before and after the accident.

The purpose of our study is to study the dynamics of morbidity in the population of the world, Russia and St. Petersburg with a sharply increased incidence of thyroid cancer.

In addition to morbidity and mortality, it is planned to consider such analytical indicators that are practically not used in Russia as the reliability of accounting, partial lethality and five-year survival of patients with thyroid cancer calculated according to the international standard.

Every year, more than 13 thousand (13,250 — 2018) new cases of thyroid cancer are registered in Russia.

In recent years, in St. Petersburg, more than 150 new cases of malignant neoplasms of this localization of tumors are registered annually among men, and among the female population more than 800.

We created the first Russian Population cancer registry in St. Petersburg, which has accumulated a huge amount of information about malignancies, including thyroid cancer. This is one of those localities of malignancies where the specific weight of detected early stages of the disease correlates with the survival rate of patients in stage I and II of the disease, where its value is 98.0%, and the mortality rate of patients for all patients in the first year of observation slightly exceeded 11.0% for men and 4.0% for women.

Key words: thyroid cancer, morbidity, mortality, one-year lethality, observed and relative five-year survival