

Kreftregisteret i Arkhangelsk oblast i nordvest Russland

Med en sammenligning av kreftforekomst i Arkhangelsk oblast og Norge
1993 – 2001

Vaktskjold Arild, Lebedintseva Jelena, Korotov Dmitrij, Tkatsjov Anatolij, Podjakova Tatjana, Lund Eiliv



Регистр онкозаболеваний Архангельской области

Сравнение уровня онкозаболеваемости в Архангельской области и
Норвегии за период с 1993 по 2001 годы

Вактшюлд Арил, Лебединцева Елена Анатольевна, Коротов Дмитрий Сергеевич,
Ткачёв Анатолий Владимирович, Подьякова Татьяна Сергеевна, Люнд Эилив



Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø

*ISM skriftserie
blir utgitt av Institutt for samfunnsmedisin
Universitetet i Tromsø.*

*Forfatterne er selv ansvarlige for sine funn og
konklusjoner. Innholdet er derfor ikke uttrykk
for ISM sitt syn.*

*Серия публикаций ISM
Издается Институтом социальной медицины (ISM),
Университет в Тромсё.*

*Авторы сами несут ответственность за содержание
и выводы. Поэтому, содержание не обязательно
отражает официальную позицию ISM.*

Denne publikasjon er også tilgjengelig på ISMs heimesider:
Эта публикация также доступна на вэб-сайте ISM:
<http://uit.no/samfmed/ansatte/100>

**ISBN 82 - 90262 - 84 - 1
2004**

Kreftregisteret i Arkhangelsk oblast i nordvest Russland

Регистр онкозаболеваний Архангельской области

Vaktskjold Arild, Lebedintseva Jelena, Korotov Dmitrij, Tkatsjov Anatolij, Podjakova Tatjana, Lund Eiliv

Вактшьолд Арил, Лебединцева Елена Анатольевна, Коротов Дмитрий Сергеевич,
Ткачёв Анатолий Владимирович, Подьякова Татьяна Сергеевна, Лунд Эилив

En sammenligning av kreftforekomst
i Arkhangelsk oblast og Norge 1993 – 2001

Сравнение уровня онкозаболеваемости в Архангельской
области и Норвегии за период с 1993 по 2001 годы

Institutt for samfunnsmedisin
Universitetet i Tromsø
N-9037 Tromsø
Norge
Tlf. 77644000
www.uit.no

Норвегия
г. Тромсё 9037
Университет в Тромсё
Институтом социальной медицины
Тел. +47 77644000
www.uit.no

Arkhangelsk oblast kreftregister
prospekt Obvodnyj kanal 145a
163061 Arkhangelsk gorod
Russland
www.msa.ru

Россия, 163061
г. Архангельск
пр. Обводный канал – 145 а
Архангельский областной регистр рака.
www.msa.ru

Forord

I 1997 fødtes ideen om et systematisk krefregister for Arkhangelsk oblast hos professorene Eiliv Lund ved Universitetet i Tromsø (UiT) og Anatolij Vladimirovitsj Tkatsjov – direktør for instituttet for fysiologi i Arkhangelsk. Senere i det samme år begynte Institutt for samfunnsmedisin ved UiT og det sentrale Kreftsykehuset i Arkhangelsk samarbeidet for å etablere Arkhangelsk krefregister. Prosjektet er ved utgivelsen av dette skrift slutført.

De involverte parter og individer retter med dette ei takk til Den norske kreftforening. Uten deres økonomiske støtte hadde ikke prosjektet latt seg virkeliggjøre. Det rettes også ei takk til Dr Vladimir Popov - den samfunns- og faglig engasjerte onkologen i Kholmogory, samt til medarbeiderne ved krefregistreringa i Severodvinsk, for deres gjestfrihet og velvillighet under arbeidet med å verifisere de registrerte data. Vi er også takknemlig for at Dr. Helge Stalsberg kom til Arkhangelsk og foretok ei sammenligning av den histologiske diagnostikk i Arkhangelsk med den norske. Ei takk også til Krefregisteret i Norge som har stilt sine data til rådighet.

Elin Alsaker bidro med uvurderlig innsikt for en effektiv og nøyaktig utarbeidelse av tabellene. Teksten er oversatt til russisk med hjelp fra Jelena Bondarenko, Tatjana Korobka, Ljubov Sergukhina, Natalja Marijeva, Natalja Romanova og Anna Moskvina. Takk! Ei stor takk går også til Ljudmila Talykova og Maria Averina for korrekturlesing og innspill. Vi er også takknemlige for opplysninger fra professorene A.Vjazmin og J.Sumarokov ved Severnyj gosudarstvennyj meditsinskij universitet i Arkhangelsk.

Tromsø, den 29. februar 2004

Arild Vakt skjold

Предисловие

В 1997 году у профессоров Эилива Люнда из Университета г. Тромсё (УТ) и Анатолия Владимировича Ткачёва, директора института физиологии г. Архангельска, родилась идея о систематическом регистре рака для Архангельской области. Позднее в том же году началось сотрудничество Института общественной медицины при УТ и Центрального онкологического диспансера г. Архангельска с целью создания Архангельского регистра рака. При издании этой работы данный проект будет завершён.

Вовлеченные стороны и отдельные лица направляют тем самым благодарность Норвежскому раковому обществу, без финансовой поддержки которого невозможно было бы осуществить данный проект. Благодарность также направляется доктору Владимиру Дмитриевичу Попову, онкологу из Холмогор, увлеченному обществом и профессией, а также сотрудникам, регистрирующим рак в Северодвинске, за их гостеприимство и доброжелательность во время работы по проверке зарегистрированных данных. Мы также благодарны доктору Хельге Сталсберг за его приезд в Архангельск и выполнение сравнительного анализа гистологической диагностики в Архангельске и Норвегии. Также спасибо Норвежскому раковому регистру за предоставленные данные.

Элин Алсакер внесла свой вклад в эффективную и точную разработку таблиц. Текст переведен на русский язык Еленой Бондаренко, Татьяной Коробка, Любовью Сергухиной, Натальей Мариевой, Натальей Романовой, Марией Авериной и Анной Москвиной. Спасибо вам! Огромная благодарность также Людмиле Талыковой за корректировку и запись текста. Мы также благодарны профессору А. Вязьмину и профессору Ю. Сумарокову из Северного Государственного медицинского Университета г. Архангельска за предоставленные данные.

29 февраля 2004 г.

Тромсё

Арил Вактшольд

Innholdsfortegnelse

<i>Arkhangelsk blast</i>	7
<i>Arkhangelsk Kreftregister</i>	14
<i>Kreft i Arkhangelsk oblast</i>	34
<i>Diagrammer for kreftforekomst</i>	40
<i>Tabeller over kreftforekomst</i>	44
<i>Befolkningstabeller</i>	68
<i>Andre vedlegg</i>	70

Оглавление

<i>Архангельской область</i>	7
<i>Архангельский раковый регистр</i>	14
<i>Онкологические заболевания в АО</i>	34
<i>Рисунки с показателями онкозаболеваний</i>	40
<i>Таблицы с показателями онкозаболеваний</i>	44
<i>Таблицы по населению</i>	68
<i>Приложение</i>	70

Innledning

Arkhangelsk oblast er et administrativt område i nord-vest Russland med 1,3 millioner innbyggere. Målsettinga ved etableringa av Arkhangelsk kreftregister var å registrere alle krefttilfelle i befolkningen f.o.m. 1993. Den systematiske registreringa begynte i 1999, og ved utgangen av 2001 var drøyt 36 000 tilfelle registrert.

Tall for utbredelse og forekomst av kreft i Sovjetsamveldet og Russland har tradisjonelt ikke vært lagt til rette for sammenligning med tilsvarende tall fra det vestlige Europa og Nord-Amerika. Dette har til dels skyldtes deres ulike rutiner for rapportering, registrering og diagnostisering, samt manglende innsyn og beskrivelse av deres rutiner. I dag er det regionale kreftregisteret i Sankt Petersburg det eneste i Russland hvor det Europeiske nettverk av kreftregistre anerkjenner at internasjonale standarder følges.

Et verifiserbart kreftregister som dekker populasjonen i Arkhangelsk oblast vil ikke bare kunne gi verdifullt innsyn i kreftforekomsten i Russland, men også i kreftsituasjonen i en nordlig befolkning som har vært forholdsvis homogen både etnisk og sosioøkonomisk. Denne rapporten vil beskrive det arbeidet som har vært gjort i Arkhangelsk kreftregister; rutinene for innhenting og registrering av data; kvalitet; befolkningen; antall krefttilfelle; samt forekomsten av ulike kreftformer i sammenligning med Norge.

Вступление

В 1999 году началась работа над систематической электронной ретроспективной регистрацией всех случаев рака за прошедшее время начиная с 1993 года. К концу 2001 года было зарегистрировано около 36000 случаев онкозаболеваний.

Ранее сравнение данных об онкозаболеваемости в Советском Союзе (СССР) и России с соответствующей статистикой стран западной Европы и Северной Америки было затруднено. Это частично объясняется различием форм и методов отчетности, регистрации и диагностики, а также недостатком информации о практике их применения. На сегодняшний день только региональный раковый регистр в Санкт-Петербурге, единственный в России, признанный Европейской сетью регистрации раковых заболеваний как соответствующий международным стандартам.

Проверенная информация онкологического регистра, охватывающая население Архангельской области, дает не только важные сведения о распространенности онкозаболеваний в России, но также и сведения о ситуации по онкозаболеваниям среди северного населения, которое сравнительно однородно как этнически, так и социально-экономически. Данный отчет описывает работу, которая была проведена в Архангельске по регистрации онкозаболеваний; методику получения и внесения данных; качество выполнения; сведения о населении; а так же распространенность различных типов онкозаболеваний в сравнении с аналогичными показателями по Норвегии.

Arkhangelsk oblast

Administrasjon

Den Russiske Føderasjon er inndelt i administrative enheter med ulik grad av føderal status. En enhet er enten ei *respublika* (republikk), *oblast* ("fylke"), eller et *okrug* ("distrikt").¹ Videre er et oblast administrativt delt inn i *rajony* ("kommuner"). Større byer (gorod) er ofte en delenhhet i seg selv. Arkhangelsk oblast (AO) ble grunnlagt som en administrativ enhet i 1937. I 1940 ble tre av de opprinnelige tre og tyve rajoner overført til Kirov oblast i sør. I dag består AO administrativt av 20 rajony; 13 byer (hvorav 6 er egne administrative enheter som gorod); 38 tettsteder med bymessig bebyggelse; 242 landsbyer; samt 3965 småsteder med innbyggere. I tillegg kommer Nenets, som ble innlemmet som et autonomt okrug i 1959. Det administrative senter for AO er Arkhangelsk by (heretter omtalt som Arkhangelsk). I den føderale administrasjon inngår AO i Severo-zapad federalnyj okrug (det nord-vest føderale distrikt), hvor også republikkene Karelija og Komi, samt oblastene Vologodskaja, Murmanskaja, Leningradskaja, Novgorodskaja, Pskovskaja og Kaliningradskaja inngår (1). Arkhangelsk ble grunnlagt i året 1584 som følge av en forordning under Ivan den grusomme (opprinnelig betydning: Ivan den sterke) (4).

Geografi

Fastlandsdelen av AO befinner seg mellom 60,5 og 69,5 grader nord (Norge 58 – 72 grader nord). AO dekker 587 400 km² (fastlands Norge 324 000), hvorav Nenets autonome okrug utgjør om lag 30 prosent. AO innbefatter også øyområdene Frants Josefs land, Novaja Zemlja, og Solovjetski. Tretti ni prosent av AO er dekket av skog, mens 24 prosent er beiteland for reinsdyr. AO grenser til havet med en 3000 km lang kyst (se forsida). Arkhangelsk befinner seg 1133 km fra Moskva (1). Klimaet i Arkhangelsk er hovedsakelig påvirket av Nordishavet, og middel temperaturen i januar og juli er henholdsvis -13 og +17 grader Celsius. Middelnedbørmengden i byen er 529 mm (4).

Demografi

Per 1/1-2001 hadde AO 1 443 300* innbyggere, hvorav 74 prosent bodde i by eller tettbygde strøk (1). Andelen som bodde på landet var størst i befolkningsgruppa som var 80 år eller eldre (35% i 1999), og lavest i aldersgruppa 25-29 (19,3% i 1999)(3) (fig.I). Folketettheten i 2001 var 2,5 innbyggere/ km². De største byene er

Архангельской области

Население Архангельской области (АО)

На 1 января 2001 года в Архангельской области насчитывалось 1.443 000* жителей, из которых 74% проживали в городах (1). Основную часть сельского населения (35% в 1999) составляли лица 80 лет и старше, а доля лиц в возрасте 25-29 лет была минимальной и составляла в 1999 году 19,3% (3) - (рисунок.1). Плотность населения в 2001 году - 2,5 жителя на 1 квадратный километр. Крупнейшие города АО: Архангельск (358 500 чел.), Северодвинск (232 800), Котлас (65 500), Новодвинск (48500) и Коржма (44300) (1). Самая большая плотность населения отмечается в районе впадения реки Северной Двины в Белое море. Здесь расположены три из четырех крупнейших городов, где проживает более половины жителей Архангельской области (приложение 1,2). Жители Архангельской области (за исключением Ненецкого округа) в российском масштабе относительно однородны по национальному составу: 92% русских, 3,4% украинцев, 1,3% белорусов, коми и ненцы - по 0,5 % (1). Согласно демографическим исследованиям 2000 года 70% мужчин и 78% женщин, проживающих в АО, родились на севере (17). Ряд демографических показателей Архангельской области и Норвегии представлены в таблице 1.

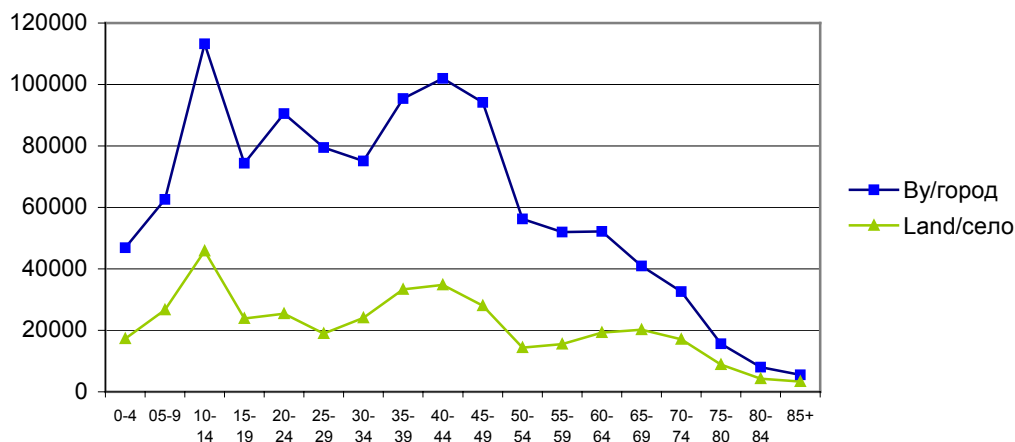
Численность населения возростала в период 1980-х годов и достигла пика в 1991 (1 576 000 жителей) (1). В 1992 году рождаемость резко снизилась более чем на 20%, по сравнению с предыдущим годом и впервые смертность превысила рождаемость. С тех пор снижение естественного прироста продолжалось, как из-за невысокой рождаемости, так и из-за увеличения смертности (1,2). С 1992 года также заметно увеличилась миграция, и по официальным данным за 90-годы убыль населения составила приблизительно 6000 человек в год (1,25). В конце 80-х годов общая смертность населения составляла около 10 случаев на 1000 жителей, что было несколько ниже, чем в целом по России, но к началу нового тысячелетия смертность повысилась до 14-15 на 1000 жителей. Рождаемость в этот промежуток времени уменьшилась с 17 до 9 на 1000 жителей (2). С 1991 по 2000 годы расчетное снижение численности населения составило 133900 человек (8,5%). В сельской местности оно было выше и составило 11,3%. Наибольшее снижение численности населения в области происходило в 1999 году (на 18700 человек) (1,2). На рисунке II представлено поло-возрастное распределение городского населения в 1999 году.

¹ Translitterasjonen fra Kyrillisk til latinske bokstaver i dette skrift er utført i henhold til anbefalingene fra Norsk språkråd.¹⁶

*После переписи 2002 г.: 1 336 000 насел. (26).

Figur I. Den aldersvise fordeling av befolkning i AO mellom henholdsvis by og land i 1999

Рисунок I. Распределение сельского и городского населения АО по возрасту в 1999 году



Arkhangelsk (358 500 innb.), Severodvinsk (232 800), Kotlas (65 500), Novodvinsk (48 500) og Karjazjma (44 300) (1). Folketettheten er størst rundt bukta hvor elva Severnaja dvina løper ut i Kvitesjøen. Der befinner tre av de fire største byene seg, og disse har over halvparten av AOs innbyggere (den geografiske fordelinga av innbyggerne i AO fremgår i vedlegg I.). Innbyggerne i AO, utenom Nenets, er i russisk målestokk forholdsvis ensartet mht. nasjonalitet. Nittito prosent er russere, 3,4 prosent er ukrainere, 1,3 prosent er kviterussere, mens komi og nenetsere utgjør en halv prosent hver (1). I en undersøkelse basert på et utvalg av befolkningen i Arkhangelsk i 2000 kom det frem at 70 prosent av de mannlige og 78 prosent av de kvinnelige deltakerne var født i nord. Blant de resterende hadde gjennomsnittet bodd over halvparten av si levetid i nord (17). Ei demografisk sammenligning av AO og Norge fremgår i tabell I.

Befolkningen vokste under hele 1980-tallet og nådde toppen i 1991 med 1 576 000 innbyggere (1). I 1992 sank fødselsraten med drøyt 20 prosent sammenlignet med året før, og dødeligheten oversteg tilveksten for første gang i nyere tid. Siden har den negative naturlige veksten fortsatt, både grunnet lav tilvekst og økende dødelighet (1,2). Fra 1992 tiltok også folkevandringa betydelig, og netto offisiell utflytning på nittitallet var om lag 6000 mennesker pr år (1,25). Dødeligheten var knapt 10 per 1000 innbyggere på slutten av 80-tallet, noe som var lavere enn i Russland totalt sett. Dette har siden jevnnet seg ut, samtidig som dødeligheten har økt til 14-15/1000 innbyggere ved overgangen til det nye årtusen. Antallet fødsler har gått ned fra 17 til 9 per 1000

innbyggere i det samme tidsrommet (2). I årene fra 1991 til 2000 sank det offisielle folketallet med 133 900 personer (8,5%). Nedgangen var størst utenfor tettbygd strøk med 11,3 prosent. Den største nedgangen i folketallet forekom i 1999 (-18700) (1,2). Figur II viser antallet kvinner og menn i de ulike aldersgrupper av bybefolkningen i 1999.

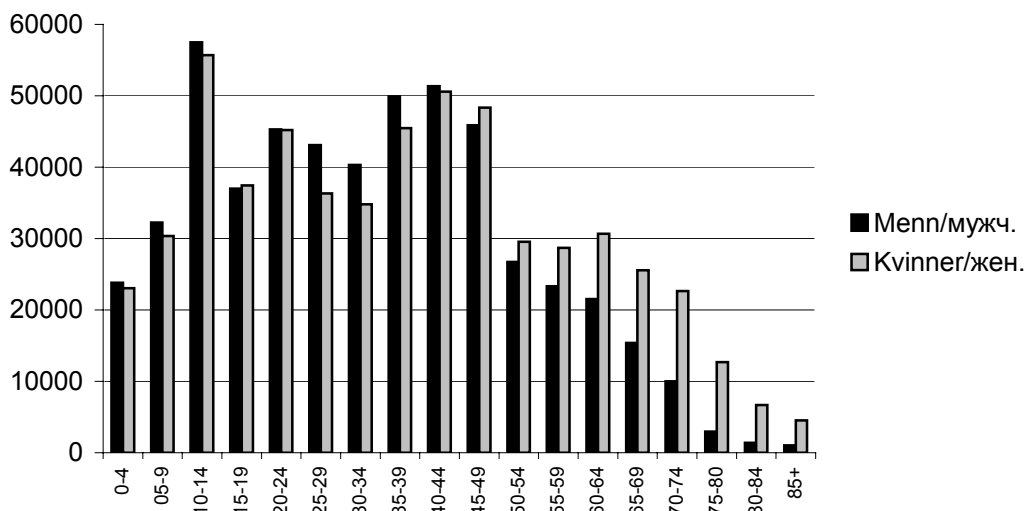
** Like før dette skrift gikk i trykken forelå resultatene fra folketellinga i Russland høsten 2002 (som var den første folketelling siden 1989). Innbyggertallet i AO viste seg da å være 1 336 000 (26).*

Den sosialøkonomiske stilling

Den gjennomsnittlige realinntekta i AO etter Sovjetsamveldets sammenbrudd nådde bunnen i 1999. Den var da under 70 prosent av inntekta i 1995. Dette skyldes hovedsakelig en galopperende inflasjon som nådde sitt høyeste nivå i 1998, som var året da rubelen falt sammen. Prisenivået tredoblet seg i tidsrommet 1995 – 2000. Realinntekta i AO var i år 2000 høyere enn gjennomsnittet i Russland. Industriproduksjonen gikk ned til og med 1996 – deretter har det vært en årlig økning. Verdien av utførte varer på årsbasis var 3 til 5 ganger høyere enn innførselen i tidsrommet 1996 – 2000. Arbeidsløsheten nådde sitt høyeste nivå i 1997 da 56 500 mennesker var registrert ledige. I år 2000 var antall ledige redusert til 16 100 (1).

Figur II. Aldersfordeling i den kvinnelige og mannlige bybefolkning i AO i 1999

Рисунок II. Распределение городского населения АО по полу и возрасту в 1999 году



Industri/sysselsetting

Industrien sysselsatte 29 prosent av alle som hadde inntektsgivende arbeid i 1995 – en andel som holdt seg noenlunde jevnt i de påfølgende 4 år. En økende andel av de sysselsatte arbeider innen handel, og i 1999 sysselsatte denne næringa 13,1 prosent av de sysselsatte. Litt færre var sysselsatt innen henholdsvis utdanning; befordring; maskinarbeid; landbruk og helse (5 til 13 prosent i 1999). I 2001 sysselsatte småbedrifter om lag 30 000 mennesker i AO (5,2%), hvorav 21 prosent arbeidet i små industriforetak – hovedsakelig innen tilvirking av maskiner/maskindeler. Skog-, trevirke-/celluloseindustri er de største i AO (1,4). Lønnsnivået i industrien på nittitallet var høyest blant cellulose-, kryssfinér- og skogsarbeidere (1).

Miljø

Opplysningene som her fremkommer om miljøet i AO er basert på et offentlig regionalt skrift, utgitt av det statlige senteret for sanitær-epidemiologisk tilsyn i AO, om den sanitær-epidemiologiske stilling i AO i 2001. Hovedkildene til utslipp til luft i Arkhangelsk by i år 2001 var: Cellulose-papir fabrikker, hydrolysefabrikk, tilvirking av varmeenergi, byggevirkomhet, næringsmiddel-industri og transport. Av de totale utslipp skyldes om lag 20 prosent bilbruk. Miljøforurensningen er størst i den nordlige delen av byen. I tidsrommet 1997 – 2001 sank konsentrasjonene av henholdsvis svovelkull og formaldehyd med rundt 30 prosent. I Novodvinsk og Korjazma skyldes utslipp fra cellulose-papir industrien henholdsvis 90 og 99

prosent av luftforurensningen fra stasjonære kilder – andeler som økte opp mot årtusenskiftet (2).

Inntil nylig har celluloseindustrien i AO tradisjonelt anvendt mye klor og klorinerte fenoler, noe som potensielt har gitt store utslipp av dioksiner og furaner (27). I Severodvinsk økte ikke i de totale utslipp i tidsrommet 1996 – 2001. Konsentrasjonene av kvelstoff og benspyrén økte i tre av byene fra 2000 til 2001, og nivået er særskilt høgt i Severodvinsk. I 2001 ble to bøter utstedt i AO for overtredelse av utslippsvedtektene (2).

Hva drikkevannsforsyninga angår så overskred 43,3 prosent av vannprøvene normen for sanitær-kjemiske indikatorer og 16,2 prosent normen for mikrobiologiske indikatorer (særskilt kolibakteria) i 2001. Andelen prøver som ikke var tilfredstillende var synkende. Trettito overskridelser av utslippsvedtekter ble straffeforfulgt i 2001, noe som var en nedgang fra 44 året før (2). Men dårlig vannkvalitet regnes fortsatt som et problem i AO, og utslipp av ubehandlet avfallsvann øker (27).

Prøver av jordsmonn viste at 17,7 prosent av prøvene overskred normen for innhold av tungmetaller. Syttien tilfelle av overskridelser av utslippsvedtekter til jord ble straffeforfulgt, opp fra 47 året innen (2). Om lag 12 prosent av landområdet i AO har inntil nylig vært underlagt militær aktivitet og kontroll. Store deler av dette området, spesielt i Kotlas rajon og anvendte øyer, behøver å avforurenses innen det kan overdras til AO for vanlig bruk (27).

Ingen sykdomstilfelle som kunne tilskrives radioaktiv bestråling ble registrert i 2001. Ei ulykke ble registrert (et kjernefysisk apparat havarerte på en cellulosefabrikk). Drøyt 54 prosent av den radioaktive strålinga befolkningen er utsatt for er beregnet å komme fra naturlige kilder, 44,7 prosent fra medisinske undersøkelser, mens 0,1 prosent regnes å stamme fra kjernereaktorer. På alle arbeidsplasser hvor målinger av radioaktivitet ble foretatt i 2001 ble tillatt norm tilfredstilt (totalt 706 kontroller). I tidsrommet 1995-2001, så ble det målt én overskridelse av normen i 1999 og én i 1995. Antall målinger har økt etter 1997. Bruken av bestråling i medisinske undersøkelser har doblet fra 1998 til 2001 – til om lag 1,5 millioner prosedyrer. Røntgenografi utgjør drøyt halvparten av antallet, mens røntgenoskopi utgjør bortimot 60 prosent av den totale påførte dose (2). I 2001 ble det foretatt 895 målinger av aktiviteten til de radioaktive nuklidene Cesium-137 og Strontium-90 i matvarer. To målinger overskred normen for førstnevnte (tranebær). Normen for godtakbar radioaktivitet varierer med de ulike matslag. Den høyeste normen for Cesium-137 er i reinsdyr (250 Beq/kg), mens den høyeste for Strontium-90 er i grønnsaker (510 Beq/kg). Overskridelser av normen for Cesium-137 i tidsrommet 1997 – 2001 har typisk vært i bær, mens normen for Strontium-90 kun har vært målt overskredet i kjøtt (53 Beq/kg i 1998). I byggematerialer ble det gjennomsnittlige nivået av radioaktivitet målt til 75 Beq/kg, noe som er under tillatt norm (2).

Nenets autonome okrug

Det nordligste fastlandsområdet i AO, som utgjør 176 000 km² (på størrelse med Nederland, Belgia og Portugal til sammen) (se forsida). Nesten hele territoriet befinner seg nord for polarsirkelen og består for det meste av tundra. Sytti to prosent av arealet er beiteområder for reinsdyr, mens 8 prosent er sump/våtmarksområder. Folketallet per 1/1-2001 var 45 000*, og bestod av 65,8 prosent russere, 11,9 prosent Nenetsere og 9,5 prosent Komier. Vel seksti prosent av befolkningen bodde i tettbygd strøk. Det finnes én by, to tettsteder, 18 landsbyer, og 45 småsteder med bosetting som har en eller annen form av lokal administrasjon. Folketallet gikk ned med 17,9 prosent i tidsrommet 1989 – 2001 (7), og nedgangen skyldes utelukkende utvandring (25,27). Fødselsraten i Nenets har de siste årene vært høyere enn i AO generelt, og drøyt halvparten av befolkningen er under 16 år gamle (27).

Store budsjettunderskudd og økonomisk krise under første halvdel av nittitallet gjorde at Nenets kom under det føderale budsjett (det føderale fond for støtte av territorier) fra 1997. Hovednæringsveier i territoriet er olje-/gassutvinning, fiske,

reinsdyr og sagbruk. Olje- og gassutvinning bidro til kraftig økonomisk vekst fra slutten av 90-tallet. I 1999 oversteg indeksen for industriproduksjon endelig igjen nivået fra 1991. Industrien sysselsatte i år 2000 knappe fem prosent av befolkningen, hvorav energiindustriens seks produksjonsenheter sysselsatte nesten halvparten. Reindriftsnæringa ble redusert med om lag en tredjedel i årene 1996 til 2000. I tidsrommet 1996 – 2000 økte bilparken fra 2417 til 2705 enheter (1). Mangel på infrastruktur har gjort fly til det viktigste transport- og fremkomstmiddel. Om sommeren er også elva Petsjora ei viktig transportåre (7).

Miljøsituasjonen i Nenets er ennå preget av den store gassesplojningen i 1980. Ulykken og flammehavet var av en slik størrelsesorden at det i 1981 ble foretatt en atomsprengning for å få stanset gassutblåsinga, noe som ikke lyktes. Utblåsinga kom ikke under kontroll før i 1987, etter at det da daglig i over seks år hadde sluppet ut 2 millioner m³ gass og flere hundre tonn kondensat. Undersøkelser har vist at det så seint som i 2001 var høye nivåer av krom, kvikksølv, bly og nikkel i området rundt Korovinskajabukta – som er et viktig gyteområde for flere fiskeslag (27). Dårlig kvalitet på drikkevannet er også ei helsemessig utfordring i Nenets (27).

** Den ovenfor omtalte folketellinga viste at det ved utgangen av 2002 var 42 000 innbyggere i Nenets (26).*

Helsesituasjonen i AO

Forventet levealder i AO i 1999 var 71,1 år for kvinner og 58,0 år for menn, en nedgang fra henholdsvis 74,7 og 64,0 år ti år tidligere (1). Den forventede levealder var høyere i bystrøk enn på landsbygda, og høyere både i Nenets autonome okrug, Murmanskaja oblast, Republikken Komi, og i Russland totalt enn i AO (1,14). Antallet døde i produktiv alder økte til nesten det dobbelte i løpet av tidsrommet 1991 – 2000 (1). De hyppigste dødsårsakene er knyttet til blodomløpet (54%), fulgt av ulykker (16%) (forgiftninger innbefattet), og svulster (14%). Sjukeligheten i 2001 var 18,4 prosent høyere enn i 1995 – med størst økning blant barn. Sjukeligheten var høyest i byen Novodvinsk og lavest i Kotlas (2).

Når det gjelder infeksjonssykdommer, så er det i AO høyere forekomst av kusma, salmonellose, dysenteri og influensa enn i Russland totalt. Både dødeligheten og sjukeligheten av tuberkulose har økt jevnt og trutt siden 1990. En økning i syfilistilfelle begynte i 1993, men nådde ikke de samme proporsjoner som i Russland generelt (2). Antallet nye tilfelle av HIV smittede i 2001 var 1,7 per 100 000 innbyggere, noe som var lavere enn i

Norge (3,5/100000) og flerfoldige ganger lavere enn i de andre regionene i nordvest Russland (15).

Andelen av befolkningen med mangelsykdommer forbundet med ernæring i tidsrommet 1997 – 2001 var beregnet til 1,0 prosent blant voksne, 5,6 prosent blant tenåringer, og 0,6 prosent blant barn. I det samme tidsrommet hadde 1,3 prosent av barna og 0,4 prosent av hele befolkningen anemi. Sjukeligheten i 2001 knyttet til jodmangel var høyest i Severodvinsk, hvor den var om lag 3 ganger høyere enn i AO totalt sett (2).

Blant deltakerne (alder >17 år) i en helseundersøkelse i Arkhangelsk ble 30 prosent av mennene beskrevet som svært fysisk aktive, og 17 prosent av kvinnene (17). Andeler som er betydelig høyere enn blant deltakerne i Finnmark III undersøkelsen (18). Om lag en tredjedel av deltakerne i Arkhangelsk drakk kaffe daglig, mens tedrikking var mer utbredt (17). Femti prosent av mennene og tolv prosent av kvinnene oppgav at de røykte daglig, mens ytterligere syv prosent av mennene og ti prosent av kvinnene røykte iblant. Røyking var minst utbredt blant de eldste. Drøyt femti prosent vokste opp i hjem hvor voksne røykte (17). Andelen som oppgav avholdenhet fra alkohol i Arkhangelsk var litt høyere enn i Finnmark både blant kvinner og menn (17,18). Gjennomsnittsinntaket av brennevin i Russlands befolkning er om lag 2,5 ganger høyere i EU landene, men det totale inntaket av alkohol ligger rundt gjennomsnittet (19). Den gjennomsnittlige kroppsmasseindeks i ovennevnte helseundersøkelse var 25,2 blant menn og 26,1 blant kvinner (17).

I ei sammenstilling om tilstanden i AO i tilknytning til regionens 65 års jubileum ble nivået på de medisinske tjenestene i Nenets beskrevet som *ikke høyt*. Det finnes 30 leger per 10 000 innbyggere, men bortimot alle befinner seg i byen Narjan-Mar. Det tekniske utstyret ble beskrevet som dårlig og sykehusene som *avfældige*. De hyppigste dødsårsakene i Nenets er knyttet til blodomløpet (49%), fulgt av ulykker (26%) (forgiftninger innbefattet), og svulster (13%). Sistnevnte forårsaket 146 dødsfall pr 100 000 innbyggere (1). Utbredelsen av tuberkulose blant etniske nenetsere var 40 tilfelle/100000 i 1992, som var over dobbelt så høyt som i befolkningen generelt i området. I 1995 hadde andelen med tuberkulose vokst til 124/100000 innbyggere (7). I år 2001 var forekomsten av tuberkulose i befolkningen i Nenets 40,9/100000, mens det var ingen forekomst av HIV (15).

Состояние здоровья жителей АО

По расчетам продолжительность жизни в АО в 1999 году составляла 71,1 года для женщин и 58,0 лет для мужчин, с уменьшением соответственно с 74,7 и 64,0 лет по сравнению с предыдущим десятилетием (1). Данный уровень продолжительности жизни был более высоким в городах, чем в сельской местности, но в целом ниже чем в Ненецком автономном округе, Мурманской области, Республике Коми и в целом по России (1,14). Смертность в активном возрасте с 1991 по 2000 год возросла практически вдвое (1). Наиболее распространенными причинами смертности являются следующие: заболевания органов кровообращения - (54%), несчастные случаи, включая отравления, (16%) и опухоли (14%). Уровень заболеваемости в 2001 году был на 18,4 % выше, чем в 1995 и наиболее возрос среди детей. Самый высокий уровень заболеваемости был отмечен в городе Новодвинске, а самым низким - в Котласе (2).

Организация медицинской помощи больным онкологическими заболеваниями в АО

Ведущим лечебно-профилактическим учреждением (ЛПУ) для оказания специализированной медицинской помощи больным онкологическими заболеваниями в АО является Онкологический диспансер, расположенный в областном центре. В АО работают 50 специалистов-онкологов, из них - 35 в онкодиспансере, 5 - в Северодвинске, остальные – в районах АО. Таким образом примерно половина районов имеет врача-онколога. В тех районах, где нет онкологов, есть лица, которые несут ответственность за регистрацию онкологических заболеваний и отчетность, но они не проводят специализированного лечения онкологических больных (9).

Когда пациент направляется из районной больницы в областной онкодиспансер, эта больница может оплатить дорожные расходы, если находятся средства, но обычно пациенты вынуждены оплачивать дорожные расходы самостоятельно (9).

Tabell I. Ei oversikt over samfunnsforhold i Arkhangelsk oblast vs. Kongeriket Norge

Таблица I. Обзор в соотношении данных для Архангельской области и Королевства Норвегии

Forhold	АО	Норвегия/ Norge	Соотносящиеся данные
Breddegrader- nordlig	60,5 – 69,5	58 – 72	Градус широты (севернее)
Flateinnhold (km ²)	587 400	324 000	Площадь (км ²)
Innbyggertall	1 440 000	4 500 000	Численность населения
Folketetthet (km ²)	2,5	13,9	Плотность населения (км ²)
Andel av befolk. 0-19 år	27,1%	25,7%	Численность насел. в возрасте 0-19 лет
Andel av befolk. 70 + år	6,7%	11,3%	Числ. насел. в возрасте 70 и выше
Andel av befolk. tettbygd strøk	74 %	77,6 %	Доля населения густонаселенных районов
Andel av befolk. kvinner	52,8 %	50,8%	Доля женского населения
Antall byer og tettsteder	293	932	Число городов и поселков
Innbyggertall største by	350 000	450 000	Числ. Населения крупнейшего города
Andel av befolk. i byer >100 000 innb.	40 %	29 %	Доля город. Насел. на 100000 жителей
Forventet levealder ved fødsel - kvinner	71 år/лет	81,3 år/лет	Примерный уровень продолжительности жизни (женщины)
Forventet levealder ved fødsel - menn	58 år/лет	75,5 år/лет	Примерный уровень продолжительности жизни (мужчины)
Antall innbyggere pr lege	248	628	Число жителей на одного врача
Nye tilfelle av HIV-smittede i 2001 ¹⁵	1,7/100 000	3,5/100 000	Случаи ВИЧ- инфицирования в 2001
Nye tilf. av tuberkulosesmittede i 2001 ¹⁵	45,5/100 000	6,6/100 000	Случаи инфицир. туберкулезом в 2001

Хelsevesenet i АО og kreft

Den sentrale kliniske kreftklinikk for АО (heretter kalt *Dispanser*) befinner seg i Arkhangelsk by. Det finnes om lag 50 utøvende onkologer i АО. Av disse arbeider 35 i Dispanser og 5 i Severodvinsk, mens de resterende virker ute i distriktet. Dvs. at om lag halvparten av rajonene har én onkolog. De rajoner som ikke har onkolog har en person som er ansvarlig for kreftregistrering/-rapportering, men denne personen har generelt ikke kontakt med kreftpasientene(9).

Når en pasient henvises til et regionalt sykehus eller til Dispanser kan det lokale sykehus tilby å dekke reiseutgiftene, hvis det finnes midler, men vanligvis må pasienten dekke reiseutgiftene selv. Det sistnevnte er også tilfelle når pasienten oppsøker lege eller drar til behandling innad i sitt heimrajon (9).

Alle former for behandling finnes tilgjengelig i Arkhangelsk by. Røntgenbehandling og radioterapi er kun tilgjengelig der, mens kirurgiske inngrep

В онкодиспансере проводятся все специальные методы лечения больных злокачественными новообразованиями: хирургические, химио-гормонотерапия, лучевая терапия. При достаточном уровне квалификации хирургов городских и центральных районных больниц оперативное лечение онкобольных при необходимости может проводится по месту жительства. Химио-гормонотерапия может проводится в этих же лечебных учреждениях после очного обследования больных в онкодиспансере г. Архангельска. В ряде случаев допускается заочное консультирование, когда местный врач консультируется со специалистами онкодиспансера по телефону (9).

Иммуно-гистохимические обследования проводятся не в онкодиспансере, а на базе Архангельской областной больницы. Данные исследования стали возможны с конца 2000

utføres på ethvert regionalt sykehus hvor det finnes kirurg som er kvalifisert til å utføre den aktuelle operasjon. Det samme gjelder kjemoterapi, men dette kan kun utføres etter at pasienten har vært undersøkt i Arkhangelsk og under konsultasjon med dem. Skulle pasienten ikke kunne foreta reisen til Arkhangelsk, så hender det at den lokale lege kun samrår med Arkhangelsk per telefon (9).

Immunohistokjemi gjøres ikke på Dispanser, men ble etablert ved sentralsykehuset i AO igjennom et samarbeid med Regionssykehuset i Tromsø. Dette kom i gang i 2000/2001 med finansiering fra Barentsprogrammet. Pr september 2001 var 4 antistoffer tilvirket. Dispanser og sentralsykehuset samarbeider nært og foretar hyppige konsultasjoner om vanskelige tilfelle (8).

Patologisk avdeling

Avdelinga har atskilte laboratorier for cytologi og histopatologi. Ved det histopatologiske laboratoriet arbeider tre patologer og det analyseres 35 000 kirurgiske patologiprøver pr år. Avdelinga besitter ei fullstendig utgave av Verdens helseorganisasjons Internasjonal histologisk klassifisering av kreft på russisk (8).

Masseundersøkelser

Masseundersøkelser for oppdagelse av tilfelle av lungekreft og tuberkulose undersøkelse ved bruk av fluorografi ble igangsatt allerede i sovjettida. Det er et føderalt program hvor alle regionale sykehus har det nødvendige utstyr. Programets mål er at alle fra alder 16-18 år (fra oppstart av undersøkelser) skal undersøkes én gang annet hvert år. Programmet var etter sigende bedre planlagt og organisert i sovjettida enn nå. Reiseutgifter knyttet til det å bli undersøkt må den enkelte dekke sjøl (9).

Historikk – kreftsykehuset i Arkhangelsk (dispanser)

Et statlig direktiv av 1946 førte til grunnlegginga av Arkhangelsk oblastnoj klinitsjeskij onkologitsjeskij dispanser (Arkhangelsk oblasts kliniske onkologiske ambulatoriske klinikk) det samme år. Opplysninger om klinikken, statistikk og dens historie er tilgjengelig på www.msa.ru (9).

года благодаря сотрудничеству с региональной больницей г. Тромсё (Норвегия) и финансовой поддержке программы Баренц-региона. В сентябре 2001 было проведено 4 исследования антител. Диспансер и областная больница сотрудничали и проводили частые консультации по наиболее тяжелым случаям (8).

Отделение патологии.

Отделение имеет различные лаборатории для цитологических и гистологических исследований. В гистологической лаборатории работают три патологоанатома, которые проводят в год 35000 исследований материалов, полученных при биопсии. Отделение располагает полным изданием ВОЗ «Международная гистологическая классификация опухолей». (8).

Массовые обследования.

Массовые обследования для обнаружения случаев заболевания раком легких и туберкулеза с использованием флюорографии были начаты еще в советское время. В соответствии с федеральной программой все региональные больницы должны иметь соответствующее оборудование. Цель программы состоит в том, чтобы все лица, начиная с 16-18 лет проходили обследование один раз в 2 года. Но в советское время программа была спланирована и организована лучше, чем сейчас. Дорожные издержки, связанные с обследованием, пациенты должны оплатить самостоятельно (9).

История - Онкологический диспансер в г. Архангельске

Архангельский областной клинический онкологический диспансер был основан в 1946 году на основании приказа (9). Информация о клинике и ее истории доступна на www.msa.ru.

Arkhangelsk Kreftregister (AKR)

AKR har siden oppstarten vært administrert og drevet av Dispanser. AKR har nå seks ansatte, og har fra begynnelsen vært ledet av Dr. Jelena Anatolijevna Lebedintseva (tidligere Osjurkova), onkolog og Kandidat av medisinsk vitenskap. I året 1999 ble Dmitrij Sergejevitsj Korotov ansatt på deltid som ansvarlig for edb programmering knyttet til registeret. AKR si adresse: Arkhangelsk rakovyj registr, Obvodny kanal 145a, 163061 Arkhangelsk, Russland.

Historikk

I 1996 forelå det et direktiv fra helseministeriet om at det skulle etableres et systematisk register knyttet til kreft, basert på en forordning fra Russlands president i 1993. Forordningen uttrykker: *Det er nødvendig å utarbeide og iverksette et system for overvåking og observasjon av helsen til befolkningen i Russland.* Direktivet følger dette opp med: *Innen dette systemet må det også opprettes ei systematisk og automatisert registrering og overvåking av kreftpasienter* (29). Videre så uttrykkes, blant annet, nødvendigheten av å bedre troverdigheten i registreringa av kreftpasienter; at den regionale registreringa av data om kreft skal samordnes sentralt i Moskva; samt at det opprettes et sentralt register slik at opplysninger om kreft for hele Russland vil bli utarbeidet og rapportert årlig (29). I Dispanser hadde det til da fantes et skjemaarkiv med personbaserte journaler. Disse finnes muligens tilbake til 1946. I 1996 ble det tilvirket og tatt i bruk et program for en elektronisk database for det kliniske arbeid (9).

I forbindelse med datainnsamlinga til en helseundersøkelse i 1997, som hadde til formål å sammenligne befolkningen i AO og i Norge mht enkelte helse mål, ble det brakt på det rene at regionale prinsipper for medisinsk statistikk i Russland ikke alltid var i tråd med retningslinjene til VHO. Dette førte til at ideen om et systematisk kreftregister fødtes hos professor Eiliv Lund ved Universitetet i Tromsø (UiT), som ledet den norske gruppa. Tanken ble umiddelbart bifalt av professor Anatolij Vladimirovitsj Tkatsjov – direktør for instituttet for fysiologi i Arkhangelsk. Sammen med sjefslege ved Dispanser, Tatjana Sergejevna Podjakova, dannet de tre ei arbeidsgruppe, og i 1999 begynte AKR arbeidet med å få registrert alle krefttilfelle fra årene 1993 – 94 (personlig samtale med Dr Tkatsjov og Dr Lund). Deretter ble registeret oppdatert med data fra de påfølgende år, og i dag registreres nye krefttilfelle fortløpende etter hvert som meldinger kommer inn. Prosjektet lot seg virkeliggjøre og gjennomføre økonomisk takket være NOK 1.5 millioner i støtte fra Den

Архангельский раковый регистр

С самого начала работа по созданию Архангельского регистра рака (АРР) осуществлялась Архангельским областным онкодиспансером. В АРР были заняты 6 сотрудников под руководством Елены Анатольевны Лебединцевой (ранее – Ошурковой) – онкологом, кандидатом медицинских наук. В 2000 году ответственным за программное обеспечение системы регистрации был назначен на неполный рабочий день Дмитрий Сергеевич Коротов. Адрес АРР: Россия, 163061, г. Архангельск, пр. Обводный канал – 145 а - Архангельский областной регистр рака.

История

В 1996 был издан приказ Министерства здравоохранения об установлении системной регистрации данных в области онкологии. Юридической базой для этого явился Указ Президента РФ от 1993 года, который гласит: «разработать и внедрить систему наблюдения и контроля здоровья населения Российской Федерации». Кроме того в Указе отмечена необходимость внедрения системы автоматизированного учета и мониторинга больных злокачественными новообразованиями, повышения достоверности данных регистрации онкобольных и объединения региональной и федеральной (центральной) регистрации. Центральная система регистрации построена таким образом, что бы данные об онкозаболеваниях по всей России должны собираться и ежегодно передаваться в федеральный центр (29). В Архангельском областном онкодиспансере существует архив с медицинскими документами онкобольных, начиная с 1946 года (9). В 1996 году была разработана Компьютерная программа, которая была переделана для клинической работы в диспансере (9).

В связи со сбором данных для исследования состояния здоровья, целью которого являлось сравнение некоторых показателей здоровья населения Архангельской области и Норвегии, в 1997 году, было выяснено, что принципы медицинской статистики в России не всегда точно совпадали с принципами, принятыми Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). Это привело к идее создания системы регистрации онкологических заболеваний, которая появилась у профессора Эйлива Лунда из Университета в г.Тромсё (УТ) Норвегия, возглавившего норвежскую группу. Данная

norske kreftforening. Bevilgning ble tildelt prosjektet den 18/11- 1998.

Samarbeidsavtalen mellom den norske og den russiske sida av prosjektet, som ble underskrevet i januar 1999, bestod av tre deler: 1) Innkjøp av nødvendig utstyr; 2) Opplæring av personell. 3) Erverv av dataprogram til registeret.

AKR og kreftforekomsten i Arkhangelsk på bakgrunn av registerets data ble forestilt under den internasjonale kreftkonferansen i Oslo i juli 2002, under Arctic Monitoring and Assessment Programme (AMAP) sin konferanse i Rovaniemi (Finland) høsten 2002, samt under konferansen *Å leve i nord* i russiske Karelen høsten 2003. Arild Vaktiskjold, som er stipendiat ved UiT, ble deltakende i arbeidet i forbindelse med dataanalyse og fremstilling på konferansen i Oslo. Vaktiskjold har siden hatt ansvaret for fremstillinger, kvalitetskontroll og dataanalyser for den norske sida av prosjektet.

Rapportering fra AKR

AKR sender et årlig sammendrag over forekomst og dødelighet av kreft i AO til Moskva. I sammendraget fremgår også antallet av tilfellene som var bekreftet henholdsvis morfologisk og klinisk. Dispanser har to års frist til å bekrefte ubekreftede tilfelle (9).

Lokalisering av krefttilfelle

Når en person har mistanke om tilstedeværelse av kreft, så kan vedkommende kontakte nærmeste onkolog eller sykehus. Hvis diagnosen stilles lokalt tar stedlige lege/onkolog selv avgjørelsen om pasienten skal behandles hos dem eller sendes til Dispanser i Arkhangelsk. Noen yrkesgrupper, som til dømes sjømenn, gjennomgår regelmessig obligatorisk helsekontroll hvor krefttilfelle kan oppdages (9). I hvert rajon undersøkes den enkelt kvinne som oppsøker poliklinikken også onkologisk (hvis hun ikke har motforestillinger) - uansett hvilke plager eller diagnose hun i utgangspunktet kommer med. Undersøkelsen innbefatter seks punkter: hud, munn, tyroid, bryst, endetarm og genitalia (9,12). Fra år 2000 begynte man også enkelte steder å undersøke menn tilsvarende (9).

Datafangst

Kilder til data

a) Når en lege/onkolog stiller en kreftdiagnose fyller vedkommende ut skjemaet *izvjetzjenie* (melding). Skjemaet har veiledning for utfylling på baksida og skal alltid fylles ut ved første diagnostisering av kreft. Legen er pålagt å sende

idea ble поддержана директором Института физиологии в г. Архангельске, профессором Анатолием Владимировичем Ткачевым. Совместно с главным врачом онкодиспансера – Татьяной Сергеевной Подьяковой, была образована рабочая группа и в 1999 году Архангельский Онкологический Регистр начал формироваться за счет регистрации всех онкозаболеваний за 1993-1994 годы (из личной беседы с профессором Э.Лундом и профессором А.В.Ткачевым). Затем были зарегистрированы данные за последующие годы и продолжается регистрация новых случаев онкозаболеваний по мере получения сведений. Данный проект был реализован при экономической поддержке в размере 1,5 миллионов норвежских крон от Норвежского Онкологического Общества. Указанная сумма была выделена для проекта 18 ноября 1998.

Договор о сотрудничестве между норвежской и российской сторонами был подписан в январе 1999 года и состоял из трех частей: 1) закупка необходимого оборудования; 2) подготовка специалистов; 3) приобретение электронной программы для регистрации данных.

Программа регистрации онкозаболеваний в г. Архангельске была представлена на международном раковом конгрессе, проходившей в г.Осло в июле 2002 года, Арктической контрольной и аттестационной программе на конференции в Финляндии в г. Рованеми осенью 2002 года, а так же на конференции «АМАР», проводившейся в Карелии осенью 2003 года. Арил Вактшюлд, аспирант Университета г. Тромсё, был участником проекта по вопросам обработки данных и представлению их на конференции в г. Осло. Вактшюлд является ответственным за представление, контроль качества и обработку данных со стороны Норвегии в данном проекте.

Доклады из АРР

АРР посылает ежегодный отчет по случаям возникновения онкозаболеваний и смертности по поводу онкозаболеваний в Архангельской области в Москву. В отчете указывается число случаев, которые были подтверждены соответственно морфологически и клинически. Диспансер имеет двух годичный срок для подтверждения диагноза в спорных случаях (9).

det utfylte skjema til Dispanser innen tre dager etter at diagnosen er stilt. I hht. veiledningen skal diagnosen beskrives med ord. Hvis den lokale onkolog er usikker mht. diagnosen skal rutinen være å henvise pasienten til Dispanser i Arkhangelsk by eller til et større regionalt sykehus. Skjemaet *izvjetjzjenie* ble f.o.m. år 2000 endret til ei mer omfattende utgave som innbefattet en nøyaktig rettleiding for utfylling (23). For utforming og opplysninger som innrapporteres i skjemaet *izvjetjzjenie*, se vedlegg III. Skjemaet *izvjetjzjenie* omtales heretter som *meldingsskjemaet*.

I januar hvert år drar onkologer, som har ansvar for en by eller rajon, eller lokalsykehusets leder til Dispanser med årsrapport over antallet tilfelle av de ulike kreftformer i sitt område. Rapporten inneholder også en oversikt over de tilfelle som finnes, samt over de som er fjernet fra foregående år. Eventuelt fylles det ut meldingsskjema for de tilfelle som måtte mangle. Meldingsskjema fra foregående år som ikke ble sendt medbringes også. Hvis det ikke er samsvar mellom kreftforekomsten som fremkommer i rapport og de innkomne meldingsskjema, så sender en forespørsel om dette (9). Dette vil si at eventuelle tilfelle som det ikke sendes meldingsskjema for, og som ikke innbefattes i årsrapporten, ikke oppdages som manglende i AKR sine kontroller.

b) Hvis pasienten behandles lokalt sendes skjemaet *Vypiska* (heretter kalt *epikrise*) inn når pasienten er utskrevet fra et regionalt sykehus. Pasientens behandling og utvikling beskrives. Både ICD koder og ord anvendes for å beskrive kreftbildet. Skulle det forekomme uoverensstemmelse mellom den angitte ICD kode og beskrivelsen med ord, så henvender Dispanser seg til det regionale sykehuset for å få dette klargjort. Hvis pasienten er behandlet av en onkolog, så sendes kun meldingsskjemaet inn - ikke epikrisen (9).

c) I AKR fylles det ut et kort basert på opplysningene som fremkommer av de ovennevnte to skjema. Hvis pasienten er blitt behandlet ved Dispanser anvendes i tillegg til skjemaet for epikrise også et ambulatorisk skjema som varierer i utseende fra sykehus til sykehus. Dette er et skjema som anvendes for alle pasienter – uansett sykdom, og anvendes da som grunnlag for innføring i AKR sammen med epikrise. Ei fritt formulert epikrise er sendt fra Dispanser til

Выявление онкозаболеваний

При подозрении на наличие онкозаболевания пациента направляют к онкологу в ближайшую поликлинику. При установлении диагноза онколог принимает решение о лечении по месту жительства или выписывает направление в Областной Онкологический Диспансер г. Архангельска. Люди некоторых профессий, например, моряки, проходят периодические медицинские осмотры, которые повышают вероятность своевременного выявления онкозаболеваний (9). Во всех районах имеются при поликлиниках специальные кабинеты где по желанию каждая женщина, которая посещает поликлинику, вне зависимости от того, с какими жалобами или диагнозом она обращается может быть осмотрена специально подготовленной акушеркой. Осматривается 6 позиций: состояние кожи, ротовой полости, щитовидной железы, молочных желез и половых органов и прямой кишки (9,12). Аналогичные кабинеты с 2000 года начали создаваться и для мужчин (9).

Сбор данных

Источники данных

a) при установлении диагноза злокачественного новообразования врач заполняет «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования». Врач отправляет заполненное извещение в онкодиспансер в течение 3 дней после установления диагноза. В извещении есть графа, где указывается, куда больной направляется для лечения. В соответствующие графы вносятся словесное описание опухолевого процесса. Форма извещения была изменена в 2000 году, в соответствии с приказом №135 МЗ России от 19.04.99 года и была разработана более подробная инструкция по заполнению извещения (23). Текст инструкции по заполнению извещения смотри в Приложении III.

В январе каждого года онкологи или руководители ЛПУ предоставляют в онкодиспансер г. Архангельска годовые отчеты по онкозаболеваниям на подведомственных территориях. Одновременно проводится сверка данных о больных которые встали/выбыли с диспансерного учета в истекшем году и одновременно заполняются недостающие извещения, если они по каким-то причинам не были отправлены в онкодиспансер. Если возникает несоответствие между данными в

det henvisende regionale sykehus/onkolog for å informere om at pasienten kom til behandling på Dispanser, samt om behandlinga og pasientens utvikling (9).

Det fremgår på innsendte skjema hvis pasienten er heimstadshavende i en annen rajon i AO enn den hvor pasienten ble diagnostisert og/eller behandlet. Hvis ei kvinne har endret etternavn siden tidligere besøk hos onkolog/behandling, så noteres dette i skjemaet som sendes. Likens vil det noteres hvis en kreftpasient har flyttet til rajonet etter at diagnosen ble stilt (9).

d) For innbyggere av AO som diagnostiseres med kreft annet steds i Russland mottar Dispanser meldingsskjema fra det gjeldende sykehus. Likeens, når innbyggere fra annet steds i Russland diagnostiseres i AO, så sendes skjemaet til heimdistriktet til vedkommende (9).

e) Når en person dør utstedes det av lege et medisinsk dokument hvor dødsårsaka angis. Dette dokumentet leveres så til det lokale administrative kontor. Der utstedes en attest om identitet og statsborgerskap, samt en medisinsk dødsattest. Ingen kan begraves uten at en dødsattest er utstedt. Sykehuset/institusjonen som har fastslått dødsårsaka sender attesten snarest mulig til Arkhangelsk oblasts statistikkontor. Dødsårsaka fastsettes enten på grunnlag av kjent sykdom/anamnese hos den avdøde, eller ved patologisk eller rettsmedisinsk undersøkelse. Familien til avdøde kan både motsette seg og forlange obduksjon. Patologiske og rettsmedisinske laboratorier finnes det mange av rundt om i AO. Hvis det patologisk blir fastslått at dødsårsaka var kreft så føres opplysninger både om stadium og spredning på dødsattesten. Hvis dødsårsaka endres lokalt i ettertid sendes ei underretning til administrasjonkontoret og statistikkontoret. Dødsårsaka (kun én) beskrives på dødsattesten med ord, hvorpå statistikkontoret fastsetter en ICD-kode (9,24).

Tre medisinsk ansatte fra kreftavdelinga avlegger statistikkontoret månedlige besøk for å innhente opplysninger om kreftdødsfall. Dødsattesten inneholder ikke opplysninger om kreftstadium eller spredning. Ved endring av dødsårsak i ettertid, som nevnt ovenfor, til kreft, så skal dette også meddeles Dispanser. For krefttilfelle som fremkommer via dødsattest innhentes personopplysninger fra folkeregisteret. Disse kontrolleres opp mot kreftregisteret for å finne ut om individet allerede er registrert. Hvis et individ skulle ha skiftet etternavn i tidsrommet mellom diagnose og død vil dette fremgå av opplysningene fra folkeregisteret (9).

годовом отчете и данными извещений, тогда посылается запрос о причинах такого несоответствия (9). Однако, те случаи заболевания, о которых отсутствует и извещение, и информация в годовом отчете, останутся незарегистрированными в АРР.

б) если лечение проводится по месту жительства, в онкодиспансер отправляется эпикриз, заполняемый врачом ЛПУ по окончании лечения пациента. В эпикризе описывается динамика процесса и методы лечения пациента, а так же код МКБ и описание клиники онкозаболевания. Если пациент решает проходить лечение в онкодиспансере, он получает направление из территориальной поликлиники. Когда лечение в онкодиспансере завершено, эпикриз заполняется врачом онкодиспансера и направляется в территориальное ЛПУ. Таким образом происходит взаимообмен информацией об онкобольных (9).

в) в АРР заполняется карта, обобщающая сведения по вышеуказанным документам. Если пациент проходил лечение в онкодиспансере, на него заводится амбулаторная карта, а при каждой госпитализации – история болезни, сведения из которых используются для пополнения сведений о больном в АРР. Амбулаторная карта не имеет унифицированной формы ведения и может различаться в каждой поликлинике, она заводится на каждого пациента при любом заболевании. Эпикриз, написанный в свободной форме, направляется из онкодиспансера в территориальную поликлинику (онкологу) для информирования о проведенном в онкодиспансере лечении, динамике опухолевого процесса и состояния здоровья пациента (9).

Эпикриз и амбулаторная карта так же отсылается по месту постоянного жительства пациента, если первоначальный диагноз злокачественного новообразования был поставлен в другом населенном пункте и там же проводилось лечение. Если женщина меняет фамилию после того, как на ее имя была заведена документация, это также указывается в отсылаемом бланке. Отмечается также смена места жительства пациента после установления диагноза.

д) Если жителям АО онкозаболевание было установлено в других регионах РФ, документы поступают в онкодиспансер из соответствующих медицинских учреждений этих регионов. Соответственно, если жителям других регионов России злокачественное

Registrering og organisering av data i kreftregisteret

Organisering av data

Et registreringskort (registratsionaja karta) lagres for hver pasient både i AKR og i den enkelte rajon. I AKR systematiseres dette arkivet etter rajon, sortert alfabetisk etter etternavn innen hver klinisk gruppering (9). Tre kliniske grupperinger anvendes: 1) Kreften kan helbredes; 2) Radikal behandling gis/har blitt gitt; 3) Kreftstadiet er ikke spesifikt – kreften har spredt seg til flere lokalisasjoner. Det finnes ett kort for hver lokalisasjon av kreftsvulst (9).

Det elektroniske kreftregisteret består av tre databaser. Den første basen, som ble etablert i 1996, dekket årene 1995 – 1999. Men programmet som ble anvendt bød på praktiske utilstrekkeligheter (i tillegg til registrering, muliggjorde den kun utarbeidelse av enkle rapporter) og noen tekniske vanskeligheter, og ble derfor ikke funnet formåltjenelig. En ny base, som innbefattet standardiserte skjema, ble tilvirket. Denne basen ble tatt i bruk f.o.m. år 2000, og i skrivende stund anvendes den fortsatt. I motsetning til den første basen, så muliggjorde denne basen også tilpassing av statlige direktiver for rapportering. En tredje database ble tilvirket i 2000 for å tillempe for registrering av data fra 1993 og 1994 (9).

I to av databasene er ei innføring identisk med ett individ, mens i databasen for data f.o.m. år 2000 er ei innføring en kreftsvulst. I sistnevnte skal det angis hvis det finnes flere innføringer /krefttilfelle i basen for den angjeldende person. De registrerte personlige opplysninger må anvendes for å lokalisere de andre innføringer som gjelder samme person (9). I de elektroniske databasene er hvert krefttilfelle registrert med en nummerkode. Et stigende nummer tilknyttet hver innføring fortløpende (9).

EDB- programmet som ble tilvirket i 1996 ble utformet for bruk i det kliniske arbeid ved Dispanser. Dette formålet har blitt lagt til grunn også ved utarbeidelsen av program og databaser i ettertid (9).

новообразование диагностируются в АО, необходимые документы отсылаются по месту постоянного жительства (9).

е) Медицинским документом, устанавливающим причину смерти человека, является медицинское свидетельство о смерти заполняемое врачом (фельдшером) на каждого умершего. На основании медицинского свидетельства органами ЗАГСа (муниципальный орган записи актов гражданского состояния) выдается «Свидетельство о смерти». Причина смерти устанавливается на основании анамнеза или по результатам патологоанатомического или судебно-медицинского вскрытия. Патолого-анатомическое вскрытие проводится с согласия родственников умершего. В АО располагается достаточно большое количество патолого-анатомических лабораторий и учреждений судебной медицины. В случае диагноза онкологического заболевания в свидетельстве о смерти указываются стадия заболевания и локализация метастазов. Если выявляется несоответствие клинического и патолого-анатомического диагноза, органы ЗАГСа ставятся в известность. Причина смерти указывается в свидетельстве в словесной форме, по которой статистическое управление устанавливает шифр МКБ (9,24).

Три медицинских работника из онкологического диспансера посещают управление статистики ежемесячно для получения сведений об умерших по причине онкозаболеваний. Данные по смертности не включают справки о стадиях рака и /или метастазировании (9).

Регистрация и систематизация данных

Систематизация данных

Регистрационная карта заводится на каждого пациента как в АРР, так и в соответствующем территориальном лечебно-профилактическом учреждении. В АРР архив систематизируется по территориальному признаку, затем по каждой территории по трем клиническим группам, в каждой клинической группе по фамилиям в алфавитном порядке (9). Принято различать три клинические группы:

1. больные подлежащие радикальному лечению.
2. больные получившие радикальное лечение.
3. генерализованная форма опухоли (наличие метастазов). В карточке отмечается каждая локализация опухоли (9).

Registrering av data

Opplysningene som fremkommer på meldingsskjemaet danner grunnlaget for registrering av et krefttilfelle i AKR. Seinere er de registrerte opplysningene supplert med opplysninger fra registreringskortet, hvilket også inneholder opplysninger fremkommet i seinere innrapportering (epikrise etc.). Hvis meldingsskjemaet mangler opplysninger om fødselsår, så sendes en forespørsel til avsender. Når kun fødselsåret fremkommer, og ikke fødselsdato, så registreres datoen 30.6. sammen med fødselsåret. I de første årene blev kun fødselsåret innmeldt, men for enkelte tilfelle har dette blitt supplert med fødselsdato på bakgrunn av rapporter i ettertid (9).

Den innrapporterte eller innhentede diagnose registreres i databasen både med ICD-kode og som tekst. I databasen for 1995-99 ble utgave 9 av ICD-koding anvendt. I basen med tilfelle f.o.m. år 2000 ble ICD utgave 10 anvendt grunnet et statlig direktiv, mens i basen for 1993-1994 ble begge kodene registrert. Det siste vil si at når én av de to kodene legges inn, så registreres også den andre automatisk. Dessuten fremkommer det automatisk også en forklaring av koden i et eget felt i basen. Databaseprogrammet anvendt fra år 2000 registrerer kjønn automatisk på bakgrunn av det patronymikon som føres inn. Hvis patronymikon mangler registreres kjønn manuelt (9,13).

Innkomne meldingsskjema er først tatt hånd om av AKRs leder, som kontrollerer beskrivelsen av diagnosen; om histologi samsvarer med diagnose; samt at kreftstadiet er kodet i henhold til TNM systemet. Hun fastsetter en ICD-kode hvis den ikke er angitt. Det innkomne skjema blir så gitt videre til en person som har ansvaret for statistikk. Denne lager registreringskort, holder forbindelse med onkologer og følger opp deres årlige rapporter. Skjemaet gis deretter videre til to sykepleiersker som er ansvarlige for innlegging av data i kreftregisterets elektroniske database (9).

Hvilke data som registreres i AKR

En detaljert oversikt over de opplysninger som har vært registrert i AKR om hvert enkelt krefttilfelle siden 1993 fremgår i vedlegg IV.

På meldingsskjemaet forekommer det også at utsteder noterer dødsdato hvis denne er kjent.

Elektronisk registrering onkologiske sykdommer består av tre databaser. Den første databasen inneholder data for 1995-1999, men den brukte programmet hadde praktiske og tekniske problemer, så den ble ikke fullstendig implementert. Derfor ble det startet med å bruke en ny database, som var basert på den gamle, men som var mer effektiv. Denne nye databasen ble implementert i 2000. Den tredje databasen ble utviklet for å kunne ta inn nye data, som for eksempel data fra andre kilder. Denne databasen ble implementert i 2000 og i den ble det lagt inn data fra 1993-1994 (9).

I den nye databasen som ble implementert i 2000, er informasjonen lagret på en annen måte. Den er lagret i en database som heter "onkologiske sykdommer". Denne databasen inneholder informasjon om alle onkologiske sykdommer som er registrert i AKR. Denne databasen er basert på den gamle databasen, men den er mer effektiv. Denne databasen ble implementert i 2000 og i den ble det lagt inn data fra 1993-1994 (9).

Den nye databasen som ble implementert i 2000, er basert på den gamle databasen, men den er mer effektiv. Denne databasen ble implementert i 2000 og i den ble det lagt inn data fra 1993-1994 (9).

Registrering av data

Dataene som er registrert i AKR, er lagret i en database som heter "onkologiske sykdommer". Denne databasen inneholder informasjon om alle onkologiske sykdommer som er registrert i AKR. Denne databasen er basert på den gamle databasen, men den er mer effektiv. Denne databasen ble implementert i 2000 og i den ble det lagt inn data fra 1993-1994 (9).

Den nye databasen som ble implementert i 2000, er basert på den gamle databasen, men den er mer effektiv. Denne databasen ble implementert i 2000 og i den ble det lagt inn data fra 1993-1994 (9).

Ikke alle registrerte opplysninger regnes som absolutt nødvendige. Følgende opplysninger blir etterlyst/forsøkes innhentet hvis de ikke fremkommer eller ikke er fullstendig angitt på skjemaet som kommer Dispanser i hende: Namn; patronymikon; etternamn; fødselsdato; bosted; diagnose (-r, hvis multiple primær lokalisasjoner); dato for diagnose; opplysninger om histologi; spesifisering av stadium i henhold til TNM; metode for diagnostisering, behandlingsmetode; behandlingssted(-er); pasientens tilstand (levende/død). Hvis død, innhentes også følgende: dødsdato, dødsårsak, og om patologisk undersøkelse er utført. Etnisk tilhørighet / nasjonalitet regnes altså ikke som påkrevet opplysning, og har ikke vært systematisk registrert i AKR (9). I følge Jensen et al (IARC 1991) regnes opplysninger om etnisitet som grunnleggende i et epidemiologisk krefte register (11).

Minimumskriteriet for krefte registre, med henhold til registrering av opplysninger for gjenkjenning av enkeltindividet, er å registrere de opplysninger som sikrer at et individ blir gjenkjent som samme person hvis denne er innrapportert mer enn én gang. Vanligvis tilfredstilles dette kriteriet ved å registrere navn, kjønn og fødselsdato (subsidiert *alder*), eller ved registrering av et unikt personnummer (11). I AKR gjenkjennes individet ved anvendelse av registrerte data om etternavn, navn, patronymikon, kjønn og fødselsdato (fødselsår i basen for årene 1995-99) (9). En annen grunnleggende opplysning om personen i et krefte register er bopelsadresse (11). I AKR registreres adresse, samt en tallkode som angir i hvilke rajon eller by pasienten har sin heim plass (9). Knyttet til selve kreften regnes følgende opplysninger som grunnleggende for registrering: Dato for diagnose, grunnlaget for diagnose, lokalisering (primærsvulst), morfologi (histologi), utvikling og kilden for opplysningene (11). Dette er opplysninger som også registreres i AKR.

Dødsdato

Data om dødsdato ble ikke overgitt UiT for evaluering og fremstilling, dette ble grunnlagt med at opplysningene i databasen ikke var gjennomgått og kontrollert, og at det derfor vil knytte seg usikkerhet til dem (9).

описывается. В базе данных 1995-1999 гг применялась МКБ-9. В базе данных, принятой в 2000 году применяются МКБ-10 в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ, в базе данных 1993-1994 гг употреблялись обе редакции МКБ. При вводе кода МКБ-9, автоматически регистрируется код МКБ-10 и наоборот. Кроме того существует расшифровка кода МКБ во всех базах. Программа базы данных применяемая с 2000 года определяет пол автоматически на основании введенного отчества пациента. Если отчество не вводится, сведения о поле вводятся в базу данных вручную (9,13).

Поступающие извещения, в первую очередь рассматриваются руководителем АРР, которая контролирует описание диагнозов, соответствие результатов гистологического исследования поставленному диагнозу, а также соответствие кодировки стадии рака с TNM – системой. Она вносит обозначение МКБ, если таковое отсутствует. Данное извещение передается далее лицу, занимающемуся вопросами статистики. Он/она создает регистрационную карту, осуществляет связь с онкологами и следит за их годовыми отчетами. Данное извещение передается далее двум медсестрам, ответственным за внесение данных в базу по регистрации онкозаболеваний (9).

Данные, регистрируемые в АРР.

Детальный обзор информации, представленный в АРР по каждому конкретному случаю заболевания раком, начиная с 1993 г., представлен в приложении IV.

В извещении указываются дата смерти, если таковая известна.

Однако, не все зарегистрированные данные считаются абсолютно необходимыми. Например, следующая информация должна быть уточнена, если она не указана в бланке извещения, который отсылается в Диспансер: имя, отчество, фамилия, дата рождения, место жительства, диагноз (или диагнозы при множественных локализациях опухоли), дата установления диагноза, сведения о гистологическом исследовании, стадирование по TNM, методы диагностики, способы и место проведения лечения, состояние больного. Если больной умирает то, также указывается: дата смерти, причина смерти, сведения о проведенном патологоанатомическом вскрытии. При этом информация о национальности пациента не является необходимой и регистрируется в АРР не

Krefttilfelle på individnivå

I Russland har det til nå ikke vært et unikt personlig nummer eller kode knyttet til hver innbygger. Dette vil si at AKR ikke uten videre kan anvendes til å vurdere forekomst av nye krefttilfelle på individnivå på tvers av de tre databasene, men kun etter krefttilfelle (den eneste mulighet på individnivå er i så fall å analysere ved hjelp av navn og fødselsdato). I AKR er det ei heller etablert en intern kode for det enkelte individ som er registrert (9). Data om multipel sykdom (punkt 12 på meldingsskjema) er registrert i alle databasene. I basen for tidsrommet 1995-99 er det registrert som enten *ja* eller *nei*, hvor *ja* betyr synkroniske svulster og at den registrerte kreftform er en del av en multipel form (9).

Dato for diagnose

(punkt 11 på meldingsskjemaet)

I databasene for årene fram t.o.m 1999 ble kun måned og år for diagnose registrert - ikke dag. Når et krefttilfelle i tida fra 1993 også har hatt kreft før 1993, så lages ei innføring i registeret også for den forhenværende kreften hvor årstall da registreres. Dvs. at i registeret så finnes det et antall registrerte tilfelle med diagnosedato fra før 1993. Databasen UiT mottok for utarbeidelsen av dette skrift inneholdt årstall for diagnose. Dermed kunne tilfelle fra før 1993 utelates i våre analyser.

Morfologisk type av svulst (punkt 14)

Innrapporteres og registreres i AKR ved bruk av ICD-0 koding. Dette ble ikke gjort i basen for årene 1995-99, hvor en intern kode ble anvendt.

Kreftstadium (15-16)

F.o.m. 1995 har stadium i svulstutviklinga blitt registrert ved anvendelse av de ulike versjoner av TNM systemet etter hvert som nye versjoner av systemet har blitt utgitt, noe som vil si at disse data, i følge dagens versjon, ikke er helt sammenlignbare over tid (9). For data fra årene 1993-94 ble et annet system anvendt (9). Data for punkt 15 på meldingsskjemaet ble av disse grunner ikke overgitt UiT for vurdering eller fremstilling i dette skrift (9). I stedet vil stadium i svulstutviklinga bli forestilt i hht. standard for firestadia klassifisering som er registrert. Det registreres enten ett av de fire stadia, eller koder for *in situ*, for om ikke stadium kan angis, eller for manglende data (13).

Lokalisering av fjern spredning (17)

Registrering av disse opplysningene begynte f.o.m. 2002 (9).

систематически (9). В работе Енсена и др. (IARC) информация об этническом статусе рассматривается как основополагающая в эпидемиологическом раковом регистре (11).

Минимальный набор признаков при регистрации онкозаболеваний каждого отдельного пациента должен содержать информацию, которая обеспечивает идентификацию данного больного, если он обратиться больше одного раза. Для этого обычно достаточно имени, пола, даты рождения (возраста) или уникального персонального номера (11). В APP используется комбинация признаков, состоящая из 5-ти полей: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения (9). Основополагающей информацией о пациенте являются также указание места жительства (11). В APP регистрируется адрес и числовой код указывающий, в каком районе или городе пациент проживает (9). Касаясь собственно регистрации онкологического заболевания, необходимы следующие данные: дата установки диагноза, метод подтверждения диагноза, морфология (гистология), локализация (первичная опухоль), течение болезни и источники информации (11). Все эти данные включены в APP.

Дата смерти

Данные о дате смерти не передавались в УТ. Это было связано с тем, что они требуют проверки и уточнения, и на данный момент не могут считаться абсолютно достоверными (9).

Персонифицированные данные по онкозаболеваниям

В России до сих пор не существует системы страховых персональных номеров для каждого человека. Вышесказанное означает, что в APP выборка конкретных групп пациентов со случаями онкозаболеваний, включенных во все три базы данных, очень затруднена и в ряде случаев возможна только с использованием паспортных данных пациента. В APP также отсутствует унифицированная система внутреннего индивидуального кодирования каждого пациента (9). Данные о множественных заболеваниях (punkt 12 в Извещении) имеются во всех базах. в базе 1995-1999 гг. «ДА» отмечены синхронные опухоли (это только часть множественных форм) (9).

Дата диагноза (11 раздел Извещения)

Если случай рака, внесенный в регистр в 1993 году, был диагностирован раньше, то он заносился в регистр с датой первичной регистрации. Таким образом, в регистре можно

Bekreftelse av diagnose (18)

I AKR har man gått mer detaljert til verks i registreringa av metode for bekreftelse av diagnose enn de inndelinger som det er tilrettelagt for i meldingsskjemaet. I tillegg til de metodene som fremkommer på meldingsskjemaet, så registreres metodene Røntgen, endoskopi, isotopisk, ultralyd og EDB-tomografi med egne tallkoder (meldingsskjemaet er beskrevet i vedlegg III).

Hvordan kreften ble oppdaget (19)

Opplysninger om dette er kun registrert hvis kreften ble oppdaget ved autopsi, eller innhentet via dødsattest (9). Data om dette er ikke lett tilgjengelig for uttrekk fra databasen, men er gjort tilgjengelige for fremstilling i dette skrift.

Pasientens sykdomsstatus

Pasienten sitt utfall av kreftsykdommen registreres ved bruk av en numerisk kode. Dvs. pasientens siste kjente status ved årets slutt. Koden endres hvis pasienten har ny status etter en eventuell neste kontakt/rapport (9). Åtte mulige utfall registreres som følger:

1. Ukjent
2. I live
3. Død som følge av behandling
4. Død som følge av kreftsykdommen
5. Død som følge av annen årsak enn kreft
6. Basalcelle karsinoma. Behandlet - og 5 år er gått uten tilbakefall.
7. Utflyttet til annet territorium i Russland eller utenlands.
8. Diagnosen viste seg å ikke være kreft.

Sistnevnte tilfelle (punkt 8) er altså registrert i databasene, men skal ikke inngå i utregning av kreftforekomst. Ovennevnte registrering gjør det altså mulig, ved utregning av forekomst, å utelukke registrerte tilfeller som i ettertid viste seg å ikke være kreft. En oversikt over utbredelsen av ovennevnte utfall fremgår i dette heftet.

Datakvalitet

Dekningsgrad

AKR er et populasjonsbasert register som skal dekke kreftforekomsten blant de registrerte innbyggerne i den administrative enheten Arkhangelsk oblast. Denne enheten innbefatter også Nenets autonome okrug i nord. Krefttilfelle blant midlertidige militære, studenter og andre som ikke er registrerte innbyggere av AO registreres ikke i AKR og inngår ei heller i nevneren ved utregning av rater for kreftforekomst (9).

finne несколько случаев с датой диагноза до 1993 года. Эта база данных с указанием года диагностики была передана в УТ Тромсё. При анализе случаи с датой диагноза до 1993 года были исключены

Морфологический тип опухоли (14 разд)

Сообщается и регистрируется в АРР с помощью международной системы кодирования МКБ-0. С 1995 по 1999 годы она не применялась, а был использован внутренний код.

Стадия рака (15-16)

Начиная с 1995 года, стадия развития опухоли регистрировалась с применением различных версий системы TNM, по мере того, как выпускались новые версии системы. Поэтому можно сказать, что эти данные не являются полностью сопоставимыми с сегодняшними (9). Для данных за 1993- 1994 годы была использована другая система (9). Данные из раздела 15 Извещения не были по этим причинам переданы университету Тромсё для оценки или публикации в этом отчете (9). Динамика развития опухоли будет представлена в виде 4 стадийного стандарта. Регистрируется или одна из четырех стадий, или код *in situ*, если иной код если стадия не может быть определена из-за ограниченности данных (13).

Локализация распространения опухоли

В АРР регистрация данной информации ведется с 2002 года (9). (17 раздел Извещения)

Подтверждение диагноза (18)

В АРР внесены подробные данные о методах диагностики, в том числе современных, помимо включенных в бланк Извещения. К ним относятся: рентгенологическое обследование, эндоскопия, изотопная радиодиагностика, ультразвуковое исследование и компьютерная томография. Каждый метод диагностики регистрируется с помощью числового кода (9). (Извещение смотрите в приложении III).

Информация об обнаружении онкозаболеваний (19)

Данная информация регистрируется в случае обнаружения онкозаболевания методом аутопсии после смерти пациента и копируется из медицинского свидетельства о смерти. Такая информация представлена в базах с разной степенью корректности. В базе 1993-1994 была проведена проверка этой информации, в остальных базах эта информация нуждается в дополнительном уточнении (9).

Эти данные представлены в данном буклете.

Dekningsgraden må vurderes både ut i fra hvor stor andel av populasjonen som dekkes av helsevesenet/kreftbehandlingssystemet i AO (nevneren i rateberegning), samt mht. andelen av antall krefttilfelle som fanges opp (telleren i rateberegning). Sistnevnte kan inndeles i to problemstillinger: 1) Andelen av det virkelig antall krefttilfelle som fanges opp av behandlingssystemet. 2) Andelen av tilfellene med kreftdiagnose som fanges opp av AKR (11).

Populasjon

Populasjonen for AKR kan defineres som *alle registrerte innbyggere av Arkhangelsk oblast*. Spørsmålet er om det er grupper eller deler av den registrerte befolkningen som systematisk ikke fanges opp av systemet hvis de blir kreftsyke. Følgende grupper av befolkningen i AO kan det stilles spørsmål ved i så måte:

Studenter

Studenter fra AO som drar for å studere annet steds i Russland eller utenlands forblir i de aller fleste tilfelle registrerte innbyggere av AO i studietida. Blir en student diagnostisert med kreft annet steds i Russland, så skal skjema med opplysninger om dette oversendes Dispanser i AO. Dette systemet virker etter sigende å fungere. For eventuelle studenter i utlandet vil ikke en rapport mottas, men eventuelle kreftsyke blant dem ville bli registrert hvis vedkommende vendte heim igjen (9). Relativt få fra AO antas å ha dradd utenlands for å studere på 1990 tallet.

Vernepliktige

Reglene og prosedyrene er de samme for rapportering av tilfeller blant individer som avtjener verneplikten annetsteds i Russland, som for studenter nevnt ovenfor. Dette systemet virker å fungere også for denne gruppa (9).

Utvandrede

Det finnes ingen forskrift som påbyr innbyggerne å melde adresseendring ved flytting. De siste ti årene har det foregått en netto utflytning fra AO på om lag 6000 personer i snitt per år (25). Dette tallet er basert på offisielle tall, dvs mennesker som er registrert som flyttet. Det finnes derimot ingen offisiell oversikt over dem som har flyttet - men ikke melder flytting. Den første folketellinga etter Sovjetsamveldets oppløsning fant sted høsten 2002, og resultatene fra den viser at utvandringa fra AO har vært større enn det som offisielt har vært registrert (26).

Статус (состояние) больного

Динамика ракового заболевания у больного регистрируется с помощью числового кода. Состояние больного оценивается в конце года. Код меняется, если меняется состояние у больного после самого последнего осмотра (9). Регистрируются 8 возможных состояний, а именно:

1. Неизвестно
2. Живой
3. Смерть в процессе лечения
4. Смерть вследствие раковой болезни
5. Смерть вследствие другой причины, чем рак
Базально-клеточная карцинома.
6. Эффект лечения - 5 лет без рецидивов.
7. Переезд в другое место жительства на территории России или за рубеж.
8. Диагноз рака не подтвердился.

Последний пункт также регистрируются в базе данных, но должен исключаться из расчетов заболеваемости. Вышеупомянутая регистрация делает возможным при статистических расчетах исключать случаи, которые были зарегистрированы как раковые, но со временем диагноз не подтвердился. Обзор распространения вышеупомянутых исходов представлен в этом отчете.

Качество данных.

Степень охвата данных.

АРР – территориальный, популяционный раковый регистр. Это регистр для регистрации всех случаев онкозаболеваний среди жителей АО и Ненецкого автономного округа. Случаи онкозаболеваний среди военнослужащих срочной службы, приезжих студентов и ряда других категорий населения, не имеющего постоянной регистрации в Архангельской области или Ненецком автономном округе не включаются в АРР т.к. они не включаются в расчетную численность населения (9).

Показатель степени охвата онкобольных должен оцениваться и по качеству учета численности популяции, которая обслуживается системой медицинской помощи онкобольным в Архангельской области (знаменатель в формуле расчета онкозаболеваемости), и по уровню выявляемости и учета онкобольных на подведомственной территории (числитель в той же формуле). Оценка выявляемости и учета соответственно делятся на два проблемных направления:

Клиническое – соотношение действительного числа случаев онкозаболеваний и числа, которое выявлено медицинскими

De fleste utflytterne fra AO flytter annetsteds i Russland, men tusener har også flyttet utenlands siden oppløsninga, og dette gjelder særskilt kvinner. Fra undertegnede samtaler med kvinner som har innvandret til Tromsø fra nordvest Russland, så fremkom det at mange ikke melder fra om utflytting i heimlandet eller beholder sin innbyggerstatus i heimregionen. De fleste av disse utvandrerne befinner seg i utlandet med permanent oppholdstillatelse, så eventuelle krefttilfelle blant dem tas hånd om i deres nye heimland. Dette vil si at en del av utvandrerne inngår i den offisiell populasjonen i AO og dermed også i nevneren i utarbeidelsen av kreftregister, mens eventuelle krefttilfelle blant dem ikke kommer med i telleren. Dvs. at denne gruppa bidrar til ei underestimering av rater – sannsynligvis mest for kvinner.

Ei anna gruppe utvandrere, som i følge samtaler med russere, ofte ikke melder flytting er pensjonister. Systemet har vært slik at pensjonssatsene i Nord-Russland har vært høyere enn ellers i landet. For pensjonister som flytter innad i Russland uten å melde flytting virker systemet mht. kreftrapportering på samme måte som nevnt ovenfor for studenter, men en ikke-tallfesta andel har flyttet til de tidligere Sovjetstater som nå er uavhengige – særskilt til Ukraina og Kviterussland.

For denne gruppa er den økonomiske fordelene ved å stå registrert som innbygger i Nord-Russland enda større. Rapporteringssystemet var ment til å fortsette mellom disse landene etter oppløsninga, men erfaring har vist at AKR ytterst sjelden har mottatt meldingsskjema fra disse landene. På spørsmål om Dispanser i AO nå ville sendt rapport til Azerbajdzjan eller Ukraina hvis en av det landets innbyggere ble diagnostisert med kreft hos dem, så var svaret *njet* (9). Noen krefttilfelle blant pensjonister i slik utlendighet vil kanskje ha vendt tilbake til AO grunnet kreften og utsiktene til bedre behandling, men man kan anta at disse er i mindretall. Dvs. at også denne gruppa bidrar til ei underestimering av kreftforekomsten i AO – særskilt i ratene for de eldre aldersgrupper.

Militære

Yrkesmilitære med fast stasjonering står vanligvis registrerte som innbyggere i den administrative enhet hvor de utøver si tjeneste/bor. Krefttilfelle i denne gruppa ble rapportert til Moskva og pasientene sendt dit for behandling. Nære familiemedlemmer kunne også anvende det militære helsesystem. Det kan ha vært endringer i

учреждениями системы здравоохранения
Статистическое – соотношение числа
выявленных случаев онкозаболеваний и числа
включенных в APP (11).

Популяция

Популяция для APP определяется *числом лиц, проживающих в Архангельской области с постоянной регистрацией*. Однако, возникает вопрос, существуют ли определенные группы зарегистрированного населения АО, которые систематически не охватываются системой медицинской помощи онкобольным. Следует выделить следующие группы населения АО, в которых могут возникнуть данные проблемы:

Студенты

Студенты из АО, которые отправляются в различные округа РФ или за рубеж на время учебы, в большинстве случаев сохраняют регистрацию в АО на время учебы. При диагностике случая заболевания раком у студентов в других регионах РФ данные о заболевании должны пересылаться в АО. Однако, если студент обучается в ближнем или дальнем зарубежье, в случае его заболевания никаких сообщений в АО не будет передано, а онкозаболевание будет зарегистрировано только если студент возвращается домой (9). Однако, относительно немногие жители АО уехали учиться зарубеж в 90-е годы.

Военнослужащие срочной службы

Правила и процедуры для военнослужащих, призванных из АО такие же, как и для студентов. Обязательной передача сведений о заболевании в АО действует также и для этой группы (9).

Эмигранты

Не существует предписания, которое заставляло бы население сообщать адрес при переезде. В последнее десятилетие отмечено миграция населения из АО в среднем 6000 человек в год (25). Эти данные основаны на официальных источниках о зарегистрированной миграции населения, т.е. о лицах снявшихся с регистрации. В то же время, нет какого-либо официального учета тех, кто уехал из АО, сохранив регистрацию по прежнему месту жительства. Первая перепись населения после распада СССР проходила осенью 2002, ее результаты указывают, что эмиграция из АО была выше, чем она определялась на основании официальных данных (26). Большинство жители АО переезжают в другие регионы России, но тысячи, прежде всего женщин,

dette systemet de siste årene. Denne populasjonsgruppa har blitt mindre av størrelse i AO det siste tiåret. Denne gruppa bidrar til ei underestimering av rater, hovedsakelig blant menn, siden gruppa inngår i nevner, men ikke i teller i rateberegning. På den annen side, pensjonsalderen for yrkesmilitære er 55 år blant menn, og disse blir overført til det sivile system for kreftregistrering og behandling ved pensjonering (9).

Økonomisk vanskeligstilte

1990-tallet i Russland ble preget av høy inflasjon og rubelens synkende verdi - med en synkende kjøpekraft og økende fattigdom som følge. Særlig pensjonister har opplevd en kraftig svekkelse av kjøpekraften og fattigdommen. Helsetjenester i AO, som ellers i Russland, er gratis, men skyss til og fra lege/behandling må den enkelte betale selv (hvis man ikke tilhørte det privilegerte skikt). De som er 80 år eller eldre har muligheten til å få gratis skyss ved å innhente rekvisisjon på forhånd. Funksjonshemmede får reise gratis ved fremvisning av et særskilt kort (21). Det er ikke utenkelig at en økende andel, særskilt blant eldre, dør av eller med en ikke-diagnostisert kreft. Dette vil i så fall bidra til ei underestimering av krefttrater.

Nenetsere (Samojeder)

Nenetserne er ei urbefolkningsgruppe som hovedsakelig bor i den nordlige delen av AO. I hvor stor grad den delen av befolkningen som bor langt unna tettbygde strøk benytter seg av offentlige helsetjenester er ukjent, men Nenets autonome okrug bidrar i større grad med økonomisk støtte til skyss til og fra lege/behandling enn rajonene i AO. Det foreligger ingen uttrykte antagelser om at denne gruppa ikke fanges opp av helsesystemet.

Særskilte yrkesgrupper

Foruten de militære, så finnes det tre yrkesgrupper som har hatt særordninger mht. helsesystem. Nemlig: jernbaneansatte; sjømenn; og skipsverftsarbeiderne i Severodvinsk. Deres nærmeste familie kunne også anvende det samme helsesystem. Disse tre yrkesgruppene har hatt sine egne medisinske sanitetsavdelinger som ikke sorterer under helsemyndighetene i AO, men direkte under staten. Dvs. at pasienter i disse arbeidstagergruppene, som ikke kunne behandles i sine respektive ovennevnte avdelinger, ble sendt til Moskva. Rapportering av krefttilfelle ble også sendt til Moskva. De eneste som ble fanget opp av

perеехали за границу. Из бесед одного из авторов отчета с женщинами, иммигрировавшими в г.Тромсё из северо-западной части РФ следует, что многие из них сохраняют регистрацию по прежнему месту жительства в России. Большинство из этих эмигрантов находятся за границей с постоянным видом на жительство и среди них возможны случаи онкозаболеваний уже за рубежом. Сохраняя постоянную регистрацию по месту жительства в АО, они не исключены из общей численности популяции (знаменатель формулы), а случай онкозаболевания не учитывается статистикой и не будет включен в АРР (числитель формулы). Это означает, что официальный показатель онкозаболеваемости по АО будет несколько занижен, прежде всего, в отношении женщин.

Другая группа эмигрантов, которые не сообщают о переезде это пенсионеры. В прежние времена система была такой, что пенсии на севере России были выше, чем в среднем по стране. Для пенсионеров, которые перемещаются по России без отмены регистрации в АО, в случае возникновения онкозаболевания действует та же система, которая описана для студентов и военно-служащих срочной службы. Но существует и та часть, которая переехала в бывшие республики СССР, прежде всего в Украину и Белоруссию, сохранив регистрацию в АО, так как это является экономически выгодным. Система сообщений продолжается между этими странами и после разделения, но опыт показал, что АРР крайне редко получает извещения из данных стран. Специалисты Архангельского онкодиспансера сообщили, что при выявлении онкозаболеваний у жителей, например, Азербайджана или Украины, они также не отправляют извещения об онкозаболеваниях в бывшие союзные республики (9). Некоторые пациенты из группы пенсионеров, выехавшие в другие регионы РФ или страны ближнего зарубежья, возможно, решат вернуться в АО для более качественного лечения, но доля их будет незначительна. В целом можно сказать, что вышеназванная группа пенсионеров приводит к потере части случаев онкозаболеваний среди старшей возрастной группы в АО и снижению реального показателя заболеваемости.

Профессиональные военные.

Профессиональные военные регистрируются в той области, где они несут свою службу. Данные о численности заболевания в этой группе сообщались в Москву и пациенты

AKR var enkeltstående krefttilfelle som ble behandlet ved Dispanser. Unntaket var tilfelle blant sjømenn, som etter sigende også ble rapportert til Dispanser. På forespørsel fra oss har det også blitt opplyst at det ble innført ei utvidet rapportering f.o.m. om lag 1998, noe som innebar at også AKR skulle motta meldingsskjema for krefttilfelle blant skipsverfts- og jernbanearbeidere (9). Dette vil i så fall føre til ei underestimering av ratene for kreftforekomst i AO for årene innen 1998, særkilt blant menn, siden disse yrkesgruppene inngår i befolkningen som legges til grunn. På den annen side, pensjonsalderen for skipsverftsarbeiderne har siden tidlig på åttitallet vært 45 år for kvinner og 50 år for menn (21), og pensjonister fra disse yrkesgruppene kunne velge hvilke behandlingssystem de ville søke hjelp hos. Dvs. at de fleste arbeidere ikke hadde en obligatorisk forbindelse til helsesystemet knyttet til skipsverftet når de nådde høyrisikoalder for de fleste kreftformer. Videre, så gjorde de reduserte økonomiske bevilningene fra tidlig på nittitallet at færre ble sendt til Moskva for behandling enn tidligere (22). Vi presiserer at ovennevnte beskrivelse ikke er fullstendig, og at det knytter seg usikkerhet til de opplysninger som er kommet frem.

Det nøyaktige antallet arbeidere i disse yrkesgruppene er ikke innhentet (ikke tilgjengelig for skipsverftet i Severodvinsk), men anslagsvis så dreier det seg om 9000 sjømenn, 40-50 000 skipsverftsarbeidere og en del tusen jernbanearbeidere (21,22). For jernbanearbeiderne opphørte, for øvrig, det særskilte helsesystemet i desember 2003 (22).

For skipsverftsarbeiderne ligger den medisinske sanitetsavdelinga i Severodvinsk, mens jernbanen har slike avdelinger beliggende i Kotlas, Arkhangelsk, Njandoma og Konosja, og sjømennene har sine i Kotlas og Arkhangelsk. Jernbanearbeiderne har hatt gratis skyss med tog til og fra lege/sykehus, noe den resterende befolkningen, bortsett fra innbyggerne i Nenets (samt noen andre unntak som er nevnt ovenfor), ikke har (9). Severodvinsk, som ble grunnlagt i 1938, er en by som var stengt helt frem til rundt årtusenskiftet fordi at den huser et stort skipsverft for atomdrevne fartøy og marineaktiviteter.

проходили там лечение в медучреждениях Министерства обороны. Близкие члены семьи военных также имели право лечения в ведомственных медучреждениях. Возможно, в последнее время в данной системе произошли изменения. В последние 10 лет численность этой группы в АО стала меньше. За счет этой группы происходит потеря части случаев онкозаболеваний в основном среди мужчин: численность мужчин включается в общую численность населения (знаменатель формулы), но не учитывается число случаев онкозаболеваний среди них (числитель формулы). С другой стороны, пенсионный возраст профессиональных военных ниже (55 лет), и по выходу на пенсию уволенные в запас бывшие военнослужащие переводятся в гражданскую систему для регистрации и лечения онкозаболеваний (9).

Экономически незащищенные слои населения

1990-е годы в России были отмечены высокой инфляцией и снижающейся стоимостью рубля - с падающей покупательной способностью и , как следствие, растущей бедностью. Особенно пенсионеры испытали сильное ослабление покупательной способности и бедность. Медицинское обслуживание в АО, как и во всей России, бесплатное, но транспортировка больных к врачу/на лечение, туда и обратно, больные должны оплачивать сами (если больной не имеет льгот). Для лиц 80-и лет и старше есть возможность получить бесплатный транспорт, если оформить официальное разрешение заранее. Людям с физическими недостатками предоставляется бесплатный транспорт при предъявлении особых удостоверений (21). Закономерно, что увеличилась доля, особенно среди пожилых людей, умирающих от или с онкологическими заболеваниями, диагноз которых не установлен. Это также приводит к занижению показателя онкозаболеваемости.

Ненцы

Ненцы являются древнейшей группой населения, которые живут в северной части АО. Неизвестно, в какой степени ненцы, живущие вдали от населенных пунктов охвачены государственной системой здравоохранения, однако Ненецкий автономный округ предоставляет экономическую поддержку для перевоза пациентов к врачам в большей степени, чем районы Архангельской области. Мы не располагаем достаточной информацией, чтобы утверждать, что эта группа не охвачена медицинской помощью.

Andelen av tilfellene med kreftdiagnose som fanges opp av AKR
Når det gjelder andelen av tilfellene med kreftdiagnose som fanges opp av AKR så har russiske helsearbeidere, inklusive de som arbeider med AKR, stor tiltro til både fullstendigheten og grundigheten i rapporteringssystemet. Det foretas ingen overvåkning mht. endring over tid i rapporterte tilfelle fra de ulike områder eller sykehus, eller over andelen tilfelle som oppdages via dødsattest. Det har kun vært foretatt to kvantitative vurderinger av rapportering:

1. I mai 2003 dro Jelena Lebedintseva og Arild Vakt skjold på kort varsel til avdelinga for onkologi ved én av de fire poliklinikkene i Severodvinsk for bl.a. å vurdere hvor stor andel av de nålevende registrerte kreftpasienter i Severodvinsk (utenom skipsverftet) som var registrert i AKR. Fra databasen i AKR ble et uttrekk som inneholdt alle rapporterte pasienter fra Severodvinsk fra tidsrommet 1993 – 2000 brakt med. Severodvinsk ble valgt av Dr Lebedintseva fordi det ligger nære nok Arkhangelsk til at utferden kunne utføres i løpet av en dag, samt fordi at det der lot seg gjøre å få undersøkelsen til på kort varsel. Vi blev mottatt av to hengivne kvinnelige medarbeidere med ansvaret for kartoteket over nålevende kreftpasienter, hvorav den ene hadde arbeidet der siden poliklinikken ble etablert i 1969, og gitt fri tilgang til kartoteket. Kartoteket pr 1/1-2003 inneholdt kort over 723 kreftpasienter. Blant kortene for pasienter diagnostisert i tidsrommet 1993 – 2000 ble 42 trukket tilfeldig ut og innhentet i databasen på bakgrunn av navn. Syv (16,7 %) av de løpende tilfellene ble ikke funnet i databasen til AKR, hvorav én var militær, én arbeidet på skipsverftet og én var overført fra en annen klinikk i Severodvinsk. I tillegg var ett av tilfellene overført fra en annen rajon, noe som vil si at vedkommende kunne være registrert i KBR under sin forhenværende rajon uten at det lot seg kontrollere i den medbrakte databasen. Det vil da si at seks tilfelle (14,6%) ikke lot seg finne i KBR blant de uttrukne som tilhørte den undersøkte populasjonen. Dessuten var etternavnet til ett mannlig tilfelle stavet tilstrekkelig feilt til at vedkommende var oppført som kvinne i feltet for kjønn (I den nyeste utgava av dataregistreringsprogrammet (fra år 2000) blir feltet for kjønn automatisk utfylt basert på patronymikon ført inn).

2. I november 2003 dro de ovennevnte to personer til poliklinikken i rajonet Kholmogory i samme ærend som nevnt over. Kholmogory har 33 000

Отдельные профессиональные группы.

Помимо военных, выделяются следующие 3 профессиональные группы, которые имеют особые отношения с системой здравоохранения. А именно: железнодорожники, моряки и работники судовой верфи в Северодвинске, а также близкие члены их семей. Эти профессиональные группы имеют свои собственные ведомственные медицинские учреждения, которые подчиняются не органам здравоохранения АО, а непосредственно государству. Т.е. в том случае, если такие пациенты не могли получить лечение в ведомственных медучреждениях, то они посылались на лечение в Москву. Извещение об онкозаболевании также посылалось в Москву. Единственное, что охватывалось АРР, это отдельные случаи рака, которые лечились в диспансере. Исключением была группа моряков, извещение о заболевании которых передавалось в Онкодиспансер. По нашему запросу имеется разъяснение, что с 1998 года включительно введено постановление, согласно которому АРР стал принимать извещения также и о случаях онкозаболеваний среди работников судовой верфи и железной дороги (9). Однако показатели онкозаболеваемости до 1998 года могут быть занижены, т.к. эти профессиональные группы входили в общую численность населения, которая используется для расчетов, а случаи заболеваний среди них не регистрировались. С другой стороны, пенсионный возраст работников судовой верфи с начала 80-х годов был 45 лет для женщин и 50 лет для мужчин (21). Пенсионеры могли выбирать в каких медучреждениях они хотят получать медицинскую помощь. Т.е. большинство работников при достижении пожилого возраста, в котором риск онкозаболеваний особенно велик, не были в обязательном порядке прикреплены к медучреждениям, обслуживающим судовой верфь.

Экономические сложности 90-х годов привели к сокращению числа пациентов, направляемых для лечения в Москву (22). Мы хотели бы отметить, что вышеприведенное описание системы ведомственных медучреждений возможно является неполным, и что мы не уверены в абсолютной точности представленной информации.

Точное число рабочих в этих группах неизвестно (информация о судовой верфи в Северодвинске недоступна), но приблизительно насчитывается 9.000 моряков, 40-50. 000 работников Судовой верфи и несколько тысяч работников железной дороги (21, 22).

innbyggere og poliklinikken ligger om lag ti mil fra Arkhangelsk. Fra AKRs database ble et uttrekk som inneholdt alle rapporterte pasienter fra Kholmogory fra tidsrommet 1993 – 2002 brakt med. Kholmogory ble valgt av Vaktskjold fordi det ligger nære nok Arkhangelsk til at utferden kunne utføres i løpet av en dag, samt fordi at det der lot seg gjøre å få undersøkelsen til på kort varsel. Vi ble hjertelig og raust mottatt og fulgt opp av Dr Vladimir Dmitrijevitsj Popov, som har vært rajonets eneste onkolog siden han begynte der for 27 år siden. Dr. Popov arbeider i halv stilling som onkolog, og i halv stilling som lege ved akuttjenesten. Klinikken oppdager jevnt over 80 – 100 nye krefttilfelle i året, og pr 19 november var det 63 nye tilfelle i 2003 (12). Vi ble gitt fri tilgang til kartoteket som inneholdt 396 nålevende kreftpasienter. Sekstien kort over pasienter diagnostisert i tidsrommet 1993 – 2002 ble trukket ut og letet fram i den medbrakte databasen på bakgrunn av navn. To av pasientene ble ikke funnet og det fremgikk i onkologens oversikt at de to ikke var heimeskrevne i rajonet, men at de oppholdt seg i Kholmogory i perioder av året. Etter sigende ble disse to funnet i AKR når hele databasen ble konfrontert dagen derpå (9). Namnet var riktig innført i alle de 59 tilfellene som ble uavhengig kontrollert, mens det registrerte fødselsåret hadde et avvik på 1-4 år i to av tilfellene.

I de to undersøkelsene ble altså 6 av 100 (6%) populasjonstilhørende pasienter ikke funnet i AKR. (95% KI: 1,3 – 10,7%).

Andelen av det virkelig antall krefttilfelle som fanges opp av behandlingssystemet

Andelen av tilfelle med kreft som fanges opp av behandlingssystemet (og tilsvarende med kreftdiagnose som fanges opp av AKR) kan vurderes ved å følge andelen av dødsattester, hvor kreft fremgår som primærårsak, hvor pasienten ikke har vært tidligere registrert. Denne andelen utarbeides årlig i tilknytning til årsrapportene som utarbeides. Likeens kan dekningsgraden vurderes ved å sammenligne ratene for forekomst av nye tilfelle fra år til år. Dette kan gjøres for den enkelte diagnose, rajon og aldersgruppe, noe som delvis også utarbeides i årsrapportene. Det gis ikke inntrykk av at tallene som fremkommer i årsrapportene anvendes kritisk til å vurdere dekningsgrad, og at eventuelle endringer stilles spørsmål ved og følges opp i så henseende.

В декабре 2003 года ведомственные медучреждения для железнодорожников были ликвидированы (22).

Для работников судовой медицины медицинское подразделение находится в Северодвинске, железнодорожники имели такие отделения в Котласе, Архангельске, Няндоме и Коноше, а моряки в Котласе и в Архангельске. Железнодорожники имеют бесплатный проезд на поезде туда и обратно для лечения, который другим слоям населения не оплачивается, кроме Ненцев (и некоторых категорий льготников, о которых говорилось выше) (9). Северодвинск, который был основан в 1938 году, до конца прошлого века был закрытым городом по причине судовой медицины для атомных судов и деятельности военно-морского флота.

Случаи онкозаболеваний, рассматриваемые в АРР

Что касается случаев онкозаболеваний, которые охватываются АРР, то русские работники здравоохранения, в т.ч. и те, которые работают с АРР, не сомневаются в основательности и полноте системы извещений.

Не осуществляется мониторинг того, как изменяется во времени число извещений о случаях онкозаболеваний из разных областей или больниц, или число случаев, которые выявляются через свидетельства о смерти. Было проведено только 2 оценки качества извещений:

1. В мае 2003 Елена Лебединцева и Арильд Вактшольд посетили одну из 4 онкологических поликлиник Северодвинска, для того, чтобы оценить, какое количество пациентов с онкозаболеваниями регистрируются в АРР (за исключением работников судовой медицины). Они имели с собой список всех больных из Северодвинска за 1993-2000, зарегистрированных в базе данных АРР. Северодвинск был выбран доктором Лебединцевой, потому как Архангельск лежит достаточно близко, и поездка может пройти в течении дня, а так же потому, что это открывает возможность для работы по исследованию без предварительной договоренности. Мы были встречены двумя женщинами- медработниками, ответственными за картотеку ныне живущих пациентов с онкозаболеваниями, из которых одна работала в поликлинике с 1969 года, и любезно позволила нам работать с картотекой. Картотека по состоянию на 1/1-2003 содержала карточки 723 пациентов с онкологическим диагнозом. Из карточек пациентов, диагноз которых был

Fullstendighet og riktighet av data om hvert krefttilfelle

Kontroll ved data innlegging

Det finnes et dataprogram som kontrollerer data ved elektronisk innlegging i basen som er anvendt for data fra 2000. Følgende kontroller skjer automatisk (13):

- At fødselsdato kommer før i tid enn dato for diagnose.
- At dato for diagnose kommer før i tid enn dato for operasjon.
- At kjønns spesifikk diagnose samsvarer med registrert kjønn.

Dessuten er en del felt i datainnleggingsprogrammet kodet. Kodete felt godtar ikke registrering av andre verdier enn de som er uttrykt i programmet som mulige (9,13), så dermed unngås registrering av ulogiske verdier i disse felt. Hvilke verdier som godtas innført i et kodet felt i innleggingsprogrammet listes i et lite vindu som dukker opp knyttet til feltet (9,13). Det er altså likevel mulig at personen som registrerer legger inn feil verdi innenfor rammen av mulige verdier for kodete felt. I vedlegg IV fremgår det hvilke registreringsfelt i databasen som er kodet.

Kvalitetskontroll av innhentede/innrapporterte data

Namnet som fremkommer på meldingsskjemaet er basis for identiteten av individet i rapportering og registrering av nye krefttilfelle. Riktigheten av namnet som fremkommer må man kun anta, siden riktigheten ikke kan verifiseres av andre opplysninger på meldingsskjemaet. Bekreftelse av namnet får man i tilfelle hvor pasienten behandles lokalt, ved at dermed også epikrise blir sendt inn. Annen kommunikasjon vil tilsvarende også bidra. Skulle namnet fremkomme annerledes på skjema eller rapporter som eventuelt påfølger meldingsskjemaet, så sendes det, som tidligere nevnt, forespørsel til avsender for å få riktigheten brakt på det rene. Siden meldingsskjemaet fylles ut for hånd kan også vansker med tyding av håndskrift føre til feilstaving i registeret (9).

Bortsett fra de ovennevnte elektroniske kontroller, så utføres det ingen konsistenskontroll, dvs. om datoer står i et sannsynlig forhold til hverandre, eller dobbeltsjekking/forespørsel når alder er lav, osv. Ved den visuelle kontrollen av meldingsskjemaet sees det etter om det er motsetningsforhold mellom oppgitt kjønn og diagnose, og tilsvarende mellom diagnose og henholdsvis histologisk verifisering og stadium (9).

установлен в период 1993-2000, 42 были отобраны методом случайного отбора, и по имени был осуществлен поиск в базе данных АРР. Семь (16,7%) из рассмотренных случаев не были обнаружены в базе данных АРР, из которых один был военным, один работал на судовой верфи, а также один пациент был переведен из другой клиники Северодвинска. Один из пациентов был из другого района, т.е. пациент мог быть зарегистрирован в прежнем районе и поэтому не произошла регистрация в базе данных АРР. Однако остальные шесть случаев, не найденных в базе данных АРР (14,6% от 41), должны были быть там зарегистрированы, т.к. эти пациенты входят в общую численность населения Северодвинска. Кроме того, были случаи ошибочного употребления фамилии, которая была мужского рода, но ставилась как женского, и поэтому пол пациента обозначался как женский (В новом издании компьютерной программы регистрации (с 2000 года) пол определяется автоматически на основе отчества).

2. В ноябре 2003 двое вышеуказанных специалиста отправляются в Холмогорский район с аналогичной целью. В Холмогорском районе насчитывается 33.000 жителей и расположен он примерно в 16 км от Архангельска. Исследователи имели с собой список всех больных из Холмогор за 1993-2000, зарегистрированных в базе данных АРР. Холмогоры были выбраны Вактшольдом потому, что располагаются достаточно близко к Архангельску, таким образом, что в течение дня можно съездить и провести исследование, без предварительной долгосрочной договоренности. Мы были тепло встречены доктором Поповым Владимиром Дмитриевичем, который является единственным в районе онкологом за все время его работы в течение 27 лет. Доктор Попов работает на полставки как онколог и на полставки как врач экстренной медицинской помощи. Клиника на сегодня регистрирует около 80-100 новых случаев онкозаболеваний в год, на 19 ноября было зарегистрировано 63 новых случая за 2003 год. Мы получили свободный доступ к картотеке, которая содержала 396 ныне живущих пациентов с диагнозом онкозаболеваний. Была выбрана шестьдесят одна история болезни пациентов, диагноз которых был установлен в период 1993-2000, и по имени был осуществлен поиск этих пациентов в базе данных АРР. Двое из пациентов не были найдены в базе данных АРР. Выяснилось, что они не были прописаны в районе, но пребывали в Холмогорах в течение 1

Kvalitetskontroll av registrerte data
Databaseprogrammet som har blitt anvendt siden år 2000 gjenkjenner automatisk et duplikat hvis følgende felt er identiske: navn, patronymikon, etternavn, kjønn og fødselsdato (9).

Iblant blir databasene gjennomgått visuelt for duplikater med utgangspunkt i registrerte etternavn. Elektronisk registrert navn, alder, rajon og diagnose kontrolleres visuelt mot registreringsskjema (9).

De kjønns spesifikke diagnosene ICD-9: 174, 175, 180, 182, 183, 185 og 186 ble kontrollert for konsistens med registrert kjønn. Av 4294 tilfelle i årene 1993 – 2000 var det uoverensstemmelse i 1 - ett tilfelle (et tilfelle med diagnosen ICD 174, kvinnelig brystkreft, var registrert som mann under kjønn). Denne lave feilprosenten tyder på høy kvalitet mht. innføring av logisk kontrollérbare data i registeret.

Under den kvantitative vurdering av rapportering i Severodvinsk (beskrevet på side 27) ble også riktigheten av registrering av enkelte data i AKR kontrollert for de 35 uttrukne tilfellene som var registrert i registeret. Følgende data ble kontrollert: fødselsdato; diagnose; og diagnosedato.

Fødselsdato: I det medbrakte uttrekket fra databasen fremkom fødselsdato kun for tilfelle fra år 2000 – det vil si 11 av de kontrollerte tilfelle. 8 av de 11 var registrert helt i overensstemmelse med dato i pasientkortet. Ett tilfelle var registrert med ulik dag og måned, men med identisk år; for ett tilfelle var det ett års avvik i fødselsåret; for ett tilfelle var fødselsåret registrert som ukjent i databasen, mens det fantes i pasientkortet.

Diagnose: 29 var registrert med koden som fremkom i kortet, mens 6 tilfelle var registrert med en annen kode. Ett av de seks hadde koden C80 (*diagnose ikke fastsatt*) og C50 i basen. Avviket for de resterende fem fordelte seg slik:

på kortet	i databasen
C19	C20
C50.8	C50
C16	151
C18.2	153
C19	C50

I to av de ovennevnte tilfellene er diagnosen på kortet identisk med diagnosen i databasen (ICD-9 anvendt på kortet, mens ICD-10 i registeret).

Diagnosedato: Kun måned og år ble registrert i årene 1993 – 1999, så kun disse to ble kontrollert. For 18 av tilfellene var de registrerte data identiske med det som fremkom i kortet. I ett tilfelle manglet diagnosedato i databasen; i seksten tilfelle var måned ulik, men året var riktig. Ei forklaring for forskjellen i de registrerte data kan være at

года. После сопоставления всей компьютерной базы APP эти двое были найдены на следующий день (9). Во всех остальных 59 случаях данные, внесенные в APP, были верными, однако год рождения расходился на 1-4 года в двух случаях.

Всего, 6 из 100 (6,0%) рассмотренных случаев не были обнаружены в базе данных APP. (95% КИ: 1,3 – 10,7%)

Процент действительного числа случаев онкозаболеваний, которые охватываются системой здравоохранения.

Процент онкозаболеваний, которые охватываются системой здравоохранения (и соответственно онкозаболеваний, которые охватываются APP) можно оценить с помощью подсчета процента свидетельств о смерти, где онкозаболевание стоит как основная причина смерти, при том, что это заболевание ранее нигде не регистрировалось. Этот процент подсчитывается ежегодно в связи с годовыми отчетами. Также процент охвата онкозаболеваний системой здравоохранения можно оценить при сравнении инцидентности из года в год (число новых случаев/численность населения). Это может быть рассчитано как по типу диагноза, так и по районам, и по возрастным группам. Некоторые из этих расчетов приводятся в годовых отчетах. Однако у нас нет уверенности в том, что числа, которые проходят в годовом отчете, воспринимаются критически и действительно используются для оценки степени охвата онкозаболеваний системой здравоохранения.

Контроль правильности и полноты данных о каждом случае онкозаболевания.

Контроль при вводе данных
Компьютерная программа, которая выполняет контроль при вводе данных, стала применяться с 2000 года. Автоматически контролируется (13):

- Дата рождения должна быть раньше даты диагноза;
- Дата диагностики должна предшествовать дате операции;
- Диагнозы, применяемые при опухолях женской половой сферы, не могут быть занесены при регистрации пациентов мужского пола и наоборот.

Кроме того, часть полей в компьютерной программе закодировано. В закодированное поле невозможно ввести данные, которые не распознаются программой как допустимые (9,13), таким образом исключается регистрация

dato på kortet angir dato for kliniske diagnose, mens i databasen står dato for morfologisk diagnose (9), men for tre av de seksten var den registrerte måned tidligere i tid enn måned som fremkom på kortet.

Diagnose

Metode for bekreftelse av diagnose

Hvilken metode som er anvendt for å bekrefte en diagnose angis på meldingsskjemaet. Både på det nye og det forhenværende meldingsskjemaet er det angitt seks mulige alternativer ved utfylling, men ikke de samme alternativer. På det gamle skjemaet skulle det angis enten morfologisk; cytologisk; kun klinisk; isotopisk; endoskopisk eller røntgenologisk, mens på det nye skjemaet ble de tre sistnevnte alternativene erstattet med *undersøkende inngrep*, *laboratorieinstrumentalsk* og *ikke kjent*. I AKR anvendes det derimot 10 ulike tallkoder ved registrering. I tillegg til at de ovennevnte åtte (laboratorieinstrumentalsk generelt har ikke egen kode, men er nærmere angitt) er spesifisert, anvendes også egne registrerte tallkoder for ultralyd og elektronisk tomografi. De metodene som det ikke er avkrysningsfelt for på skjemaet er som oftest notert ned på meldingsskjemaet (9).

Kvalitetsvurdering av diagnostisering

I september 2001 var Dr Helge Stalsberg, overlege i patologi ved Regionssykehuset i Tromsø og professor i morfologi ved UiT, innbudt til avdelinga for patologi ved Dispanser i Arkhangelsk for å sammenligne den histologiske diagnostikken med den norske. Dr Stalsberg konkluderte følgende (8):

- Han ble møtt med stor imøtekommenhet og hjelpsomhet med å frembringe det materialet han ønsket å vurdere. Det ble utvist stor åpenhet og villighet til å fremvise håndskrevne protokoller med de avgitte diagnoser for hvert tilfelle, og stor interesse for hans diagnoser for de samme tilfelle.
- Mikrotomer og mikroskoper er fullt tilstrekkelige for vanlig histologisk diagnostikk.
- Det store flertall av de histologiske snittene hadde fullgod teknisk kvalitet
- Avdelinga for patologi følger VHOs internasjonale histologiske klassifisering av kreft.

Den systematiske gjennomgang av histologiske preparater for vurdering av diagnoser gav følgende resultat: I 82 av 84 tilfelle diagnostisert som invasivt karsinom var det enighet mellom Dr. Stalsbergs diagnose og diagnosen angitt i protokoll. To tilfelle diagnostisert som ikke-invasivt forstadium til kreft ble av Dr. Stalsberg oppfattet som godartede reaktive forandringer. Et sammendrag av Dr. Stalsbergs gjennomgang fremgår i Vedlegg V.

нелогичных данных. Допустимые значения указаны в маленьком окошечке, которое появляется вместе с закодированным полем (9,13). Однако, возможен ввод ошибочных данных, которые соответствуют критериям допустимости, заложенным в программе. В Приложение IV указаны какие поля программы ввода данных были закодированы.

Контроль качества данных для регистрации.

Основным признаком идентификации пациента являются фамилия, имя, отчество на извещении. Мы можем только предполагать правильность написания имени, т.к. у нас нет возможности верификации на основании другой информации в извещении. Верификация имени возможна только в тех случаях, когда пациент был пролечен на месте, т.к. тогда посылается эпикриз. Верификация имени также возможна, если дополнительно посылается какая-либо другая документация. Если наблюдается расхождение имени в извещении и других документах, тогда посылается запрос об уточнении имени. Поскольку извещение заполняется вручную, то возможны сложности при понимании почерка и последующие ошибки в регистрации (9).

Кроме вышеназванного компьютерного контроля, другие методы контроля соответствия данных не проводятся (т.е. не проводится контроль правдоподобности введенных данных по отношению друг к другу, или повторный контроль при небольшом возрасте и т.п). При визуальном просмотре извещений осуществляется контроль соответствия пола пациента и диагноза, а также диагноза и гистологического заключения (9).

Контроль качества зарегистрированных данных

Программа базы данных, применяемая с 2000 года, автоматически распознает дубликат в случае идентичности следующих полей: имя, отчество, фамилия, пол и дата рождения (9). Время от времени базы данных просматриваются визуально для нахождения дубликатов на основе зарегистрированных фамилий. Имя, возраст, район и диагноз, зарегистрированные электронно, проверяются визуально в сравнении с регистрационной картой (9).

Для контроля правильности были также использованы коды 174, 175, 180, 182, 183, 185 и 186 (МКБ-9), являющиеся диагнозами, характерными только для определенного поля. Из 4294 случаев за период 1993-2000 годы было обнаружено только одно несоответствие

(диагноз МКБ-9 174, который соответствует раку молочной железы у женщины, был зарегистрирован у мужчины). Столь низкий процент ошибок указывает на высокое качество ввода данных, которые возможно проконтролировать логически.

При количественной оценке сообщений в Северодвинске (описанной на предыдущей странице 28), была также проверена правильность регистрации отдельных данных в АРР на основе 35 выбранных случаев, зарегистрированных в регистре. Следующие данные были проверены: дата рождения, диагноз и дата диагноза.

Дата рождения: Среди выбранных из базы данных случаев, дата рождения была внесена лишь начиная с 2000 года, т.е. в одиннадцати из всех проверенных случаев. Восемь случаев из данных одиннадцати были зарегистрированы в полном соответствии с датой в карте пациента. Один случай был зарегистрирован с правильным годом рождения, но неправильными месяцем и датой рождения. Для одного случая год рождения был зарегистрирован с расхождением на 1 год, и для ещё одного случая год рождения был зарегистрирован как неизвестный, хотя он был указан в карточке пациента.

Диагноз: 29 случаев был зарегистрировано с кодами, которые указаны в картах пациентов, а 6 случаев были зарегистрированы с неверными кодами. Один из этих шести случаев имел код С80 по карте (локализация опухоли в карточке пациента не установлена) и С50 в базе данных АРР. Отклонение для остальных пяти распределялись следующим образом:

Карта	База данных
C19	C20
C50.8	C50
C16	151
C18.2	153
C19	C50

В двух вышеуказанных случаях диагноз в карте сходен с диагнозом в базе данных АРР (МКБ - 9 применялся в карте, но МКБ-10 применялся при регистрации).

Дата диагноза: В 1993-99 гг. регистрировались только месяц и год, поэтому нами контролировалась только эта информация. Для 18 случаев была зарегистрирована дата, идентичная с той, которая была указана в карточке пациента. В одном случае дата диагноза в компьютерной базе отсутствовала; в 16 случаях были разные месяцы, но года были верными. Разница в

датах возможна из-за того, что в карточке указывалась дата клинического диагноза, а в базе данных - дата морфологического диагноза (9), но в 3 из 16 этих случаев в базе данных диагноз был зарегистрирован на месяц ранее, чем в карточке.

Диагноз

Методы для подтверждения диагноза.

Методы, примененные для верификации диагноза, указываются в извещении об онкологическом заболевании. И в новой и в старой форме извещения имеются 6 возможных альтернатив для заполнения, однако эти альтернативы различны. В старой форме извещения указывались: морфологически; цитологически; только клинически; изотопным методом; эндоскопически; рентгенологически. В новой форме извещения три последние альтернативы были заменены на: эксплоративная операция; лабораторно-инструментальный метод и неизвестный метод. В АРР применяются 10 различных числовых кодов регистрации. В дополнение к вышеуказанным 8 альтернативам (6 из старой формы извещения + 2 последних из новой формы извещения («лабораторно-инструментально» не имеет собственного кода, но более точно разъясняется)), в АРР применяются ещё 2 альтернативы - особые цифровые коды для ультразвукового исследования и электронной томографии. Эти методики хотя и не входят в альтернативы ответов на извещениях, но часто просто записываются от руки в текст извещения (9).

Оценка качества диагностики

В сентябре 2001 года доктор Хелге Сталсберг, ведущий патолог Региональной больницы в г. Тромсё и профессор морфологии УТ был приглашен в Онкодиспансер в Архангельске для того, чтобы провести сравнение гистологической диагностики в Архангельске и Норвегии. Доктор Сталсберг дал следующее заключение по данному вопросу (8):

- Он был встречен с огромной доброжелательностью и участием при подборе материала для исследований. Была проявлена большая открытость и готовность к сотрудничеству при предоставлении письменных протоколов для диагнозов к каждому конкретному случаю, а также заинтересованность в его диагностическом заключении для каждого конкретного случая.

Andel av diagnoser bekreftet

Som det fremgår i figur III, så har andelen av kreftdiagnoser som er verifisert morfologisk (histologisk) holdt seg rundt 60 prosent siden 1993, mens andelen som er bekreftet cytologisk har økt fra under 15 til rundt 20 prosent. Det vil altså si at 80 prosent av diagnosene verifiseres etter én av disse to metodene, noe som er høyt sammenlignet med hva prosentandelen i Sovjetsamveldet totalt var i 1989 da 69,8 prosent av diagnosene ble bekreftet mikroskopisk. Den republikk i samveldet med høyest andel verifiserte da 81,3 prosent av tilfellene mikroskopisk, mens den republikk/oblast med lavest bekreftet 62,4 prosent (5). I Norge er 86 prosent av alle krefttilfelle siden 1953 bekreftet histologisk (6). I figur IV fremgår det at den høyeste andelen av diagnoser bekreftes histologisk for krefttilfelle i aldersgruppa 20-29 år. Andelen som bekreftes histologisk avtar jo yngre eller eldre aldersgruppa er i forhold til gruppa 20 – 29 år. Hvis krefttilfellet ble oppdaget post-mortem, så blir tilfellet klassifisert i en av de beskrevne kategorier og ikke angitt i en egen kategori under *metode* slik som norske data forestilles (20). Dvs. at for AO kan andelen i en eller flere av de ulike kategorier være en liten tanke oppblåst sammenlignet med andelen i de norske data.

I tabell II fremgår andelen av diagnosene som er bekreftet histologisk eller cytologisk for den enkelte kreftform. Den høyeste andel av tilfellene bekreftet histologisk er for endetarmskreft (81,4%), mens den høyeste andel bekreftet cytologisk er for bryst (36,8%).

Kreftregistrering i Norge

Data om krefttilfeller og dødsfall som skyldes kreft registreres av Kreftregisteret i Norge, som er ment til å dekke populasjonen på 4,5 millioner mennesker. De siste år har om lag 21000 nye tilfelle vært registrert årlig. Registeret inneholder fullstendige data om meldte krefttilfelle i Norge tilbake til 1953. Leger er underlagt et krav om å sende melding om tilfeller. Når registeret mottar rapport om et tilfelle fra et patologisk laboratorium, og ingen klinisk melding foreligger, så rettes det en forespørsel til legen for rapport til Kreftregisteret. Rapporten blir fulgt opp ytterligere hvis opplysningene fra patolog og lege er i uoverensstemmelse. Dødsdato og dødsårsak kontrolleres også opp mot Dødsregisteret – som er

- teknisk utrustning helt egnet for gjennomføring av histologisk diagnostikk.

- flertallet av histologiske prøver har god teknisk kvalitet.

- avdelingen av patologier følger internasjonalt histologisk klassifisering av onkologiske sykdommer, vedtatt av WHO.

Systematisk bruk av histologiske preparater for kontroll av diagnostikk ga følgende resultater: av 82 av 84 tilfeller var diagnostikk av Stalsberg i samsvar med diagnosen, angitt i protokollen. To tilfeller med diagnosen «ikkeinvasiv stadium av kreft» ble gjenoppdaget av Stalsberg som «kvalitetsreaktive endringer». Beskrivelse av studier av Stalsberg er gitt i vedlegg V.

Verifikasjon av diagnose

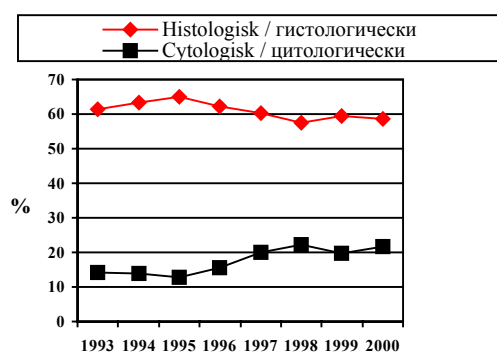
Som vist på fig. III, onkologiske diagnoser, som ble bekreftet morfologisk (histologisk) utgjør ca. 60 % av 1993, på samme tid, som onkologiske sykdommer, bekreftet cytologisk økte fra 15 til 20%. Det kan sies at ca. 80 % av diagnoser ble bekreftet med en av disse to metodene, som er mye høyere enn indikatorer for Sovjetunionen i 1989, da 69,8% av diagnoser ble bekreftet med mikroskopisk undersøkelse. Den høyeste og laveste grad av mikroskopisk verifikasjon i republikkene i USSR var 81,3% og 62,4%, henholdsvis (5). I Norge fra 1953 ble 86 % av tilfeller av onkologiske sykdommer, bekreftet histologisk (6). På fig. IV ser vi at den største delen av diagnoser, bekreftet histologisk i AO, gjelder aldersgruppen 20-29 år. Prosent av sykdommer, som bekreftes histologisk, reduseres med alder/levetid ved alderen 20-29 år. For de vanligste formene av kreft, bekreftet morfologisk, er angitt i tab. II.

Hvis tilfellet av kreft ble oppdaget post-mortem, så blir tilfellet klassifisert i en av de beskrevne kategorier og ikke angitt i en egen kategori under *metode* slik som norske data forestilles (20). Dvs. at for AO kan andelen i en eller flere av de ulike kategorier være en liten tanke oppblåst sammenlignet med andelen i de norske data.

basert på dødsattester. Hvis disse er i uoverenstemmelse, så undersøkes dette nærmere med sykehuset eller legen som utstedte dødsattesten (28).

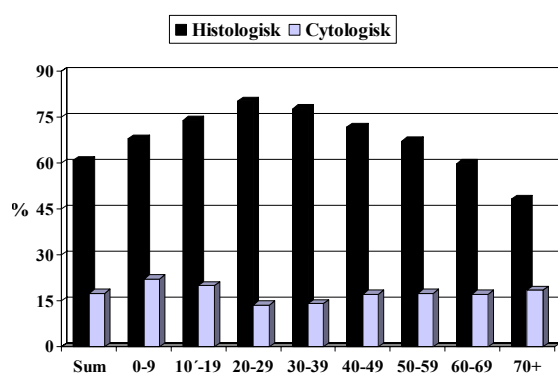
Figur III. Den årlige andel av diagnoser som er histologisk eller cytologisk bekreftet i AO

Рис. III. Годовая часть диагнозов, подтвержденных гистологически и цитологически по АО



Figur IV. Andel av diagnoser som er histologisk eller cytologisk bekreftet i AO. Aldersgruppert

Рис. IV. Соотношение диагнозов, подтвержденных гистологически или цитологически для отдельных типов рака за 1993-2000 годы по АО, сгруппированных по возрасту.



Kreft i Arkhangelsk oblast

Metode

Alle nye tilfeller av primære ondartete svulster registrert i AKR i tidsrommet 1993 – 2001 inngikk i undersøkelsen (ICD-10 C00-95, unntatt C77-78). I tilfelle hvor en person er diagnostisert med kreft mer enn én gang i løpet av 6 måneder, så inngår kun den første diagnosen i våre analyser og rater.

Т.е. в АО процент в одной или нескольких категориях может быть завышен, по сравнению с Норвегией.

В таблице 2 представлено количественное соотношение случаев диагностики каждого вида рака, которые подтверждались гистологическим и цитологическим методом. Самый высокий процент случаев рака, подтвержденных гистологически, был выявлен в заболеваемости раком прямой кишки (81,4%), в то время как самые высокие показатели, подтвержденные цитологически, наблюдались в заболеваемости раком груди (36,8%).

Регистрация рака в Норвегии

Данные по заболеваемости раком и смертности от рака в Норвегии регистрируются Раковым регистром Норвегии, который хранит информацию о 4.5 миллионах людей. В последние несколько лет ежегодно регистрировалось около 21 000 случаев рака. В регистре содержится полная информация о всех сообщавшихся случаях заболевания раком с 1953 года. Сбор информации в регистр обо всех случаях рака и предраковых состояниях производится на основе обязательного сообщения о них врачами. В случае когда сообщение о случае раке приходит из патолого-анатомической лаборатории при отсутствии предварительно полученного сообщения о болезни от врача, врачу или больнице высылается требование предоставить сообщение о заболевании в Раковый регистр. В случае если информация, предоставленная патолого-анатомической лабораторией не совпадает с информацией, предоставленной врачом, случай рака подвергается дальнейшему расследованию. Производится сопоставление даты и причин смерти с данными зарегистрированных смертей, основанных на свидетельствах о смерти. При обнаружении несоответствия, расследование перенаправляется обратно в больницу или к врачу, выдавшим свидетельство о смерти (28).

Онкологические заболевания в АО

Метод

Все новые случаи рака, зарегистрированные в АРР в период с 1993 по 2001 годы, вошли в данное исследование (МКБ-10 C00-95, исключено C77-78). Случаи, когда диагноз «рак» был изменен в последующее время на другой диагноз, были не включены в исследование. В тех случаях, когда диагноз онкологического заболевания выставлялся одному и тому же пациенту дважды в течение 6 месяцев, для

Tilfelle hvor en registrert kreftdiagnose har blitt endret i ettertid til ikke å være kreft, er utelatt. Befolkningstall for de eldste aldersgruppene i 2001 var ikke tilgjengelige, så i utregningene av kreftreiter for 2001 er befolkningstall fra år 2000 lagt til grunn i aldersgruppene over 69 år. Data om kreftforekomst i Norge er innhentet fra Kreftregisteret i Norge. Kreft i overgangen sigmoideum-rectum inngår i tallene som fremkommer for endetarmskreft – og ikke for tykktarm. Kjønn- og aldersfordelte befolkningstall var tilgjengelige for AO som helhet, men ikke for den enkelte by og rajon - bortsett fra for Severodvinsk.

Resultater

Totalt 36 050 tilfelle av kreft var registrert i AKR, hvorav 35 224 var diagnostisert i tidsrommet 1993 – 2001. For 13 av disse ble diagnosen i ettertid endret til ikke å være kreft, mens 42 av tilfelle var godartede, in-situ karsinoma eller sekundære. Dessuten var 472 tilfelle registrert på bakgrunn av ondartet svulst oppdaget ved autopsi. Det vil si at 34 697 tilfelle inngår i den kreftstatistikk som forestilles i dette heftet, hvorav 95,2 prosent var individer diagnostisert med ondartet svulst for første gang. Menn utgjorde 51,3 prosent av alle tilfelle. Antallet nye tilfelle per år varierte fra 3559 i 1996 til 4153 i år 2000. Den mest vanlige alder ved diagnosetidspunkt var 67 år, og aldersspredningen var 0-99 år.

Kreftforekomst

Den hyppigst forekommende kreftform var i lufttrøet, bronkier og lunger (ICD-10: C33-34), som utgjorde 16,3 prosent av alle registrerte tilfelle, hvorav 88,6 prosent var blant menn. Dernest var kreft i magesekken den mest forekommende (14,7%). Blant kvinner utgjorde brystkreft 15,9 prosent av alle tilfelle. Den aldersjusterte forekomst (insidens) av de ulike kreftformer i AO fremgår fra side 40. Den totale årlige forekomsten av kreft i AO blant menn var omtrent som i Norge. Blant kvinner derimot, så var forekomsten drøyt tretti prosent lavere i AO enn i Norge. Av de mest vanlige kreftformene blant menn, så var forekomsten i AO høyere for kreft i spiserør, strupe, lever, bukspyttkjertel, lunge og magesekk, og da særskilt de to sistnevnte. I Norge var forekomsten av kreft i prostata, tykktarm, blære, testikkel og melanoma (hud) spesielt høy sammenlignet med AO. Blant kvinner var det kun forekomsten av magekreft som var høyere i AO enn i Norge av de vanlige kreftformer (se diagram).

анализа использовался только первый диагноз. В формулах по расчету инцидентности рака за 2001 год для возрастных групп свыше 69 лет использовалась численность населения за 2000 год. Данные об инцидентности рака в Норвегии были получены из норвежского Регистра рака. Показатели по раку ректо-сигмовидного отдела кишечника включены в показатели по раку слепой кишки, а не толстого кишечника. Данные по половому и возрастному составу населения АО были доступны только для области в целом, а не для отдельных городов или районов, за исключением г. Северодвинска.

Результаты

Всего в АРР было зарегистрировано 36 050 случаев рака, из которых в период 1993-2001 годы было зарегистрировано 35 224 случая. Для 13 из этих случаев диагноз впоследствии был изменен на диагноз неонкологического заболевания, 42 случая были доброкачественные опухоли, carcinoma in situ или вторичные опухоли. Кроме того, 472 случая были зарегистрированы на основании доброкачественной опухоли, обнаруженной при аутопсии. Т.е. всего для нашего исследования использовались 34 697 случаев, 95,2% которых составили пациенты с первичным диагнозом злокачественной опухоли. Мужчины составили 51,3% всех случаев. Число новых случаев варьировало от 3559 в 1996 г. до 4153 в 2000 г.

Наиболее обычный возраст пациента при установке диагноза был 67 лет, при возрастном интервале 0-99 лет.

Инцидентность рака

Наиболее частой формой рака был рак трахеи, бронхов и легких (МКБ-10: C33-34), которая составила 16,3% всех зарегистрированных случаев, и 88,6% случаев среди мужчин. Рак желудочно-кишечного тракта занял второе по частоте место (14,7%). У женщин, рак молочной железы составил 15,9% всех случаев. Юстированная по возрасту инцидентность различных форм рака в АО представлена с стр. 40. Общая годовая инцидентность рака у мужчин в АО была примерно такая же, как в Норвегии. У женщин в АО общая инцидентность рака была на 30% ниже, чем в Норвегии. У мужчин в АО инцидентность следующих наиболее часто встречающихся форм рака была выше, чем в Норвегии: рак пищевода, гортани, печени, поджелудочной железы, и особенно рак легких

Kvinnerelaterte kreftformer er mer vanlige i Norge enn i AO. Livmorkreft virker å inntreffe ved yngre alder i Norge enn i AO, mens det motsatte virker å være tilfelle for kreft i livmorkropp (fremstilt i diagram VII).

419 (2,4%) av krefttilfelle blant menn og 538 (3,0%) blant kvinner ble registrert på grunnlag av dødsattest. Andelen varierte fra å være under 0,6% i årene 1993,-94, 2000 og 2001 til 6 prosent blant kvinner i 1996 og 1999 (Tabell VII). Andelen i Norge innhentet via dødsattest i 1993 var 2,6 prosent for begge kjønn (20).

Sammendrag og kommentarer

Den totale kreftforekomst i tidsrommet 1993-2001 var høyere blant kvinner i Norge enn i Arkhangelsk oblast. Dette skyldes hovedsakelig høyere forekomst av kreft i bryst, lunge, tykktarm, kjønnsorganene og melanoma. I AO var kun forekomsten av magekreft svært høy i forhold til i Norge. Blant menn var forekomsten av kreft i prostata, tykktarm, urinblære, testikkel og melanoma høyest i Norge, mens kreft i mage, lunge, lever og spiserør var høyere i AO.

Det er nevneverdig at forekomsten av mage og tykktarmskreft (kvinner) i AO var omtrent på samme nivå som i Norge for 30-40 år siden, da forekomsten i Norge var ganske forskjellig fra nå (30). Ratene som har fremkommet for kreft i prostata, eggstokk, testikkel og bryst var lavere enn noensinne målt i Norge (30). Diagrammene for alderfordelinga av kreftforekomsten antyder at økninga i risiko forbundet med alder inntreffer noe ulikt i AO sammenlignet med i Norge.

Folketallet som fremkom under folketellinga i AO høsten 2002 viste at det offisielle folketallet var nesten 100 000 mennesker høyere enn det virkelige antallet (26). Om lag 2/3 av differansen i folketall var blant menn. Dette bidrar til ei underestimering av kreftratene i AO siden befolkningsantallet som ble lagt til grunn i utregninga sannsynligvis var for høyt – særskilt de siste årene av den undersøkte perioden, og altså særskilt for menn. Den uregistrerte utflyttinga som fremkom var ikke jevnt fordelt på aldersgruppene i befolkningen, så underestimeringa av kreftforekomst slår ikke likt ut for alle kreftlokalisasjoner.

Kontrollene som ble utført i Severodvinsk og Kholmogory tyder på det finnes en underrapportering av krefttilfelle til kreftregisteret, og at denne varierer fra sted til sted. De relativt høye ujusterte ratene funnet for Arkhangelsk by sammenlignet med andre byer i AO kan også være

и желудка. В Норвегии у мужчин была выше инцидентность рака простаты, толстого кишечника, мочевого пузыря, яичек и кожи (меланомы). У женщин в АО только инцидентность рака желудка была выше, чем в Норвегии (см. диаграмму).

Рак женских половых органов встречается в Норвегии более часто, чем в АО. Интересно, что в Норвегии, по сравнению с АО, рак шейки матки встречается в более раннем возрасте, а рак матки и молочной железы, наоборот, в более позднем возрасте (см. Диаграммы VII).

419 (2.4%) случаев рака у мужчин и 538 (3.0%) случаев рака у женщин были зарегистрированы на основе свидетельства о смерти. Этот показатель варьировал от менее 0.6% в 1993-94, 2000 и 2001 гг. до 6% у женщин в 1996 и 1999 гг (см. Табл. VII). В Норвегии этот показатель в 1993 году составил 2.6% для обоих полов (20).

Резюме и комментарии.

Общая инцидентность рака в 1993-2001 гг. была выше у норвежских женщин, по сравнению с женщинами в АО. Причиной этого явилась в основном более высокая инцидентность рака молочной железы, легких, толстого кишечника, половых органов, а также меланомы. В АО только инцидентность рака желудка была выше, чем в Норвегии. У мужчин, инцидентность рака простаты, толстого кишечника, мочевого пузыря, яичек и кожи (меланомы) была выше в Норвегии, тогда как рак желудка, легких, печени и пищевода чаще встречался в АО.

Следует отметить, что 30-40 лет назад инцидентность рака желудка и толстого кишечника у женщин в АО была на уровне показателей Норвегии, но инцидентность этих форм в Норвегии сильно изменилась с тех пор (30). Инцидентность рака простаты, яичников, яичек и молочной железы была ниже, чем когда-либо зарегистрированная инцидентность в Норвегии (30). Диаграммы распределения инцидентности рака по возрасту показывают, что увеличение риска с возрастом происходит в АО и Норвегии неодинаково.

Перепись населения, которая прошла в АО осенью 2002 года, показала, что реальная численность населения была на 100 000 ниже официальной (26). В целом, 2/3 этой разницы составили мужчины. Это приводит к недооценке инцидентности рака в АО, т.к. численность населения, которая входила в

en indikasjon på dette (For øvrig, så er byen Mirnyj militær og har en ung befolkning, noe som forklarer de lave ujusterte ratene der). Manglende og feil rapportering av krefttilfeller er også funnet i Norge (31). Samtidig viste de to kontrollene at dataregistreringa var nøyaktig mht. det som fremkommer i kreftmeldinga. Det virker å være formålstjenlig at AKR i større grad enn til nå foretar stikkkontroller ute i regionene.

Når det gjelder befolkningsdekning, så kan endringa i andelen av tilfelle fanget opp via dødsattest tyde på at behandlingssystemets evne til å fange opp mennesker med kreft har variert over tid. De skiftende og vanskelige økonomiske tidene for befolkningen siden Sovjetsamveldets oppløsning kan ha innvirket på befolkningens evne og vilje til å dra til lege ved mistanke om kreft. På den annen side, de alderspesifikke totalratene for de eldre årsklassene viser ikke en nedadgående trend innad i tidsrommet 1993-2001.

Kreftregisteret i Arkhangelsk gir et viktig og interessant innblikk i kreftforekomsten i denne nordlige russiske befolkningen, og muligheten til å følge utviklinga videre frem i tid. Forskjellene i kreftforekomst i AO og Norge gir også et interessant bidrag til utviklinga av hypoteser om hva som kan være de bakenforliggende årsaker til enkelte kreftformer. I så måte anbefales det at det gås dypere inn i det foreliggende tallmaterialet ved å se nærmere på td. aldersfordelinga og regionale forskjeller i kreftforekomsten.

знаменатель формулы, была завешена, особенно в последние годы, и особенно для мужчин. Незарегистрированная миграция населения из АО была неравномерно распределена по возрастным группам, поэтому степень недооценки инцидентности рака была неодинаковой для различных форм рака.

Контрольные исследования, которые проводились в Северодвинске и Холмогорах показали, что не все случаи рака регистрируются в Регистре рака, и степень такой неполной регистрации варьирует в разных городах. Относительно высокие неустированные показатели в Архангельске, по сравнению с другими городами АО, также могут быть индикатором этого (кроме того, город Мирный является военным городом с молодым населением, что объясняет низкую неустированную инцидентность в Мирном). Следует отметить, что в Норвегии также имеет место неполная и ошибочная регистрация случаев рака (31).

Однако, два вышеназванных контрольных исследования в России показали, что регистрация данных осуществляется в четком соответствии с извещением о случае рака. Необходимо, чтобы в ходе работы АРР проводилось больше контрольных исследований в регионах.

Что касается охвата населения, то изменения процента случаев, зарегистрированных на основании свидетельства о смерти, свидетельствует о том, что способность системы здравоохранения выявлять случаи рака варьировала во времени. Экономически нестабильный и тяжелый период после распада СССР мог повлиять на возможности и желание людей обращаться к врачу при подозрении на рак. Однако, общая инцидентность рака у пожилых людей не имела тенденцию к снижению в 1993-2001 гг.

Регистр рака в Архангельске дает интересную и важную информацию об инцидентности рака среди населения русского Севера, а также возможность проследить за развитием ситуации во времени. Изучение различий в инцидентности рака в АО и Норвегии способствует развитию гипотез о причинах возникновения различных форм рака. Для этого рекомендуется провести более глубокое изучение данных из АО с анализом распространения рака по возрастам и с учетом региональных различий в инцидентности рака.

Tabell II. Andel av diagnoser som er bekreftet histologisk eller cytologisk for den enkelte kreftform i tidsrommet 1993 – 2000 i AO og i 1993 i Norge (20)

Таблица 2. Соотношение диагнозов, подтвержденных гистологически или цитологически для отдельных типов рака за 1993-2000 годы по АО и за 1993 год по Норвегии (20)

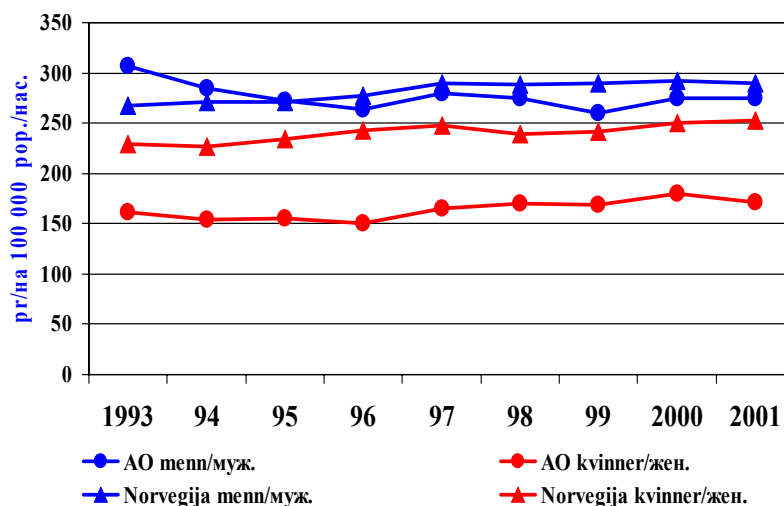
Diagnose диагноз	Histologisk A.O.		Histologisk Norge/Norvegija		Cytologisk A.O.		Cytologisk Norge/Norvegija	
ICD-10 МКБ-10	Menn Муж.	Kvinner Жен.	Menn Муж.	Kvinner Жен.	Menn Муж.	Kvinner Жен.	Menn Муж.	Kvinner Жен.
C15	68,5	47,2	94,3	92,7	11,4	14,2	0,8	0,0
C16	72,2	67,9	95,4	92,2	6,6	6,3	0,1	0,4
C18	71,2	66,5	93,9	92,2	5,0	4,8	0,4	0,5
C19,20,21	82,4	80,6	97,5	96,7	4,8	4,5	0,1	0,2
C22	41,9	33,6	82,1	71,5	12,1	12,9	2,9	3,7
C25	38,8	32,7	62,0	56,3	7,1	7,2	5,8	5,6
C32	74,9	78,6	97,8	95,6	14,5	3,6	0,4	0,0
C33,34	48,6	34,5	79,1	78,3	15,4	12,2	11,4	11,4
C50	52,6	56,8	95,3	94,2	36,8	36,8	1,6	4,3
C53		88,9		97,4		5,8		1,9
C54		91,7		98,4		2,9		1,0
C56		80,3		94,1		7,8		2,3
C61	48,5		87,2		35,4		7,7	
C62	96,9		99,2		2,0		0,2	
C64,65,66	56,4	59,7	85,5	82,9	2,9	1,6	1,5	1,4
C67	78,3	77,3			8,3	4,3		
C43	85,0	85,3	99,6	99,5	13,6	14,7	0,2	0,2
C44	38,9	37,4	99,6	99,8	59,3	60,9	0,0	0,1
C73	81,7	83,6	94,0	94,8	17,7	12,2	4,3	4,1
Alle/Bce			88,5	89,6			4,3	3,2

Henvisninger Литература

1. Smetanin A.V. Arkhangelskaja oblast: mjezjdu prosljym i budutsjim (mellom fortid og nåtid) [på russisk]. Izdatelstvo Pravda severa, 2002.
2. Tsentralno gosudarstvenno sanitarno – epidemiologitsjeskovo nadzora v Arkhangelskoj oblasti. O sanitarno-epidemiologitsjeskoj obstanovke v Arkhangelskoj oblasti v 2001 gody (Om den sanitær-epidemiologiske stilling i AO i 2001) [på russisk], 2002
3. Arkhangelsk kreft register, 2001.
4. Torgovaja palata. Dobro pozjalovat v Arkhangelsk, 2001. [på russisk]
5. Rahu M. Cancer epidemiology in the former Soviet Union. Commentary. Epidemiology, 1992;3:464-469
6. Kreftregisteret. Kreft i Norge 2000. Oslo, 2002.
7. Føderasjonsrådets komite for saker angående nordlige- og mindretallsbefolkninger, Moskva. Meddelelse, 1996. [På russisk]
8. Stalsberg H. Report of visit and review of histological diagnoses at the department of pathology, oncology centre, Arkhangelsk 12-13 september. Department of pathology, Regionssykehuset i Tromsø. 2001
9. Lebedintseva J. Leder av Arkhangelsk kreftregister. Personlig samtale, 2002-2003.
10. Statistisk sentralbyrå, Norge. 2003
11. Jensen OM, Parkin DM, MacLennan R, Muir CS, Skeet RG. Cancer registration principles and methods. IARC scientific publications N 95, Lyon 1991:44
12. Popov VD. Onkolog i Kholmogory rajon. Personlig samtale, 2003.
13. Korotov D. Databasetekniker i Arkhangelsk kreftregister. Personlig samtale, 2003.
14. Gosudarstvennyj komitet po okhrane okruzzhajostsjej sredy Arkhangelskoj oblasti. Evropeiskij sever Rossii: Ekologija bez granits. Arkhangelskij oblastnoj komitet gosudarstvennoj statistiki. Arkhangelsk, 2000. [på russisk]
15. Network for communicable disease control in Northern Europe. Epinorth, 2002; 2(3):30-31
16. Nettet T. Informasjon om kurset i praktisk skriftlig russisk for grunnfag (RUSS 101). Universitetet i Tromsø, 2000.
17. Nilssen O, Kalinin A, Brenn T, Averina M, Arkhipovskij V, Brox J, et al. Helseundersøkelsen i Arkhangelsk 2000. ISM skriftserie nr 66, Universitetet i Tromsø, 2003
18. Westlund K, Søgaard A. Helse, livstil og levevilkår i Finnmark; Resultater fra Hjerte-karundersøkelsen i 1987-88. Finnmark III. ISM skriftserie nr 28, Universitetet i Tromsø, 1993
19. National research and development centre for welfare and health, Finland. Dialogi, 2003;1B:19.
20. Kreftregisteret. Kreft i Norge 1993. Oslo, 1996.
21. Sumarokov J. Vise-rector ved Severnyj gosudarstvennyj meditsinskij universitet, Arkhangelsk. Personlig samtale 2004.
22. Vjazmin AM. Første vise-rector ved Severnyj gosudarstvennyj meditsinskij universitet, Arkhangelsk. Personlig samtale 2004.
23. Ministerstvo zdravookhranenie Russiskoj federatsii. Forma No.090, Prikaz No.123, 1999. [Forordning nr 123, 1999 fra helseministeriet i Russland]
24. Talykova LV. Forsker ved det hygienske arbeidsmiljøinstitutt i Kirovsk. Personlig samtale, 2004.
25. Zdravookhranenie Rossijskoj Federatsii, Moskva. Indeks 73164. (på russisk) Izdatelstvo Meditsina, 2002:32.
26. GOSKOMSTAT, 2004. <http://www.gks.ru/perepis>
27. Nordic Environment Finance Corporation. Updating of Environmental “Hot Spots” List in the Russian Part of the Barents Region. AMAP, 2003.
28. Kreftregisteret. Kreft i Norge 1999. Oslo, 2001.
29. Ministerstvo zdravookhranenie Russiskoj federatsii. Prikaz No.420, 23/12-1996 [Forordning nr 420, 1996 fra helseministeriet i Russland]
30. The Cancer Registry of Norway. Trends in Cancer Incidence in Norway 1955-67. Universitetsforlaget, Norway, 1972
31. Jacobsen Randi. Kreftregisteret i Norge. Personlig samtale, Oslo 2002.

Total kreftinsidens for kvinner og menn i Arkhangelsk obl. og Norge, aldersjustert.

Стандартизованные показатели заболеваемости злокачественными новообразованиями среди мужчин и женщин Архангельской области и Норвегии.
(ICD/МКБ-10 C00-C95)*



* (unntatt/исключено C77-78)

Diagram I

Aldersjustert insidens av noen kreftformer blant kvinner i Norge og Arkhangelsk i tidsrommet 1993-2001.

Стандартизованные показатели заболеваемости злокачественными новообразованиями в Архангельской области и Норвегии (женщины, 1993-2001 гг.).

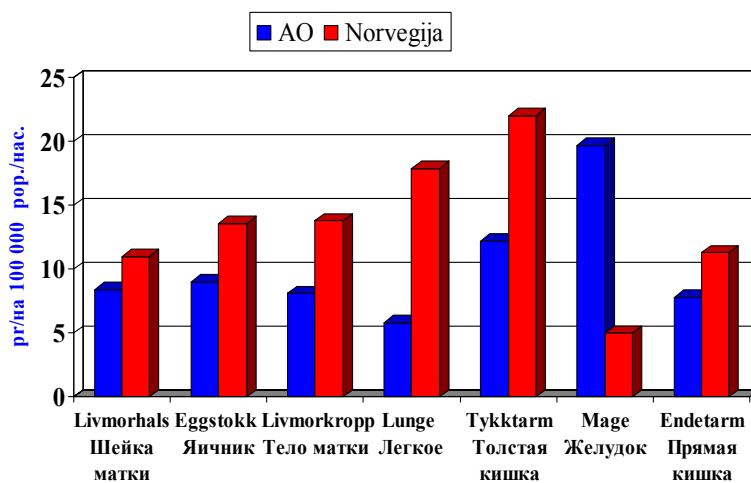


Diagram II

Aldersjustert insidens av noen kreftformer blant menn i Norge og Arkhangelsk i tidsrommet 1993-2001.

Стандартизованные показатели заболеваемости злокачественными новообразованиями в Архангельской области и Норвегии (мужчины, 1993-2001 гг.).

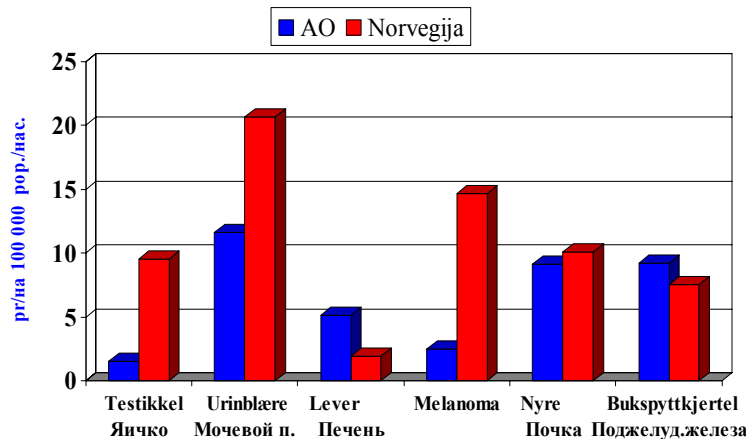


Diagram III

Aldersjustert insidens av mage-, tjukktarm- og endetarmkreft blant menn i Norge og Arkhangelsk obl.

Стандартизированные показатели заболеваемости злокачественными новообразованиями желудка, толстого кишечника и прямой кишки в Архангельской области и Норвегии (мужчины)

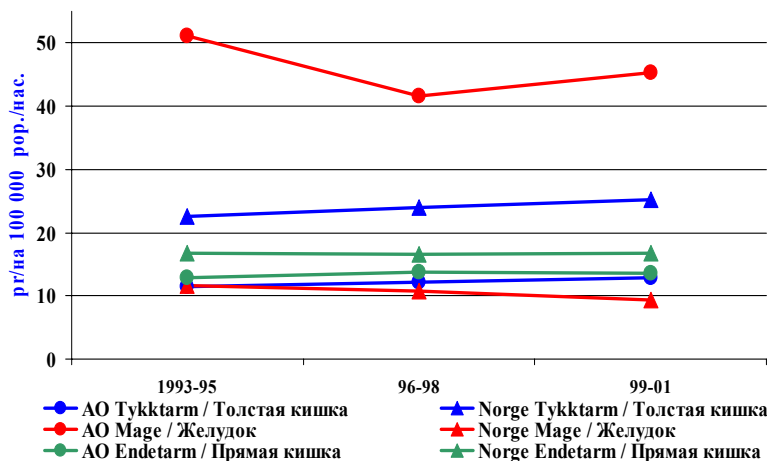


Diagram IV

Aldersjustert insidens av lunge-, spiserør- og strupekreft i AO og Norge, menn 1993-95, 96-98, 99-01

Стандартизированные показатели заболеваемости злокачественными новообразованиями легких, гортани и пищевода (мужчины)

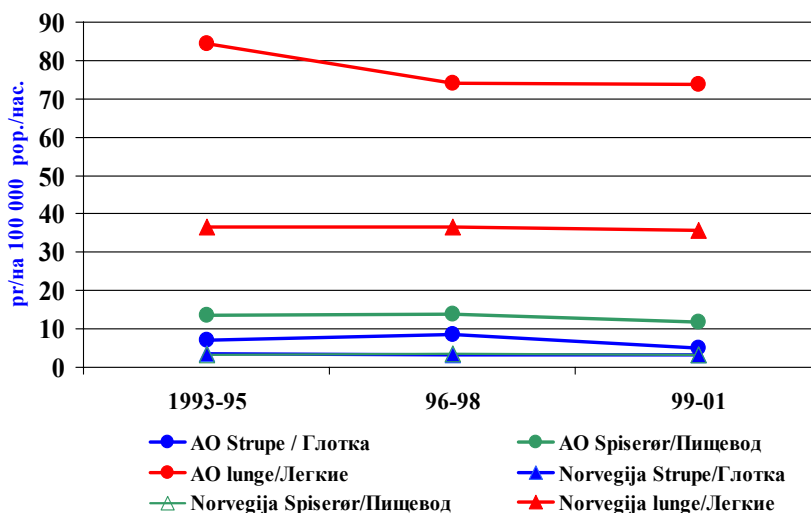


Diagram V

Aldersjustert insidens av bryst- (kvinner) og prostatakref i Arkhangelsk obl. og Norge i tidsrom 1993-95, 96-98, 99-01

Стандартизированные показатели заболеваемости злокачественными новообразованиями простаты у мужчин и молочной железы у женщин в АО и Норвегии

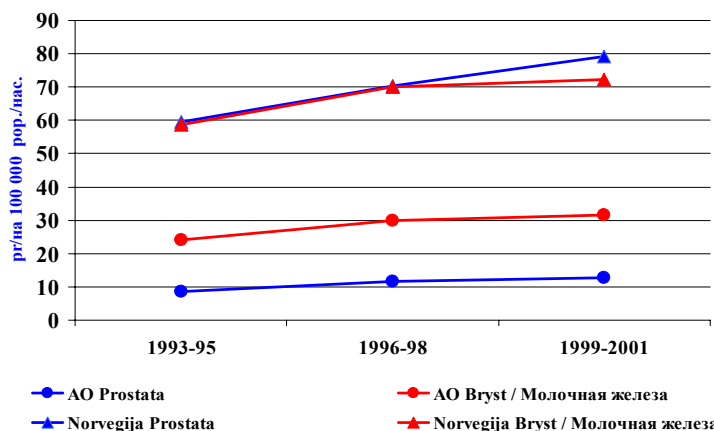


Diagram VI

Aldersspesifikk insidens av kreft i livmorhals og -kropp i Norge og Arkhangelsk obl. for tidsrommet 1993-2001

Показатели заболеваемости злокачественными новообразованиями матки и шейки матки в зависимости от возраста (АО и Норвегия, 1993-2001 гг.)

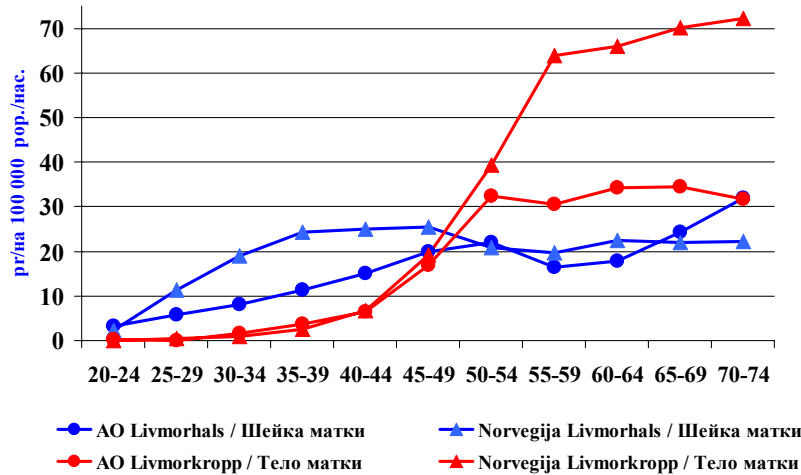


Diagram VII

Aldersspesifikk insidens av kreft i bryst (kvinner) og prostata i Norge og Arkhangelsk obl. for tidsrommet 1993-2001

Показатели заболеваемости злокачественными новообразованиями молочной железы у женщин и простаты у мужчин в зависимости от возраста (АО и Норвегия, 1993-2001 гг.)

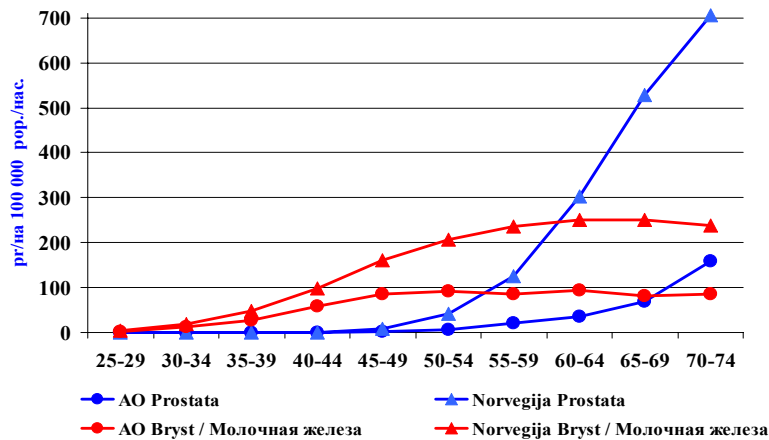


Diagram VIII

Aldersspesifikk insidens av tykktarmskreft hos menn i Arkhangelsk obl. og Norge i tidsrom 1993-95, 96-98, 99-01

Показатели заболеваемости злокачественными новообразованиями толстого кишечника у мужчин в различные периоды времени с 1993 по 2001 гг.

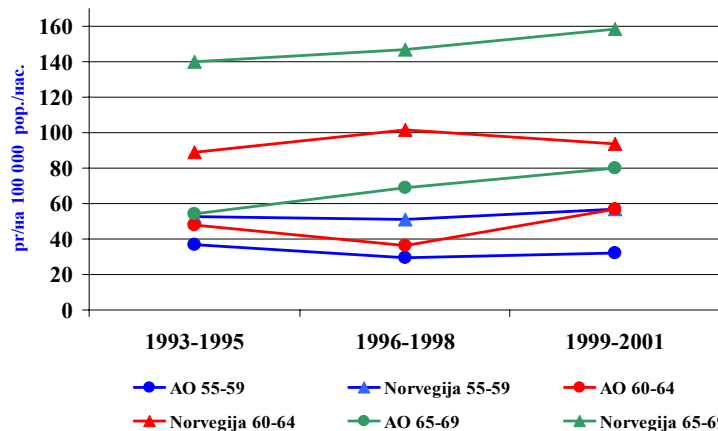


Diagram IX

Total kreftinsidens over tid i enkelte aldersgrupper i Arkhangelsk obl., kvinner
Суммарный показатель заболеваемости раком на протяжении ряда лет в некоторых женских возрастных группах Архангельской области

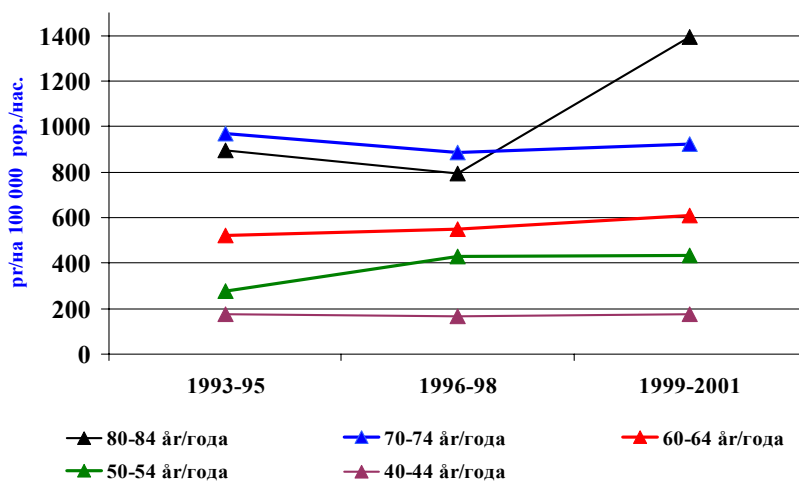


Diagram X

Total kreftinsidens over tid i enkelte aldersgrupper i Arkhangelsk obl., menn
Суммарный показатель заболеваемости раком на протяжении ряда лет в некоторых мужских возрастных группах Архангельской области

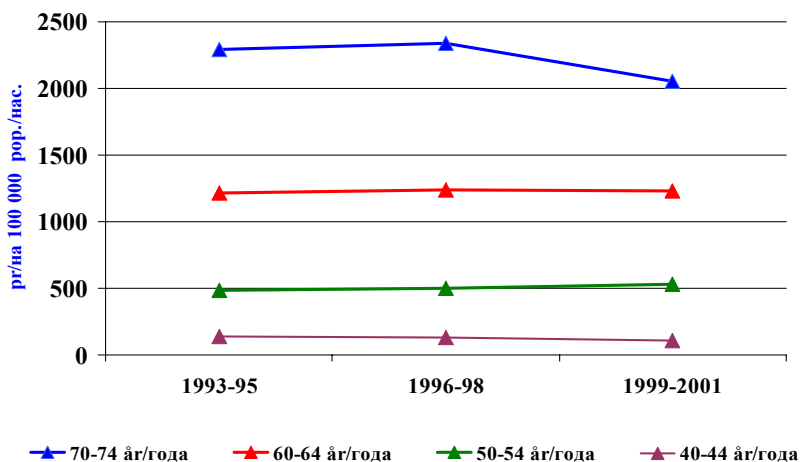


Diagram XI

Kreft i Arkhangelsk oblast 1993-2001. Aldersjustert forekomst pr. 100 000 i gjennomsnitt, fordelt på primærlokalisasjon, kjønn og år
Раковые заболевания в АО. Показатели заболеваемости по возрасту, классифицированные по первичному месту локализации, полу и году (на 100 000 нас.)
Cancer in Arkhangelsk Oblast 1993-2001. Age-adjusted incidence rates per 100 000 in average, by primary site, gender and year

	МКБ-9 ICD-9	МКБ-10 ICD-10	Menn / Мужчины / Men					Kvinner / Женщины / Women														
			1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	1993-01	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	1993-07
Leppe / Губа	140	C00	5,4	5,6	5,1	3,2	4,7	2,9	3,2	3,6	3,5	4,2	0,8	0,8	0,5	1,0	0,4	0,9	1,0	0,5	0,6	0,7
Tunge / Язык	141	C01-02	2,7	1,1	1,6	1,0	0,5	1,4	1,6	2,2	2,0	1,6	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,4	0,5	0,5	0,2
Tannkjøtt / Челюсть	143	C03	0,1	0,8	0,5	0,2	0,2	0,6	0,7	0,9	0,5	0,5	0,1	0,3	0,2	0,0	0,0	0,4	0,2	0,4	0,1	0,2
Munnhulens gull/Полость рта	144	C04	1,0	1,6	1,8	1,6	1,0	1,0	0,4	1,6	1,2	1,3	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
Gane / Небо	145	C05-06	0,6	0,3	0,6	0,9	1,7	1,6	1,1	1,3	0,5	1,0	0,1	0,2	0,1	0,4	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2
Spyttkjertler / Слюнная железа	142	C07-08	0,2	0,4	1,3	0,5	0,8	0,0	0,3	0,2	0,0	0,4	0,5	0,7	0,1	0,4	0,5	0,5	0,1	0,1	0,4	0,4
Svelg / Ямки	146	C09-10	3,2	2,7	2,5	2,6	3,2	2,1	2,1	1,2	1,9	2,4	0,5	0,5	0,1	0,5	0,4	0,3	0,3	0,6	0,5	0,4
Nesvesvelget/Стенки носоглотки	147	C11	0,6	0,0	0,8	0,2	0,2	0,2	0,1	0,6	0,3	0,3	0,0	0,0	0,2	0,2	0,2	0,6	0,2	0,2	0,2	0,2
Svelg ispes./Глотки, неутонченное	149	C12, C14	2,1	2,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,1	1,0	0,8	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
Strupesvelget / Гипофаринкс	148	C13	1,5	1,2	2,2	1,7	2,2	2,0	2,5	0,8	0,9	1,7	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1
Magesekk / Желудок	151	C16	55,9	49,9	48,1	39,3	39,9	45,3	41,0	44,2	45,5	45,9	21,8	18,9	18,9	19,9	20,4	19,4	19,0	19,6	18,6	19,7
Tynntarm / Тонкая кишка	152	C17	0,0	0,3	1,0	0,5	0,3	0,2	0,6	0,5	0,8	0,5	0,4	0,2	0,2	0,1	0,5	0,2	0,1	0,3	0,4	0,3
Tykkarm / Толстая кишка	153	C18	11,1	9,4	13,6	11,9	13,0	11,4	10,8	12,5	13,7	12,2	12,1	11,2	11,8	12,1	11,8	11,5	12,2	13,5	13,4	12,2
Endetarm / Прямая кишка	154	C19-21	13,3	14,4	10,8	15,2	12,8	13,0	13,3	12,5	12,5	13,4	7,1	7,2	7,4	9,1	6,6	7,0	9,3	8,6	8,3	7,8
Leveren / Печень	155	C22	6,7	4,6	5,4	3,9	5,0	5,5	3,8	5,2	6,1	5,1	2,1	1,8	1,2	2,2	2,1	2,3	1,5	2,1	2,1	2,0
Galleblæren / Желчный пузырь	156	C23-24	2,6	1,1	0,8	1,1	1,5	1,0	1,4	2,0	1,1	1,4	1,8	1,3	1,8	1,2	1,2	2,0	1,7	1,5	1,1	1,5
Vuksryttkjertel/Поджелуд. железа	157	C25	10,2	12,8	9,4	9,7	8,3	8,2	9,0	8,0	6,5	9,2	5,9	5,7	4,1	6,0	4,8	4,5	4,9	3,7	4,4	4,9
Forføyelse ispes./кишка неутонч.	159	C26	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
Nese / Нос	160	C30-31	0,7	0,6	1,2	1,1	0,7	0,8	0,9	0,8	0,8	0,8	0,3	0,7	0,3	0,4	0,6	0,5	0,3	0,4	0,5	0,5
Strupe / Глотка	161	C32	7,0	7,5	6,4	8,3	9,7	7,9	4,6	5,5	5,1	6,9	0,5	0,4	0,6	0,3	0,3	0,1	0,1	0,6	0,4	0,4
Luftør, lunge / Легкое	162	C33-34	91,1	83,6	79,1	75,4	74,7	71,9	72,1	69,5	71,3	77,4	5,2	6,8	5,6	5,1	6,7	4,6	4,9	6,9	6,1	5,8
Tymus, hjerte / Плевра, сердце	163, 164	C37-38, C45	0,6	0,6	0,6	0,5	0,8	1,1	0,7	1,2	0,5	0,8	0,1	0,7	0,5	0,5	0,3	0,2	0,6	0,4	0,5	0,4
Andedrett ispes./ Дыхательных пу	165	C39	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Knokler / Кости	170	C40-41, C46	1,7	2,1	1,8	2,0	2,2	1,8	1,8	2,1	1,6	1,9	0,6	0,9	0,8	1,1	1,0	0,9	0,7	0,6	1,0	0,8
Hud-Melanoma / Меланома кожи	172	C43	1,2	3,7	1,9	2,4	1,6	1,4	3,1	3,5	2,7	2,5	3,4	3,8	3,0	2,0	4,7	1,9	2,9	3,3	2,6	3,0
Hud annen ispes./ Кожи	173	C44	14,1	13,4	10,0	6,9	14,5	17,5	16,8	16,4	16,7	14,4	12,3	10,5	9,8	3,5	13,5	16,9	16,0	16,4	16,9	12,9
Nerve ispes./ Нервной системы н	192	C47, C70, C72	0,4	0,1	0,2	0,1	0,3	0,3	0,3	0,6	0,1	0,3	0,4	0,1	0,1	0,1	0,5	0,2	0,2	0,5	0,2	0,3
Bukhinna / Зоброшин. пространст	158	C48	1,4	1,0	1,6	1,5	1,7	1,6	1,2	0,9	1,5	1,4	1,6	0,8	1,4	0,6	1,5	1,6	1,3	1,3	0,4	1,1
Hode.ansikt, hals / Голова, лицо, ш	171	C49	2,5	1,0	1,4	0,9	1,4	1,6	2,1	1,7	1,2	1,5	1,7	0,8	1,4	1,2	0,8	1,2	0,7	1,1	1,6	1,2
Bryst/kjertel / Молочная железа	174, 175	C50	0,1	0,2	0,3	0,0	0,2	0,3	0,5	0,6	0,5	0,3	23,1	23,4	25,5	28,2	29,7	32,2	30,7	33,1	30,6	28,5
Kv.kjennsorg.ispr./ Жен.полов.орг	184	C51-52, C57	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1	1,2	1,7	1,7	1,2	1,8	1,2	1,1	1,2
Livmorhals / Шейка матки	180	C53	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	9,0	7,8	8,9	6,2	7,2	9,5	8,6	10,0	8,2
Livmor / Тело матки	182	C54	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	8,8	8,0	7,7	7,4	8,3	6,9	8,3	7,8	8,9
Livmor ispes./ матки неутончен.	179	C55	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0
Eggstokk / Яичник	183	C56	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	7,8	6,4	7,8	9,3	8,2	11,8	10,3	8,7	10,8	9,0
Morkake / Плаценты	181	C58	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,3	0,2	0,0	0,2	0,3	0,2	0,1	0,1	0,2
Penis / Члена	187	C60, C63	0,7	0,3	0,5	0,1	0,1	0,9	0,3	0,6	0,8	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Prostata / Простата	185	C61	8,1	7,6	9,6	8,4	13,1	13,4	9,6	12,3	13,6	11,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Testikkel / Яичка	186	C62	1,7	1,2	1,0	1,3	1,8	2,0	1,8	1,3	1,5	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Nyre / Почка	189	C64-66, C68	9,0	8,0	6,8	8,4	10,7	9,9	7,9	9,5	9,4	9,1	5,6	4,9	5,2	4,9	5,0	6,1	5,9	5,7	7,5	5,7
Urinblære / Мочевой пузырь	188	C67	10,7	10,4	11,5	11,7	11,9	11,0	10,3	12,7	12,0	11,6	1,9	2,4	1,1	1,9	2,3	1,2	1,9	1,4	2,1	1,8
Øye / Глаза	190	C69	0,4	0,4	0,4	0,3	0,7	0,6	0,6	0,5	0,4	0,5	0,5	0,8	0,8	0,5	0,3	0,7	0,5	0,6	0,5	0,6
Hjerne / Мозга	191	C71	2,8	4,6	3,6	5,6	5,4	4,1	4,4	5,2	3,8	4,4	3,0	5,5	3,9	3,2	2,6	4,1	4,0	4,1	2,4	3,7
Skjoldbruskkj./ Щитовидной желез	193	C73	1,6	2,6	1,7	1,0	1,0	1,0	1,1	0,6	2,2	1,4	5,6	6,1	6,5	6,0	5,4	4,4	3,9	5,8	3,3	5,1
Andre endokrine/ Эндокри. железы	194	C74-75	0,1	0,1	0,3	0,5	0,5	0,3	0,6	0,7	0,2	0,4	0,2	0,2	0,3	0,1	0,5	0,0	0,1	0,5	0,2	0,2

МКБ-9 ICD-9	МКБ-10 ICD-10	Menn / Мужчины / Men										Kvinner / Женщины / Women									
		1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	1993-01	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	1993-01
195, 199	C76.C80	4,3	2,6	2,0	3,7	4,5	3,3	3,7	4,7	6,7	4,0	1,0	1,5	2,0	1,5	2,0	1,3	1,9	2,8	2,4	1,8
Hodgkins lymfom/ Ходжкина	C81	3,5	2,0	2,5	3,4	2,7	3,1	3,0	2,0	2,3	2,7	2,1	1,7	1,7	2,0	2,2	1,5	3,4	1,9	2,0	2,1
	C82-83.C85	2,7	3,9	3,3	3,0	2,1	3,0	2,4	4,8	3,7	3,3	1,9	1,1	2,6	1,5	1,4	1,5	1,6	2,2	1,2	1,7
Lymfatisk anapen/ Другие лимфомы	C84.C96	0,0	0,0	0,0	0,5	0,4	0,3	1,0	0,7	0,0	0,3	0,0	0,1	0,2	0,0	0,2	0,2	0,0	0,3	0,0	0,1
Mult.myeloma/ Множеств.миелом	C88-90	1,2	1,1	0,5	1,6	1,9	0,7	0,8	0,9	1,2	1,1	0,6	0,7	1,3	0,9	1,2	0,9	1,1	1,0	0,6	0,9
Lymf.leukemi / Лимфоид.лейкоз	C91	5,8	5,0	3,1	2,1	2,3	3,4	3,2	2,9	3,2	3,5	3,8	2,3	0,5	1,1	1,9	2,0	1,7	1,9	2,9	2,0
Myel.leukemi / Миелоид.лейкоз	C92	0,0	0,0	1,4	3,4	1,4	2,3	0,8	1,7	1,9	1,4	0,0	0,0	1,8	1,4	2,7	1,5	1,3	2,8	2,0	1,5
Monocytleukemi/ Моноцит.лейкоз	C93	0,2	0,0	0,0	0,2	0,2	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,6	0,2	0,1	0,0	0,2	0,0	0,0	0,1
Blodkrefit anapen/ Другой лейкоз	C94	0,0	0,3	1,1	0,6	0,4	0,0	0,2	0,0	0,0	0,3	0,2	0,2	0,9	0,6	0,8	0,1	0,0	0,1	0,0	0,3
Blodkrefit uspes. / лейкоз неуточн.	C95	1,1	0,7	0,2	0,0	0,2	0,4	0,4	0,5	0,1	0,4	1,2	0,8	0,2	0,2	0,0	0,1	0,4	0,5	0,3	0,4

Tabell IV

Таблица IV

Forekomst av noen hyppig forekommende kreftformer, fordelt på lokalisasjon, kjønn, aldersgruppe og år (pr. 100 000 innb.)

Показатели заболеваемости некоторыми часто встречающимися типами рака в АО, классифицированными по месту локализации, полу, возрасту и году (на 100 000 насел.)

Incidence rates per 100 000, by primary site, gender, age-group and year

МКБ-9 ICD-9	МКБ-10 ICD-10	Aldersgr	Menn / Мужчины / Men								Kvinner / Женщины / Women									
			1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Magesekken Желудок Ventriculi	C16	0-14	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	C16	15-19	3,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,7	0,0	0,0	0,0	0,0
	C16	20-24	0,0	1,9	0,0	1,8	0,0	1,7	0,0	1,7	0,0	2,2	0,0	0,0	0,0	1,8	0,0	0,0	0,0	0,0
	C16	25-29	3,3	0,0	5,6	1,9	3,9	0,0	1,9	0,0	0,0	2,0	2,1	0,0	2,3	9,1	0,0	0,0	0,0	5,7
	C16	30-34	1,3	4,1	1,4	1,5	3,3	1,7	3,8	0,0	4,1	6,2	3,2	1,7	3,6	3,8	4,1	2,2	4,6	4,8
	C16	35-39	10,5	11,8	9,4	9,6	11,0	5,6	5,8	7,7	7,0	2,9	14,5	7,5	9,1	6,2	9,6	1,7	7,0	8,0
	C16	40-44	24,7	8,9	24,7	15,6	21,3	22,8	7,1	20,3	31,3	13,2	7,9	13,9	12,1	15,1	13,6	15,1	21,8	19,3
	C16	45-49	50,5	56,4	72,7	45,6	48,6	61,7	49,0	35,4	44,3	33,9	13,2	19,5	32,5	21,7	32,7	22,9	24,2	14,2
	C16	50-54	84,5	87,0	92,4	72,0	42,4	70,9	98,7	104,3	79,9	38,4	20,4	12,5	35,9	51,6	45,4	35,9	34,1	13,3
	C16	55-59	151,5	150,7	133,6	120,9	119,2	145,2	91,0	102,5	123,7	42,7	38,1	54,0	53,3	48,5	29,6	57,1	36,9	31,7
	C16	60-64	176,3	159,6	191,8	194,7	184,4	219,0	208,9	192,3	165,3	82,6	78,2	71,2	68,2	88,4	71,9	80,0	71,9	83,8
	C16	65-69	436,3	329,5	222,3	208,8	229,9	273,9	255,9	280,3	241,0	116,9	144,6	109,0	119,4	88,1	113,1	103,6	128,5	102,8
	C16	70-74	550,3	408,1	397,0	330,1	317,1	360,6	347,6	282,2	312,2	189,2	157,4	183,6	120,8	124,3	171,0	150,7	165,3	148,2
	C16	75-79	583,2	551,1	418,5	373,8	433,2	435,5	313,7	556,7	614,3	210,6	142,7	199,2	197,9	204,4	158,5	142,0	165,8	214,6
	C16	80-84	573,9	553,8	442,8	360,9	410,7	350,6	282,9	436,5	727,4	236,7	147,8	253,1	146,8	75,6	156,5	176,4	112,6	194,5
	C16	85+	0,0	353,4	497,9	0,0	138,5	0,0	125,7	299,8	299,8	122,1	215,7	105,1	177,6	201,5	56,4	150,0	135,3	175,9
Tynktarmen Толстая кишка Coli	C18	0-14	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	C18	15-19	0,0	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5	0,0	0,0	3,4	0,0	1,7	1,6	1,6	0,0	0,0
	C18	20-24	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,7	0,0	2,2	0,0	2,0	0,0	0,0	1,8	0,0	1,8	0,0
	C18	25-29	0,0	1,8	0,0	0,0	0,0	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0	2,1	0,0	2,3	0,0	2,3	0,0	0,0	1,9
	C18	30-34	1,3	2,7	0,0	0,0	3,3	1,7	0,0	2,0	0,0	4,6	1,6	3,4	0,0	1,9	0,0	0,0	4,6	0,0
	C18	35-39	5,2	5,2	4,0	1,4	2,8	1,4	4,4	3,1	3,5	1,5	5,8	6,0	7,6	0,0	6,4	10,0	14,0	6,0
	C18	40-44	6,2	7,4	4,4	4,3	10,0	4,3	5,7	2,9	10,4	9,9	12,6	7,7	7,5	6,0	6,0	4,5	4,7	4,8
	C18	45-49	11,9	7,7	8,6	7,6	7,2	10,3	3,3	19,3	7,9	15,4	7,9	17,3	7,6	12,6	6,9	19,7	17,7	17,3
	C18	50-54	20,5	24,5	13,2	22,7	38,5	16,9	11,6	17,0	14,3	25,6	25,5	12,5	35,9	22,1	35,7	19,4	18,2	19,0
	C18	55-59	28,1	34,4	47,0	34,6	38,9	13,7	19,5	39,4	41,2	45,1	26,9	35,3	53,3	48,5	31,9	19,0	40,2	43,5
	C18	60-64	41,8	47,9	55,8	36,0	44,3	28,3	53,0	58,9	58,2	42,4	52,1	40,7	47,2	53,6	43,7	60,6	47,2	74,9
	C18	65-69	60,2	40,1	61,7	51,2	79,3	76,5	68,2	56,1	118,1	42,3	69,9	82,9	47,8	58,7	60,3	69,0	74,3	69,5
	C18	70-74	94,0	25,5	186,8	113,5	111,4	132,5	78,7	108,1	114,1	106,4	93,7	68,4	83,9	87,0	69,0	78,3	96,9	88,4
	C18	75-79	108,0	114,8	147,7	199,4	120,3	206,3	104,6	134,4	115,2	91,8	62,8	80,5	80,4	114,2	92,9	126,8	146,3	121,9
	C18	80-84	202,6	69,2	68,1	108,3	41,1	131,5	188,6	97,0	48,5	96,1	73,9	89,3	54,1	58,8	128,9	88,2	92,1	112,6
	C18	85+	0,0	0,0	83,0	156,5	69,3	0,0	188,6	60,0	60,0	91,5	0,0	90,1	118,4	57,6	56,4	95,4	81,2	40,6

	МКБ-9 ICD-9	МКБ-10 ICD-10	Aldersgr	Menn / Мужчины / Men							Kvinner / Женщины / Women									
				1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Luftrøret, bronkier og lunger Легкие Tracheae, bronchi, pulmonis	162	C33-34	0-14	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	162	C33-34	15-19	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,6
	162	C33-34	20-24	3,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	162	C33-34	25-29	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,1	0,0	0,0	2,3	0,0	0,0	1,9
	162	C33-34	30-34	0,0	2,7	0,0	1,5	3,3	5,2	3,8	0,0	4,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	162	C33-34	35-39	11,8	1,3	6,7	5,5	8,3	7,1	7,3	6,1	5,2	0,0	1,5	0,0	0,0	1,5	1,6	0,0	3,5
	162	C33-34	40-44	37,0	28,1	29,1	19,9	24,2	21,4	17,0	24,7	26,9	0,0	3,1	0,0	3,0	3,0	0,0	3,0	4,7
	162	C33-34	45-49	98,1	102,5	92,0	58,9	75,5	87,4	93,1	75,6	72,8	6,2	5,3	2,2	3,8	9,0	1,7	4,9	9,7
	162	C33-34	50-54	164,4	125,0	178,3	136,5	165,6	172,1	150,9	145,5	125,0	12,8	12,7	12,5	7,2	14,7	22,7	13,8	13,7
	162	C33-34	55-59	342,4	304,0	316,7	269,0	211,6	221,9	211,3	236,5	233,6	11,9	29,1	22,8	16,4	18,2	11,4	13,6	3,4
	162	C33-34	60-64	424,3	510,8	394,1	475,8	383,6	349,7	414,4	378,3	333,7	24,6	23,7	22,9	18,4	21,4	7,7	29,1	31,5
	162	C33-34	65-69	797,3	552,1	502,2	461,0	463,7	455,1	473,4	411,0	487,0	34,8	28,9	28,4	38,2	44,1	27,6	26,6	42,8
	162	C33-34	70-74	657,7	752,5	618,8	711,9	625,5	647,5	596,9	606,4	570,3	47,3	52,5	46,8	50,3	59,1	42,0	20,3	57,0
	162	C33-34	75-79	388,8	344,4	295,4	348,9	625,8	435,5	460,1	537,5	748,7	32,4	68,5	66,4	43,3	60,1	38,3	40,6	78,0
	162	C33-34	80-84	337,6	242,3	408,7	252,6	451,7	306,7	282,9	291,0	339,5	29,6	22,2	44,7	38,6	50,4	27,6	39,2	61,4
	162	C33-34	85+	93,0	88,3	332,0	156,5	207,8	131,8	0,0	0,0	119,9	61,0	107,9	60,1	29,6	0,0	56,4	40,9	54,1
Bryskjertel Молочная железа mammae	174,175	C50	0-14	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	174,175	C50	15-19	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	174,175	C50	20-24	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,1	0,0	0,0	1,8	0,0	0,0
	174,175	C50	25-29	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	2,1	4,4	0,0	6,9	4,5	2,2	6,3
	174,175	C50	30-34	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	15,4	4,8	6,7	10,8	13,4	22,4	17,4	9,1
	174,175	C50	35-39	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,7	24,8	20,4	23,9	33,5	37,0	30,4	16,6	31,5
	174,175	C50	40-44	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4	0,0	0,0	46,2	50,4	58,7	64,9	52,9	68,1	46,8	62,2
	174,175	C50	45-49	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	71,0	76,4	62,8	87,9	99,4	108,4	83,6	90,2
	174,175	C50	50-54	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	53,3	53,5	59,4	96,8	117,9	100,5	141,0	113,8
	174,175	C50	55-59	2,8	5,3	0,0	0,0	0,0	0,0	3,3	0,0	0,0	71,2	82,8	105,8	92,3	58,6	93,4	84,3	97,2
	174,175	C50	60-64	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,5	0,0	0,0	3,1	62,5	90,0	96,6	84,0	83,0	100,2	97,0	114,6
	174,175	C50	65-69	0,0	0,0	4,1	0,0	7,9	4,0	0,0	9,3	0,0	94,6	60,3	73,4	54,9	95,5	60,3	95,6	111,4
	174,175	C50	70-74	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	6,0	6,0	86,7	82,4	50,4	77,2	80,8	105,0	98,6	82,7
	174,175	C50	75-79	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	19,2	19,2	43,2	74,2	84,5	68,0	66,1	71,0	121,7	107,3
	174,175	C50	80-84	0,0	0,0	34,1	0,0	0,0	0,0	47,1	0,0	0,0	59,2	44,3	59,6	69,5	50,4	46,0	29,4	81,9
	174,175	C50	85+	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	30,5	30,8	60,1	44,4	14,4	56,4	40,9	81,2
Prostata Простата	185	C61	0-14	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	185	C61	15-19	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	185	C61	20-24	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	185	C61	25-29	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	185	C61	30-34	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	185	C61	35-39	0,0	1,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	185	C61	40-44	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	185	C61	45-49	3,0	0,0	0,0	0,0	3,6	1,7	0,0	0,0	4,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	185	C61	50-54	4,6	5,4	3,3	7,6	7,7	3,4	5,8	7,3	4,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	185	C61	55-59	16,8	18,5	19,8	12,3	24,3	13,7	42,3	15,8	18,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	185	C61	60-64	20,9	31,9	24,4	21,6	44,3	49,4	46,4	49,6	36,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	185	C61	65-69	55,2	62,3	74,1	47,3	75,3	68,5	42,6	112,1	83,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	185	C61	70-74	67,1	76,5	116,8	123,8	197,1	184,0	131,2	126,1	210,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	185	C61	75-79	151,2	114,8	123,1	124,6	240,7	366,7	167,3	172,8	192,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	185	C61	80-84	236,3	138,5	204,4	144,4	144,4	82,1	87,6	47,1	291,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	185	C61	85+	93,0	0,0	166,0	156,5	138,5	131,8	0,0	60,0	119,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Forekomst av noen hyppig forekommende kreftformer i Arkhangelsk oblast, fordelt på lokalisasjon, kjønn, aldersgruppe og tidsrom (pr. 100 000 innb.)

Показатели заболеваемости некоторыми часто случающимися типами рака в АО, классифицированными по месту локализации, полу, возрасту и временному периоду (на 100 000 нас.)

Incidence rates per 100 000, by primary site, gender, age-group and period

Lokalisasjon	МКБ-9 ICD-9	МКБ-10 ICD-10	Aldersgr.	Menn / Мужчины / Men				Kvinner / Женщины / Women			
				1993-95	1996-98	1999-2001	1993-2001	1993-95	1996-98	1999-2001	1993-2001
Spiserøret Пищевод Oesophagi	150	C15	0-14	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	150	C15	15-19	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	150	C15	20-24	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	150	C15	25-29	1,2	0,6	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0
	150	C15	30-34	0,5	0,0	0,7	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0
	150	C15	35-39	1,3	0,0	1,0	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0
	150	C15	40-44	4,5	2,8	1,5	2,9	0,5	1,0	1,0	0,9
	150	C15	45-49	13,4	14,4	7,0	11,2	1,7	2,4	0,0	1,3
	150	C15	50-54	22,5	28,1	25,7	25,2	3,4	7,0	5,3	5,0
	150	C15	55-59	41,3	45,7	37,2	41,9	4,4	2,8	3,3	3,5
	150	C15	60-64	65,3	74,6	47,3	61,8	15,8	8,7	6,9	10,5
	150	C15	65-69	103,5	71,6	85,9	86,3	23,4	23,7	12,3	20,2
	150	C15	70-74	113,2	100,1	101,2	103,7	37,6	24,1	36,0	32,3
	150	C15	75-79	61,3	175,6	135,3	123,5	28,5	47,0	64,0	46,7
	150	C15	80-84	56,9	93,5	73,1	73,6	66,7	47,6	39,4	52,2
	150	C15	85+	117,2	70,8	22,0	65,5	101,5	38,5	70,2	69,5
Magesekken Желудок Ventriculi	151	C16	0-14	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	151	C16	15-19	1,1	0,0	0,5	0,5	0,0	0,5	0,0	0,2
	151	C16	20-24	0,6	1,2	0,6	0,8	0,7	0,6	0,0	0,4
	151	C16	25-29	2,9	1,9	0,6	1,8	1,4	3,8	2,1	2,4
	151	C16	30-34	2,3	2,2	2,6	2,3	3,7	3,8	3,8	3,8
	151	C16	35-39	10,5	8,8	6,8	8,8	8,3	8,3	5,4	7,4
	151	C16	40-44	19,4	19,9	19,4	19,6	11,7	13,6	18,7	14,7
	151	C16	45-49	61,1	52,2	42,9	50,8	21,4	28,9	20,4	23,7
	151	C16	50-54	87,5	62,2	93,2	83,2	25,4	44,3	26,4	30,6
	151	C16	55-59	144,9	127,8	103,9	128,1	45,2	44,3	43,5	44,4
	151	C16	60-64	175,5	199,6	188,3	187,3	77,6	76,1	78,6	77,5
	151	C16	65-69	322,4	237,3	259,3	271,6	123,5	106,9	111,6	114,2
	151	C16	70-74	448,5	337,6	375,3	379,6	176,6	139,6	162,0	158,5
	151	C16	75-79	521,2	415,0	571,4	504,1	184,4	185,9	193,9	188,2
	151	C16	80-84	523,5	373,9	438,7	450,0	212,4	126,0	145,6	164,0
	151	C16	85+	293,1	47,2	263,6	196,6	147,2	144,3	159,1	150,3
Tjukkarmen Толстая кишка Coli	153	C18	0-14	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	153	C18	15-19	0,5	0,0	0,5	0,4	1,1	1,1	0,5	0,9
	153	C18	20-24	0,0	0,0	0,6	0,2	1,4	0,6	0,6	0,8
	153	C18	25-29	0,6	0,6	0,0	0,4	0,7	1,5	0,7	0,9
	153	C18	30-34	1,4	1,6	0,7	1,3	3,2	0,6	1,5	1,9
	153	C18	35-39	4,8	1,8	3,7	3,5	4,4	4,7	10,2	6,2
	153	C18	40-44	6,0	6,2	6,3	6,1	10,1	6,5	4,7	7,1
	153	C18	45-49	9,2	8,4	10,2	9,3	13,7	9,0	18,2	13,9
	153	C18	50-54	19,8	25,6	14,5	19,2	22,0	31,4	18,8	23,2
	153	C18	55-59	36,9	29,6	32,1	32,9	35,6	45,0	32,7	38,5
	153	C18	60-64	48,1	36,1	56,8	47,5	45,1	48,1	61,0	51,6
	153	C18	65-69	54,0	68,9	79,8	67,5	65,4	55,5	70,9	63,6
	153	C18	70-74	104,8	120,2	121,0	116,8	88,9	79,8	92,0	86,9
	153	C18	75-79	122,6	175,6	135,3	144,0	81,7	95,9	146,4	108,6
	153	C18	80-84	113,8	93,5	102,4	103,8	86,5	78,4	87,9	84,3
	153	C18	85+	29,3	70,8	109,8	73,7	60,9	76,9	74,9	71,1
Endetarmen Прямая кишка Recti, ani	154	C19-21	0-14	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	154	C19-21	15-19	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	154	C19-21	20-24	0,6	0,0	0,6	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0
	154	C19-21	25-29	0,0	0,0	0,6	0,2	0,0	0,8	1,4	0,7
	154	C19-21	30-34	0,9	0,5	0,0	0,5	2,7	1,3	0,8	1,7
	154	C19-21	35-39	1,3	2,3	2,1	1,9	2,0	3,1	3,6	2,8
	154	C19-21	40-44	3,5	4,7	1,9	3,4	8,5	6,0	8,3	7,6
	154	C19-21	45-49	12,6	7,8	7,5	8,9	7,7	7,8	13,4	10,0
	154	C19-21	50-54	18,0	20,7	18,5	18,9	8,5	23,3	19,6	16,6
	154	C19-21	55-59	29,9	35,6	28,2	31,6	23,0	17,6	23,9	21,1
	154	C19-21	60-64	61,0	50,5	55,7	55,9	34,0	30,6	31,3	32,0
	154	C19-21	65-69	72,0	75,6	92,0	79,6	36,3	35,1	49,2	39,8
	154	C19-21	70-74	125,8	151,6	153,1	146,0	62,6	52,5	58,0	57,4
	154	C19-21	75-79	138,0	183,5	157,9	159,5	51,3	66,5	80,5	66,3
	154	C19-21	80-84	170,7	133,5	87,7	134,1	42,0	56,0	63,7	53,1
	154	C19-21	85+	58,6	94,3	109,8	90,1	35,5	52,9	37,4	42,0
Bukspyttkjertelen Поджелудочная железа Pancreatis	157	C25	0-14	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,1
	157	C25	15-19	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	157	C25	20-24	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,9	0,0	0,6
	157	C25	25-29	0,6	0,0	1,2	0,6	0,0	0,8	0,7	0,5
	157	C25	30-34	0,9	0,5	2,0	1,1	0,5	0,0	0,0	0,2
	157	C25	35-39	3,5	1,4	2,6	2,5	1,0	0,0	0,0	0,4
	157	C25	40-44	7,5	4,7	4,8	5,7	1,1	0,0	2,1	1,0
	157	C25	45-49	20,9	9,6	6,4	11,2	6,9	3,0	3,2	4,1
	157	C25	50-54	25,3	24,4	17,7	22,1	5,9	14,0	7,5	8,6
	157	C25	55-59	34,2	20,3	14,1	23,9	16,3	13,4	9,8	13,5
	157	C25	60-64	42,8	34,9	42,1	40,1	23,0	15,7	19,8	19,6
	157	C25	65-69	54,0	51,7	43,0	49,7	29,9	30,2	19,9	27,0
	157	C25	70-74	62,9	60,1	83,9	70,5	48,9	44,1	41,0	44,3

Lokalisasjon	MKB-9	MKB-10	Aldersgr.	Menn / Мужчины / Men				Kvinner / Женщины / Women			
	ICD-9	ICD-10		1993-95	1996-98	1999-2001	1993-2001	1993-95	1996-98	1999-2001	1993-2001
Strupe Глотка Laryngis	157	C25	75-79	76,6	63,8	67,7	69,4	53,2	64,6	67,7	61,9
	157	C25	80-84	79,7	66,8	29,2	60,6	32,1	44,8	45,5	40,3
	157	C25	85+	87,9	117,9	43,9	81,9	50,8	33,7	18,7	33,9
	161	C32	0-14	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,1
	161	C32	15-19	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	161	C32	20-24	0,0	0,0	0,6	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0
	161	C32	25-29	0,0	0,6	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0
	161	C32	30-34	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,2
	161	C32	35-39	2,6	2,3	0,0	1,7	0,5	0,0	0,0	0,2
	161	C32	40-44	4,0	5,7	3,9	4,5	1,1	0,0	1,6	0,9
	161	C32	45-49	15,1	11,4	11,8	12,5	2,6	1,8	0,5	1,5
	161	C32	50-54	10,8	25,6	17,7	17,3	0,8	0,0	2,3	1,2
	161	C32	55-59	29,0	31,3	12,8	25,8	0,0	0,0	0,0	0,0
	161	C32	60-64	36,4	46,9	27,3	36,4	0,8	1,7	0,8	1,1
	161	C32	65-69	39,0	54,3	30,7	42,0	0,0	0,0	0,9	0,3
	161	C32	70-74	29,3	57,2	17,3	34,2	3,8	2,1	3,0	2,9
	161	C32	75-79	38,3	16,0	30,1	28,3	1,9	0,0	0,0	0,6
Luftrøret, bronkier og lunger Легкие Tracheae, bronchi, pulmr	161	C32	80-84	22,8	13,4	14,6	17,3	0,0	0,0	0,0	0,0
	161	C32	85+	58,6	0,0	0,0	16,4	0,0	0,0	0,0	0,0
	162	C33-34	0-14	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	162	C33-34	15-19	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,2
	162	C33-34	20-24	1,2	0,0	0,6	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0
	162	C33-34	25-29	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	0,8	0,7	0,7
	162	C33-34	30-34	0,9	3,2	2,6	2,2	0,0	0,0	0,0	0,0
	162	C33-34	35-39	6,6	6,9	6,3	6,6	1,0	1,0	1,2	1,1
	162	C33-34	40-44	31,3	21,8	22,8	25,2	1,1	2,0	3,6	2,2
	162	C33-34	45-49	97,1	74,4	80,4	82,5	4,3	4,8	8,0	6,0
	162	C33-34	50-54	155,1	158,6	139,0	149,7	12,7	15,1	15,1	14,3
	162	C33-34	55-59	320,5	234,5	225,8	263,9	21,5	15,5	14,2	17,3
	162	C33-34	60-64	444,0	402,8	374,4	407,1	23,7	15,7	25,9	22,1
	162	C33-34	65-69	607,3	459,9	457,2	506,5	30,7	36,7	33,1	33,5
	162	C33-34	70-74	674,9	658,0	708,5	682,7	48,9	50,4	40,0	46,2
	162	C33-34	75-79	344,9	470,8	669,2	496,4	55,1	47,0	56,7	53,0
	162	C33-34	80-84	330,0	333,9	277,9	315,8	32,1	39,2	48,5	39,4
Hud annen ondartet Кожи	162	C33-34	85+	175,8	165,1	43,9	122,9	76,1	28,9	37,4	46,9
	173	C44	0-14	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	173	C44	15-19	0,5	0,0	1,0	0,5	1,7	0,0	0,0	0,5
	173	C44	20-24	0,0	0,0	0,6	0,2	0,0	1,2	0,6	0,6
	173	C44	25-29	0,0	1,3	1,2	0,8	0,0	1,5	2,1	1,2
	173	C44	30-34	1,4	1,1	1,3	1,3	1,1	1,9	3,0	1,9
	173	C44	35-39	2,2	1,8	1,6	1,9	4,4	2,1	7,8	4,6
	173	C44	40-44	7,0	9,0	7,3	7,8	7,4	7,6	8,3	7,8
	173	C44	45-49	17,6	12,0	16,1	15,0	11,2	13,3	13,9	13,0
	173	C44	50-54	12,6	19,5	32,9	22,4	21,2	23,3	34,7	27,0
	173	C44	55-59	29,9	25,4	28,2	27,7	27,4	33,1	37,0	32,0
	173	C44	60-64	46,0	49,3	61,0	52,3	26,9	39,3	58,7	42,0
	173	C44	65-69	54,0	64,9	67,5	62,2	63,8	58,0	94,6	71,0
	173	C44	70-74	150,9	117,3	172,8	148,0	90,2	90,2	128,0	104,0
	173	C44	75-79	99,6	159,6	315,8	192,9	110,3	109,6	186,6	136,4
	173	C44	80-84	147,9	160,3	219,4	173,1	128,4	109,2	142,5	126,4
	173	C44	85+	146,5	188,7	153,7	163,9	101,5	81,8	159,1	114,8
Brystkjertel Молочная железа mammae	174,175	C50	0-14	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	174,175	C50	15-19	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	174,175	C50	20-24	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4	0,6	0,0	0,6
	174,175	C50	25-29	0,0	0,0	0,0	0,0	2,8	3,8	2,8	3,1
	174,175	C50	30-34	0,0	0,0	0,0	0,0	9,1	15,3	10,6	11,6
	174,175	C50	35-39	0,0	0,0	0,5	0,2	23,0	33,7	25,7	27,4
	174,175	C50	40-44	0,0	0,0	0,5	0,2	51,9	62,0	60,7	58,3
	174,175	C50	45-49	0,0	0,0	0,0	0,0	69,5	98,9	82,6	85,1
	174,175	C50	50-54	0,0	0,0	0,0	0,0	55,0	104,8	113,8	90,9
	174,175	C50	55-59	2,6	0,0	1,3	1,3	87,4	80,9	92,5	86,2
	174,175	C50	60-64	0,0	1,2	1,1	0,7	82,3	89,2	108,3	93,6
	174,175	C50	65-69	1,5	4,0	3,1	2,9	75,9	70,2	97,4	80,4
	174,175	C50	70-74	0,0	0,0	4,9	2,0	72,6	88,1	94,0	85,8
	174,175	C50	75-79	0,0	0,0	15,0	5,1	66,5	68,5	131,7	89,7
	174,175	C50	80-84	11,4	0,0	14,6	8,7	54,3	56,0	72,8	60,5
	174,175	C50	85+	0,0	0,0	0,0	0,0	40,6	38,5	51,5	43,6
Livmorhals Шейка матки cervicis uteri	180	C53	0-14					0,0	0,0	0,0	0,0
	180	C53	15-19					0,0	0,0	0,0	0,0
	180	C53	20-24					2,1	3,7	3,5	3,2
	180	C53	25-29					4,9	3,8	8,3	5,7
	180	C53	30-34					6,4	8,9	9,9	8,2
	180	C53	35-39					9,8	9,8	14,9	11,3
	180	C53	40-44					13,2	16,1	15,6	15,0
	180	C53	45-49					30,9	16,9	16,1	20,0
	180	C53	50-54					17,8	15,1	30,1	22,0
	180	C53	55-59					20,0	16,2	12,0	16,5
	180	C53	60-64					16,6	17,5	19,1	17,8
	180	C53	65-69					25,0	25,3	22,7	24,4
	180	C53	70-74					36,3	33,6	27,0	32,0
	180	C53	75-79					45,6	39,1	45,7	43,6
	180	C53	80-84					17,3	11,2	15,2	14,7
	180	C53	85+					10,2	4,8	18,7	11,3

Lokalisasjon	MKB-9	MKB-10	Aldersgr.	Menn / Мужчины / Men				Kvinner / Женщины / Women			
	ICD-9	ICD-10		1993-95	1996-98	1999-2001	1993-2001	1993-95	1996-98	1999-2001	1993-2001
Livmorkropp	182	C54	0-14					0,0	0,0	0,0	0,0
Тело матки	182	C54	15-19					0,0	0,0	0,0	0,0
corporis uteri	182	C54	20-24					0,0	0,6	0,0	0,2
	182	C54	25-29					0,0	0,0	0,0	0,0
	182	C54	30-34					2,1	1,9	0,8	1,7
	182	C54	35-39					5,4	2,6	3,0	3,7
	182	C54	40-44					7,4	5,0	6,7	6,4
	182	C54	45-49					19,7	14,5	17,2	16,8
	182	C54	50-54					33,0	28,0	34,7	32,4
	182	C54	55-59					24,4	35,9	31,6	30,6
	182	C54	60-64					34,0	28,0	39,7	34,2
	182	C54	65-69					35,5	33,5	35,0	34,6
	182	C54	70-74					35,1	30,4	30,0	31,6
	182	C54	75-79					24,7	31,3	29,3	28,4
	182	C54	80-84					19,8	22,4	9,1	17,4
	182	C54	85+					10,2	9,6	32,8	17,8
Eggstokk, eggleder	183	C56	0-14					0,4	0,2	0,0	0,2
Яичник	183	C56	15-19					0,6	0,5	0,0	0,4
ovarui, tubae, ligamenti	183	C56	20-24					0,7	2,5	3,5	2,3
	183	C56	25-29					2,1	2,3	1,4	1,9
	183	C56	30-34					2,1	3,8	3,0	2,9
	183	C56	35-39					4,9	5,2	11,3	6,9
	183	C56	40-44					9,0	10,1	10,9	10,0
	183	C56	45-49					18,9	21,7	28,9	23,9
	183	C56	50-54					16,9	34,9	27,1	25,5
	183	C56	55-59					23,7	26,0	32,7	26,8
	183	C56	60-64					24,5	39,3	30,5	31,2
	183	C56	65-69					27,4	43,3	42,6	37,5
	183	C56	70-74					35,1	37,8	33,0	35,3
	183	C56	75-79					32,3	25,4	23,8	27,2
	183	C56	80-84					14,8	16,8	24,3	18,3
	183	C56	85+					15,2	24,0	28,1	22,6
Prostata	185	C61	0-14	0,0	0,0	0,0	0,0				
Простата	185	C61	15-19	0,0	0,0	0,0	0,0				
	185	C61	20-24	0,0	0,0	0,0	0,0				
	185	C61	25-29	0,0	0,0	0,0	0,0				
	185	C61	30-34	0,0	0,0	0,0	0,0				
	185	C61	35-39	0,4	0,0	0,0	0,2				
	185	C61	40-44	0,0	0,5	0,0	0,2				
	185	C61	45-49	0,8	1,8	1,6	1,5				
	185	C61	50-54	4,5	6,1	5,6	5,4				
	185	C61	55-59	18,4	16,9	26,9	20,0				
	185	C61	60-64	25,7	38,5	44,2	36,1				
	185	C61	65-69	64,5	63,6	78,2	68,5				
	185	C61	70-74	88,0	171,7	187,6	158,1				
	185	C61	75-79	130,3	247,4	203,0	192,9				
	185	C61	80-84	193,5	106,8	204,7	168,7				
	185	C61	85+	87,9	141,5	65,9	98,3				
Nyre	189	C64-66,C68	0-14	0,5	0,4	0,5	0,5	1,1	1,1	0,8	1,0
Почка	189	C64-66,C68	15-19	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,2
renis	189	C64-66,C68	20-24	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0	0,2
	189	C64-66,C68	25-29	0,0	0,6	1,9	0,8	0,0	0,0	0,7	0,2
	189	C64-66,C68	30-34	1,4	1,1	0,0	0,9	0,5	0,0	0,8	0,4
	189	C64-66,C68	35-39	1,8	3,2	2,1	2,4	1,0	1,6	1,2	1,2
	189	C64-66,C68	40-44	7,5	6,2	2,9	5,5	4,8	3,5	5,7	4,7
	189	C64-66,C68	45-49	18,4	14,4	13,9	15,2	12,0	7,8	13,4	11,1
	189	C64-66,C68	50-54	17,1	20,7	27,3	22,1	5,1	14,0	15,1	11,3
	189	C64-66,C68	55-59	25,5	24,5	18,0	23,2	14,8	14,8	14,2	14,6
	189	C64-66,C68	60-64	37,4	60,1	36,8	44,2	25,3	20,1	27,5	24,5
	189	C64-66,C68	65-69	37,5	42,4	44,5	41,5	21,8	31,8	33,1	28,7
	189	C64-66,C68	70-74	50,3	83,0	74,1	71,5	42,6	38,8	35,0	38,5
	189	C64-66,C68	75-79	46,0	39,9	105,3	64,3	19,0	25,4	60,4	35,4
	189	C64-66,C68	80-84	11,4	40,1	43,9	30,3	14,8	19,6	9,1	14,7
	189	C64-66,C68	85+	0,0	23,6	65,9	32,8	15,2	9,6	9,4	11,3
Urinblære	188	C67	0-14	0,0	0,2	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Мочевой пузырь	188	C67	15-19	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,2
Vesicae urinariae	188	C67	20-24	0,0	0,0	0,6	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0
	188	C67	25-29	0,0	0,0	0,6	0,2	0,7	0,0	0,0	0,2
	188	C67	30-34	1,4	0,0	2,0	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0
	188	C67	35-39	3,1	1,8	1,6	2,2	2,0	0,5	1,2	1,2
	188	C67	40-44	4,0	5,7	7,3	5,7	2,1	1,0	0,0	1,0
	188	C67	45-49	3,3	7,8	10,2	7,6	3,4	1,8	2,1	2,3
	188	C67	50-54	11,7	9,8	16,9	13,2	0,8	3,5	3,8	2,7
	188	C67	55-59	14,9	28,8	20,5	21,6	3,7	3,5	2,2	3,3
	188	C67	60-64	41,7	38,5	51,5	44,2	4,0	6,1	7,6	5,9
	188	C67	65-69	76,5	80,9	78,2	78,6	8,9	13,1	8,5	10,2
	188	C67	70-74	142,5	148,8	130,8	140,0	21,3	11,5	20,0	17,4
	188	C67	75-79	115,0	135,7	150,4	133,8	9,5	17,6	29,3	18,9
	188	C67	80-84	147,9	93,5	117,0	121,1	12,4	25,2	6,1	14,7
	188	C67	85+	58,6	47,2	22,0	41,0	10,2	14,4	14,0	12,9

Tabell VI

Таблица VI

Antall nye kreft tilfelle i Arkhangelsk oblast fordelt på primærlokalisasjon, kjønn, alder og år
Количество новых случаев заболевания раком в Архангельской области, классифицированных по месту локализации, полу, возрасту и году
New cases per year by primary site, year, age-group and gender

Lokalisasjon	МКБ-9 ICD-9	МКБ-10 ICD-10	Aldersgr	Menn / Мужчины / Men					Kvinner / Женщины / Women				
				1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2001
Leppe	140	C00	0-14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Губа	140	C00	15-19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Губа	140	C00	20-24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Labii	140	C00	25-29	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	140	C00	30-34	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	140	C00	35-39	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
	140	C00	40-44	2	2	0	4	3	0	1	1	1	0
	140	C00	45-49	1	1	3	2	0	2	0	5	1	0
	140	C00	50-54	4	1	2	0	0	1	2	2	2	0
	140	C00	55-59	6	6	5	3	6	4	1	4	0	0
	140	C00	60-64	7	11	7	5	4	2	2	3	9	0
	140	C00	65-69	9	12	15	6	8	5	7	6	4	1
	140	C00	70-74	5	1	3	3	6	5	3	4	5	1
	140	C00	75-79	1	4	0	1	2	1	2	0	4	2
	140	C00	80-84	1	2	2	0	2	1	3	2	0	6
	140	C00	85+	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Totalt / Сумма	140	C00		36	40	37	25	33	21	21	27	26	11
Tunge	141	C01-02	0-14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Язык	141	C01-02	15-19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lingua	141	C01-02	20-24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	141	C01-02	25-29	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	141	C01-02	30-34	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	141	C01-02	35-39	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	141	C01-02	40-44	2	2	0	2	0	0	0	0	0	0
	141	C01-02	45-49	0	2	3	0	2	0	2	4	2	0
	141	C01-02	50-54	8	1	1	0	0	3	2	1	3	0
	141	C01-02	55-59	3	2	6	0	1	2	2	4	2	0
	141	C01-02	60-64	3	1	1	1	0	1	4	5	6	0
	141	C01-02	65-69	4	1	1	1	0	3	1	0	2	2
	141	C01-02	70-74	1	0	1	2	1	1	0	2	1	0
	141	C01-02	75-79	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0
	141	C01-02	80-84	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
	141	C01-02	85+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Totalt / Сумма	141	C01-02		21	9	13	7	4	10	12	17	16	4
Tannkjøtt	143	C03	0-14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Челюсть	143	C03	15-19	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Gum	143	C03	20-24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	143	C03	25-29	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	143	C03	30-34	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	143	C03	35-39	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	143	C03	40-44	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0
	143	C03	45-49	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0
	143	C03	50-54	0	1	0	0	0	1	2	4	0	1
	143	C03	55-59	0	0	2	2	0	0	0	1	2	0
	143	C03	60-64	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0
	143	C03	65-69	0	2	1	0	1	0	0	0	0	0
	143	C03	70-74	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0
	143	C03	75-79	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
	143	C03	80-84	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	143	C03	85+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Totalt / Сумма	143	C03		1	5	5	2	2	5	5	7	3	1

Lokalisasjon	МКБ-9 ICD-9	МКБ-10 ICD-10	Aldersgr	Menn / Мужчины / Men					Kvinner / Женщины / Women												
				1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Nesesvelget Стенки носоглотки Epipharyngis	146	C09-10	55-59	6	10	4	6	6	7	0	1	2	0	2	0	0	0	0	0	1	1
	146	C09-10	60-64	7	0	2	2	3	1	7	0	4	1	0	0	1	0	0	1	0	0
	146	C09-10	65-69	2	2	3	4	2	4	0	4	2	2	2	0	2	1	0	1	2	1
	146	C09-10	70-74	0	3	0	1	4	1	2	2	1	1	2	1	0	1	0	1	2	2
	146	C09-10	75-79	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1
	146	C09-10	80-84	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
	146	C09-10	85+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	146	C09-10		26	19	20	19	26	18	16	9	15	5	6	2	5	4	3	4	7	6
	147	C11	0-14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	147	C11	15-19	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Strupesvelget Гипофаринкс Hypopharyngis	147	C11	20-24	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0
	147	C11	15-19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	147	C11	30-34	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	147	C11	35-39	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
	147	C11	40-44	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	147	C11	45-49	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	1
	147	C11	50-54	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0
	147	C11	55-59	2	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	147	C11	60-64	1	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	1	2	0
	147	C11	65-69	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Totalt / Сумма	147	C11	70-74	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	147	C11	75-79	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	147	C11	80-84	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	147	C11	85+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	147	C11		6	0	5	1	1	2	1	6	2	0	0	1	1	1	5	2	5	2
	148	C13	0-14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	148	C13	15-19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	148	C13	20-24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	148	C13	25-29	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Totalt / Сумма	148	C13	30-34	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
148		C13	35-39	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
148		C13	40-44	1	4	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
148		C13	45-49	0	2	1	2	2	1	4	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
148		C13	50-54	3	0	4	2	1	2	4	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
148		C13	55-59	0	3	5	3	7	1	2	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
148		C13	60-64	4	0	2	2	2	4	4	1	2	0	0	1	0	0	0	1	0	0
148		C13	65-69	1	0	4	4	3	2	2	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
148		C13	70-74	1	1	0	0	2	1	4	3	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0
148		C13	75-79	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Totalt / Сумма	148	C13	80-84	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	148	C13	85+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	148	C13		11	10	18	13	18	13	20	7	7	0	0	1	2	2	1	0	1	0
	149	C12,C14	0-14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	149	C12,C14	15-19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	149	C12,C14	20-24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	149	C12,C14	25-29	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	149	C12,C14	30-34	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	149	C12,C14	35-39	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	149	C12,C14	40-44	1	3	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Annet lite spesifiserte leppe, munnhule, svelg Глотки, неуточненное pharyngis uns	149	C12,C14	45-49	2	0	0	0	0	0	0	4	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	149	C12,C14	50-54	0	2	0	0	0	0	0	4	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	149	C12,C14	55-59	2	8	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	149	C12,C14	60-64	6	3	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	149	C12,C14	65-69	1	1	0	0	0	0	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	149	C12,C14	70-74	1	1	0	0	0	0	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0
	149	C12,C14	75-79	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	149	C12,C14	80-84	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	149	C12,C14	85+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	149	C12,C14		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Totalt / Сумма		149	C12,C14	15	18	0	0	0	0	0	0	17	8	1	1	0	0	0	0	0	0	2
Spiserørret Пищевод Oesophagi		150	C15	0-14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		150	C15	15-19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		150	C15	20-24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		150	C15	25-29	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		150	C15	30-34	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		150	C15	35-39	0	2	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		150	C15	40-44	4	0	5	2	2	2	1	0	2	0	0	1	0	0	2	0	1	1
		150	C15	45-49	4	7	5	5	7	12	3	4	6	0	0	2	1	1	2	0	0	0
		150	C15	50-54	16	6	3	5	10	8	10	12	10	1	2	1	2	1	3	1	0	6
		150	C15	55-59	18	14	15	21	12	21	7	12	10	4	0	2	3	1	0	1	1	1
		150	C15	60-64	22	15	24	20	24	18	14	20	11	5	8	7	1	3	6	4	1	4
		150	C15	65-69	21	30	18	20	19	15	24	15	17	10	11	8	11	8	10	3	7	3
		150	C15	70-74	11	7	9	15	11	9	14	13	14	13	9	8	7	8	13	15		
		150	C15	75-79	5	1	2	7	11	4	5	4	9	5	6	4	6	8	10	8	14	13
		150	C15	80-84	2	1	2	4	2	1	2	0	3	10	8	9	11	3	3	4	3	6
		150	C15	85+	0	1	3	1	1	1	0	0	1	7	6	7	3	2	2	9	4	
Totalt / Сумма		150		104	85	88	100	100	91	82	81	83	55	50	49	46	35	46	31	49	53	
Magesekken Желудок Ventriculi		151	C16	0-14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		151	C16	15-19	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
		151	C16	20-24	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
		151	C16	25-29	2	0	3	1	2	0	1	0	0	0	1	0	1	4	0	0	0	0
		151	C16	30-34	1	3	1	1	2	1	2	0	2	4	2	1	2	2	2	1	2	2
		151	C16	35-39	8	9	7	7	8	4	4	5	4	2	10	5	6	4	6	1	4	4
		151	C16	40-44	16	6	17	11	15	16	5	14	21	8	5	9	8	10	9	10	14	12
		151	C16	45-49	17	22	34	24	27	36	30	22	28	11	5	9	17	12	19	14	15	9
		151	C16	50-54	37	32	28	19	11	21	34	43	39	18	8	4	10	14	14	13	15	7
		151	C16	55-59	54	57	54	49	49	53	28	26	27	18	17	26	24	13	21	11	8	
		151	C16	60-64	59	50	55	54	50	62	63	62	54	37	33	28	26	33	28	33	32	38
		151	C16	65-69	87	74	54	53	58	68	60	60	49	47	60	46	50	36	45	39	45	34
		151	C16	70-74	41	32	34	32	37	49	53	47	52	48	42	51	36	40	57	52	58	52
		151	C16	75-79	27	24	17	15	18	19	15	29	32	39	25	33	32	34	29	28	34	44
		151	C16	80-84	17	16	13	10	8	6	6	9	15	32	20	34	19	9	17	18	11	19
		151	C16	85+	0	4	6	0	2	0	2	5	5	8	14	7	12	14	4	11	10	13
Totalt / Сумма		151		368	330	323	277	289	338	304	323	328	274	242	253	245	238	243	241	251	245	
Tynntarm, tolvfingertarm Тонкая кишка Duodeni, jejuni, ilei		152	C17	0-14	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		152	C17	15-19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		152	C17	20-24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		152	C17	25-29	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		152	C17	30-34	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		152	C17	35-39	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		152	C17	40-44	0	0	0	2	2	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1
		152	C17	45-49	0	1	1	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		152	C17	50-54	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0
		152	C17	55-59	0	1	2	1	0	0	0	1	2	1	0	0	0	0	1	0	1	0
		152	C17	60-64	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	2	2
		152	C17	65-69	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0
		152	C17	70-74	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	3	0	0	2	1	0	0	1
		152	C17	75-79	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1
		152	C17	80-84	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
		152	C17	85+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Totalt / Сумма		152		0	2	7	5	3	2	5	4	4	4	5	3	1	1	5	2	1	4	5
Tykktarmen Толстая кишка Coli		153	C18	0-14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		153	C18	15-19	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	1	1	1	0	0
		153	C18	20-24	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0
		153	C18	25-29	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0
		153	C18	30-34	1	2	0	0	2	1	0	1	0	3	1	2	0	1	0	0	2	0
		153	C18	35-39	4	4	3	1	2	1	3	2	2	1	4	4	5	0	4	6	8	3
		153	C18	40-44	4	5	3	3	7	3	4	2	7	6	8	5	5	4	4	3	3	3
		153	C18	45-49	4	3	4	4	4	6	2	12	5	5	3	8	4	7	4	12	11	11

	156	C23-24	85+	0	8	6	6	10	7	10	8	21	17	26	16	15	0	2	25	22	4	15
Totalt / Сумма	156	C23-24	85+	14	8	6	6	10	7	10	8	21	17	26	16	15	0	2	25	22	4	15
Buksrytkefelen	157	C25	0-14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Поджелудочная железа	157	C25	15-19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pancreatis	157	C25	20-24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	157	C25	25-29	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0
	157	C25	30-34	0	1	1	0	1	0	3	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	157	C25	35-39	4	2	2	2	1	0	3	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	157	C25	40-44	6	6	3	3	5	2	5	1	4	1	0	0	0	0	1	1	1	2	2
	157	C25	45-49	3	11	11	3	6	7	2	7	3	1	6	1	2	1	2	3	0	3	3
	157	C25	50-54	11	9	8	9	6	5	2	12	3	3	1	8	1	3	5	3	2	2	2
	157	C25	55-59	12	17	10	9	6	9	4	2	5	7	8	7	6	5	7	0	2	2	2
	157	C25	60-64	17	14	9	12	9	8	20	9	11	9	9	5	7	6	9	10	7	7	7
	157	C25	65-69	11	14	11	12	8	19	11	12	16	13	8	11	14	12	9	5	7	14	14
	157	C25	70-74	5	7	3	4	11	6	9	13	14	11	14	15	15	12	10	15	16	16	16
	157	C25	75-79	3	4	3	1	3	4	3	5	16	8	4	6	16	11	9	13	15	15	15
	157	C25	80-84	3	3	1	3	1	1	1	1	5	4	4	5	6	5	7	4	4	4	4
	157	C25	85+	0	1	2	4	1	0	2	0	4	2	4	2	1	4	2	1	1	1	1
Totalt / Сумма	157	C25		75	89	65	62	57	62	66	63	78	67	53	66	67	60	62	53	60	60	60
Andre og lite spesifiserte i fordøvelsesorgan	159	C26	0-14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Кишечный тракт неутонч	159	C26	15-19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	159	C26	20-24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	159	C26	25-29	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	159	C26	30-34	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	159	C26	35-39	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	159	C26	40-44	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	159	C26	45-49	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
	159	C26	50-54	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	159	C26	55-59	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	159	C26	60-64	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	159	C26	65-69	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	159	C26	70-74	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	159	C26	75-79	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	159	C26	80-84	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	159	C26	85+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Totalt / Сумма	159	C26		0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	1	1
Nese, sinus	160	C30-31	0-14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Нос	160	C30-31	15-19	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cavi nasi, sinum nasi, au	160	C30-31	20-24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	160	C30-31	25-29	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	160	C30-31	30-34	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0
	160	C30-31	35-39	0	1	0	0	0	0	2	0	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0
	160	C30-31	40-44	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0
	160	C30-31	45-49	1	0	3	0	2	2	0	2	1	0	0	0	2	2	1	1	1	1	1
	160	C30-31	50-54	1	0	0	1	2	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	160	C30-31	55-59	0	0	1	3	0	0	0	0	0	3	0	2	2	0	0	1	0	0	0
	160	C30-31	60-64	0	0	3	3	0	0	0	2	1	0	0	1	0	0	0	0	3	3	3
	160	C30-31	65-69	3	2	0	0	1	2	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
	160	C30-31	70-74	0	1	1	0	0	0	1	0	0	2	3	1	1	1	1	0	1	2	2
	160	C30-31	75-79	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	160	C30-31	80-84	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	160	C30-31	85+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Totalt / Сумма	160	C30-31		5	4	9	8	5	7	7	6	3	9	4	5	7	6	4	4	4	7	7
Strupe	161	C32	0-14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Глотка	161	C32	15-19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Laryngis	161	C32	20-24	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	161	C32	25-29	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	161	C32	30-34	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	161	C32	35-39	2	1	3	0	4	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	161	C32	40-44	2	5	1	4	5	3	3	3	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1

Lokalisasjon	МКБ-9 ICD-9	МКБ-10 ICD-10	Aldersgr	Menn / Мужчины / Men							Kvinner / Женщины / Women											
				1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	
Luftrøret, bronkier og lunger Легкие Tracheae, bronchi, pulmon	161	C32	45-49	1	10	7	6	10	3	3	11	8	0	1	2	2	1	0	0	0	0	
	161	C32	50-54	5	4	3	6	8	7	5	9	8	0	0	1	0	0	0	0	2	1	
	161	C32	55-59	9	12	12	12	18	7	3	3	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	161	C32	60-64	13	13	8	10	14	15	9	8	9	1	0	0	1	1	0	0	0	1	
	161	C32	65-69	7	9	10	19	11	11	4	8	8	0	0	0	0	0	0	0	1	0	
	161	C32	70-74	2	2	3	6	7	7	2	4	1	2	0	1	0	1	1	0	3	0	
	161	C32	75-79	3	1	1	0	0	2	3	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
	161	C32	80-84	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	161	C32	85+	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Totalt / Сумма	161	C32		47	57	49	63	77	58	34	46	41	6	3	5	3	3	1	1	7	4
	Luftrøret, bronkier og lunger Легкие Tracheae, bronchi, pulmon	162	C33-34	0-14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		162	C33-34	15-19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
		162	C33-34	20-24	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		162	C33-34	25-29	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
		162	C33-34	30-34	0	2	0	1	2	3	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		162	C33-34	35-39	9	1	5	4	6	5	5	4	3	0	1	1	0	1	1	0	2	0
162		C33-34	40-44	24	19	20	14	17	15	12	17	18	0	2	2	2	0	2	3	2	3	
162		C33-34	45-49	33	40	43	31	42	51	57	47	46	2	2	1	2	5	1	3	6	6	
162		C33-34	50-54	72	46	54	36	43	51	52	60	61	6	5	4	2	4	7	5	6	9	
162		C33-34	55-59	122	115	128	109	87	81	65	60	51	5	13	11	8	9	5	5	1	7	
162		C33-34	60-64	142	160	113	132	104	99	125	122	109	11	10	9	7	8	3	12	14	8	
162		C33-34	65-69	159	124	122	117	117	113	111	88	99	14	12	12	16	18	11	10	15	10	
162		C33-34	70-74	49	59	53	69	73	88	91	101	95	12	14	13	15	19	14	7	20	13	
162		C33-34	75-79	18	15	12	14	26	19	22	28	39	6	12	11	7	10	7	8	16	7	
162		C33-34	80-84	10	7	12	7	11	7	6	6	7	4	3	6	5	6	3	4	6	6	
162		C33-34	85+	1	1	4	2	3	2	0	0	2	4	7	4	2	0	4	3	4	1	
Totalt / Сумма	162	C33-34		641	589	566	536	531	534	549	533	532	64	82	72	66	83	56	59	93	71	
Tymus, hjerte, mediastinur lungesekk, mesotelioma Плевра, сердце	163, 164	C37-38,C45	0-14	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	163, 164	C37-38,C45	15-19	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	
	163, 164	C37-38,C45	20-24	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	
	163, 164	C37-38,C45	25-29	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	163, 164	C37-38,C45	30-34	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	163, 164	C37-38,C45	35-39	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	
	163, 164	C37-38,C45	40-44	0	2	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	
	163, 164	C37-38,C45	45-49	0	0	0	0	1	1	3	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	
	163, 164	C37-38,C45	50-54	2	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	1	0	1	0	0	2	0	
	163, 164	C37-38,C45	55-59	0	2	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	
	163, 164	C37-38,C45	60-64	2	2	2	2	2	1	0	2	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	
	163, 164	C37-38,C45	65-69	1	0	0	1	1	2	0	2	0	0	1	0	0	2	0	1	1	1	
	163, 164	C37-38,C45	70-74	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	3	0	3	1	0	2	1	2	
	163, 164	C37-38,C45	75-79	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	2	0	1	
	163, 164	C37-38,C45	80-84	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	
	163, 164	C37-38,C45	85+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Totalt / Сумма	163, 164	C37-38,C45		5	6	4	4	6	8	7	9	4	2	7	5	6	3	3	7	4	6	
Andredrettsorgan uspesifist Дыхательных путей	165	C39	0-14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	165	C39	15-19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	165	C39	20-24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	165	C39	25-29	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	165	C39	30-34	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	165	C39	35-39	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	165	C39	40-44	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	165	C39	45-49	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	165	C39	50-54	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	165	C39	55-59	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	165	C39	60-64	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	165	C39	65-69	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	165	C39	70-74	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	165	C39	75-79	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

Lokalisasjon	МКБ-9 ICD-9	МКБ-10 ICD-10	Aldersgr	Menn / Мужчины / Men							Kvinner / Женщины / Women															
				1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001					
Bukhinna Забрюшинное пространство	192	C47,C70,C72	40-44	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	0	0	
	192	C47,C70,C72	45-49	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	192	C47,C70,C72	50-54	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	192	C47,C70,C72	55-59	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	192	C47,C70,C72	60-64	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	192	C47,C70,C72	65-69	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	
	192	C47,C70,C72	70-74	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
	192	C47,C70,C72	75-79	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	192	C47,C70,C72	80-84	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	192	C47,C70,C72	85+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Totalt / Сумма	192	C47,C70,C72		3	1	1	1	2	2	3	5	1	1	3	1	1	4	1	2	5	3				
	Bukhinna Забрюшинное пространство	158	C48	0-14	0	0	1	0	1	2	1	2	0	0	0	1	3	0	2	0	1	1	0	0	0	0
		158	C48	15-19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
158		C48	20-24	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
158		C48	25-29	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	
158		C48	30-34	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
158		C48	35-39	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
158		C48	40-44	0	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	
158		C48	45-49	0	0	0	1	1	0	0	2	0	2	0	2	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	
158		C48	50-54	2	0	0	1	1	0	2	0	0	0	2	0	1	2	0	2	1	2	1	0	0	0	
158		C48	55-59	0	0	4	4	0	1	2	0	0	1	1	0	1	0	0	2	2	0	0	0	0	0	
158		C48	60-64	3	3	0	0	1	1	1	1	0	1	2	0	1	0	3	2	1	0	0	0	0	0	
158		C48	65-69	1	2	0	1	1	2	1	1	0	2	4	2	3	2	2	5	1	3	1	0	0	1	
158		C48	70-74	0	0	1	1	3	0	1	0	2	1	1	1	1	2	2	2	2	4	1	3	1	1	
158	C48	75-79	2	1	2	1	0	1	0	1	0	1	0	4	0	1	0	5	1	4	3	0	0	0		
158	C48	80-84	0	0	1	0	1	0	2	0	0	0	1	4	1	2	0	2	1	0	1	0	0	0		
158	C48	85+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0		
Totalt / Сумма	158	C48		10	7	11	12	11	10	9	13	5	11	20	10	13	7	13	21	12	15	6			6	
Hode, ansikt, nakke, hals Голова, лицо, шея	171	C49	0-14	1	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	
	171	C49	15-19	1	0	0	0	3	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	
	171	C49	20-24	1	1	0	0	0	1	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
	171	C49	25-29	0	0	1	0	1	0	1	2	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	
	171	C49	30-34	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	171	C49	35-39	2	1	3	1	0	2	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	171	C49	40-44	1	0	0	1	2	1	0	2	1	2	5	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
	171	C49	45-49	0	1	2	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	
	171	C49	50-54	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	2	0	0	2	0	2	3	2	
	171	C49	55-59	2	1	0	2	1	0	0	3	0	0	0	2	1	4	0	0	3	0	1	0	1	1	
	171	C49	60-64	3	0	2	0	0	0	0	1	2	2	4	0	3	2	1	1	1	0	0	2	1	2	
	171	C49	65-69	1	0	0	0	0	1	2	3	2	0	2	1	3	3	4	0	2	1	2	1	2	2	
	171	C49	70-74	3	0	0	0	1	1	1	1	2	2	0	1	1	0	3	0	3	4	0	1	0	1	
171	C49	75-79	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	2	0	2	4	0	0	0	0		
171	C49	80-84	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	2		
171	C49	85+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0		
Totalt / Сумма	171	C49		16	7	11	7	10	12	16	13	10	17	8	17	14	10	10	11	12	15	6			16	
Bruskjertei Молочная железа mammar	174,175	C50	0-14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	174,175	C50	15-19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	
	174,175	C50	20-24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	174,175	C50	25-29	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0	3	2	1	3	0	0	0	0	
	174,175	C50	30-34	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	3	4	6	7	11	8	4	2	0	0	0	
	174,175	C50	35-39	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	17	14	16	22	24	19	10	18	15	0	0	0	
	174,175	C50	40-44	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	28	32	38	43	35	45	31	40	46	47	0	0	
	174,175	C50	45-49	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	23	29	29	46	55	63	51	56	50	50	0	0	
	174,175	C50	50-54	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	25	21	19	27	32	31	51	50	47	0	0		
	174,175	C50	55-59	1	2	0	0	0	0	0	1	0	0	30	37	51	45	29	41	31	29	25	0	0	0	
	174,175	C50	60-64	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	28	38	38	32	31	39	40	51	51	28	0	0	
	174,175	C50	65-69	0	0	1	0	0	2	1	0	2	0	38	25	31	23	39	24	36	39	28	0	0	0	
	174,175	C50	70-74	0	0	0	0	0	0	0	0	1	22	22	14	23	26	35	34	29	31	0	0	0	0	

Lokalisasjon	МКБ-9 ICD-9	МКБ-10 ICD-10	Aldersgr	Menn / Мужчины / Men					Kvinner / Женщины / Women													
				1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	
Totalt / Сумма	179	C55	35-39	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0
	179	C55	40-44	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	179	C55	45-49	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	179	C55	50-54	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	179	C55	55-59	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	179	C55	60-64	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	179	C55	65-69	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	179	C55	70-74	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	179	C55	75-79	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	179	C55	80-84	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	179	C55	85+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	179	C55		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0
	Totalt / Сумма	183	C56	0-14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
183		C56	15-19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
183		C56	20-24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2
183		C56	25-29	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
183		C56	30-34	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
183		C56	35-39	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	6
183		C56	40-44	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	10	3
183		C56	45-49	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	10	9
183		C56	50-54	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	6	8
183		C56	55-59	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	12	14
183		C56	60-64	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	13	14
183		C56	65-69	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13	9	12
183		C56	70-74	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	9	8
183	C56	75-79	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	6	7	
183	C56	80-84	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	2	
183	C56	85+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	3	
183	C56		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	80	68	83	
Totalt / Сумма	181	C58	0-14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	181	C58	15-19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	181	C58	20-24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	181	C58	25-29	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	181	C58	30-34	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	181	C58	35-39	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	181	C58	40-44	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	181	C58	45-49	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	181	C58	50-54	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	181	C58	55-59	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	181	C58	60-64	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	181	C58	65-69	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	181	C58	70-74	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
181	C58	75-79	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
181	C58	80-84	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
181	C58	85+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
181	C58		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	1	
Totalt / Сумма	187	C60,C63	0-14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	187	C60,C63	15-19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	187	C60,C63	20-24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	187	C60,C63	25-29	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	187	C60,C63	30-34	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	187	C60,C63	35-39	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	187	C60,C63	40-44	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	187	C60,C63	45-49	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	187	C60,C63	50-54	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	187	C60,C63	55-59	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	187	C60,C63	60-64	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	187	C60,C63	65-69	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

193	C73	60-64	0	2	0	2	1	1	1	2	0	5	10	6	5	4	2	2	3	6
193	C73	65-69	3	3	0	2	0	0	2	0	2	6	5	3	5	4	2	4	8	2
193	C73	70-74	1	2	0	0	0	0	0	0	3	7	1	4	6	3	6	3	2	1
193	C73	75-79	0	0	1	0	0	2	0	0	0	2	0	0	0	1	0	3	3	3
193	C73	80-84	0	0	0	0	0	0	0	0	2	5	0	2	2	1	2	0	1	0
193	C73	85+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0
193	C73		11	20	14	9	8	7	8	5	16	56	57	64	59	51	42	38	57	33
Totalt / Сумма																				
194	C74-75	0-14	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
194	C74-75	15-19	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
194	C74-75	20-24	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
194	C74-75	25-29	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
194	C74-75	30-34	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
194	C74-75	35-39	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0
194	C74-75	40-44	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
194	C74-75	45-49	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
194	C74-75	50-54	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0
194	C74-75	55-59	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1
194	C74-75	60-64	0	1	1	1	0	0	0	1	2	0	1	0	0	0	0	0	1	0
194	C74-75	65-69	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
194	C74-75	70-74	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
194	C74-75	75-79	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
194	C74-75	80-84	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
194	C74-75	85+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
194	C74-75		1	1	3	4	3	3	4	6	2	2	2	3	1	4	0	1	4	1
Totalt / Сумма																				
195, 199	C76, C80	0-14	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
195, 199	C76, C80	15-19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
195, 199	C76, C80	20-24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
195, 199	C76, C80	25-29	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
195, 199	C76, C80	30-34	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	0	1	1	0	0	0	0	1
195, 199	C76, C80	35-39	0	0	0	0	2	0	0	1	2	0	0	1	0	1	0	0	0	1
195, 199	C76, C80	40-44	0	2	1	5	4	2	2	6	3	0	2	1	1	0	0	1	2	0
195, 199	C76, C80	45-49	3	0	1	0	2	2	6	3	3	0	1	1	2	1	0	1	2	4
195, 199	C76, C80	50-54	4	2	2	2	1	2	3	2	3	2	3	0	1	4	1	3	2	2
195, 199	C76, C80	55-59	4	1	1	5	5	5	1	5	4	2	3	0	1	1	1	2	3	1
195, 199	C76, C80	60-64	6	0	3	8	7	6	3	7	14	1	3	8	3	3	4	2	6	4
195, 199	C76, C80	65-69	4	6	2	6	5	4	7	7	4	3	3	3	3	1	2	5	7	4
195, 199	C76, C80	70-74	3	2	0	3	5	5	6	5	7	1	1	1	5	3	4	4	3	7
195, 199	C76, C80	75-79	2	3	3	0	2	0	0	3	3	2	1	3	2	1	2	2	3	3
195, 199	C76, C80	80-84	2	0	0	0	0	0	1	0	4	1	0	1	1	2	2	1	0	1
195, 199	C76, C80	85+	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	2	2
195, 199	C76, C80		28	16	13	30	32	26	28	35	49	13	16	22	19	16	22	31	17	30
Totalt / Сумма																				
201	C81	0-14	1	3	2	2	1	3	3	3	1	0	0	0	1	4	0	1	0	0
201	C81	15-19	5	3	0	6	2	2	4	1	1	3	4	1	0	1	0	1	3	2
201	C81	20-24	3	2	3	6	7	2	0	5	2	2	2	3	4	1	0	8	3	2
201	C81	25-29	1	1	3	0	3	0	1	1	2	2	0	2	2	1	1	1	1	0
201	C81	30-34	1	1	3	1	2	2	1	0	3	1	1	2	0	3	2	3	1	2
201	C81	35-39	2	2	1	3	1	2	2	2	2	2	1	3	2	0	2	3	2	2
201	C81	40-44	3	0	1	1	2	1	2	1	1	1	0	1	1	0	2	1	1	2
201	C81	45-49	1	1	1	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	4	0	2
201	C81	50-54	1	0	2	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2
201	C81	55-59	3	0	1	4	2	4	2	0	0	1	2	1	3	1	1	1	0	2
201	C81	60-64	2	1	1	0	1	3	3	0	0	1	1	0	2	2	3	0	2	1
201	C81	65-69	4	1	1	3	0	2	3	0	0	0	2	1	1	1	3	1	2	2
201	C81	70-74	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2	0	1	1	1	2	0	0
201	C81	75-79	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
201	C81	80-84	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1
201	C81	85+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
201	C81		27	15	19	27	21	23	22	14	16	16	15	14	17	16	15	30	17	18
Totalt / Сумма																				
200	C82-83, C85	0-14	2	3	3	1	0	3	2	5	1	2	1	2	0	2	0	1	0	0
200	C82-83, C85	15-19	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	2	0	0	2	0	2	0
Non-Hodgkins lymphom																				
Неходжкинские лимфомы																				

Lokalisasjon	МКБ-9 ICD-9	МКБ-10 ICD-10	Aldersgr	Menn / Мужчины / Men					Kvinner / Женщины / Women											
				1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Lymfatisk vev annen Другие Т-клеточные лимк	200	C82-83,C85	20-24	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	200	C82-83,C85	25-29	0	0	1	0	0	0	0	1	2	0	1	0	1	0	0	0	1
	200	C82-83,C85	30-34	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	200	C82-83,C85	35-39	2	2	0	2	0	0	1	0	1	0	2	3	0	0	0	1	1
	200	C82-83,C85	40-44	1	1	2	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0
	200	C82-83,C85	45-49	0	1	2	3	2	0	0	3	4	2	0	2	1	0	1	1	1
	200	C82-83,C85	50-54	0	4	1	2	1	1	1	2	4	0	0	1	0	3	2	1	1
	200	C82-83,C85	55-59	5	1	0	2	4	2	1	1	1	1	3	2	2	1	3	0	0
	200	C82-83,C85	60-64	0	2	6	6	4	5	2	3	5	1	2	1	0	1	3	3	1
	200	C82-83,C85	65-69	4	5	3	3	1	6	1	3	4	3	4	3	2	3	4	2	1
	200	C82-83,C85	70-74	2	2	2	2	2	2	2	5	3	2	3	4	1	3	2	1	4
	200	C82-83,C85	75-79	2	1	1	0	0	1	2	2	1	0	2	0	3	2	2	4	3
	200	C82-83,C85	80-84	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	2	1	0
	200	C82-83,C85	85+	0	0	0	0	0	0	1	2	1	0	0	0	1	2	1	0	0
	Totalt / Сумма	200	C82-83,C85	18	27	22	22	16	21	15	30	27	17	12	26	16	14	17	24	15
Lymfatisk vev annen Другие Т-клеточные лимк	202	C84,C96	0-14	0	0	0	0	0	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	202	C84,C96	15-19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
	202	C84,C96	20-24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	202	C84,C96	25-29	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	202	C84,C96	30-34	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	202	C84,C96	35-39	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	202	C84,C96	40-44	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	202	C84,C96	45-49	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	202	C84,C96	50-54	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	202	C84,C96	55-59	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	202	C84,C96	60-64	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	202	C84,C96	65-69	0	0	0	2	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0
	202	C84,C96	70-74	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
	202	C84,C96	75-79	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
	202	C84,C96	80-84	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Totalt / Сумма	202	C84,C96	0	0	0	4	2	2	6	4	0	0	1	2	0	2	3	0	2	0
Multiple myelomer Множественная миелома	203	C88-90	0-14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	203	C88-90	15-19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	203	C88-90	20-24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	203	C88-90	25-29	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	203	C88-90	30-34	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	203	C88-90	35-39	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	203	C88-90	40-44	1	0	0	0	0	4	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
	203	C88-90	45-49	1	0	1	1	2	2	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1
	203	C88-90	50-54	1	0	1	0	1	0	1	0	2	0	1	1	1	0	3	0	1
	203	C88-90	55-59	3	1	1	0	0	0	0	1	2	1	0	3	2	0	3	1	0
	203	C88-90	60-64	1	2	0	4	3	0	4	1	4	0	2	0	7	2	4	1	0
	203	C88-90	65-69	1	1	1	2	1	0	0	1	1	2	4	2	3	2	2	4	1
	203	C88-90	70-74	0	2	0	2	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
	203	C88-90	75-79	1	0	0	0	1	2	0	2	0	0	0	1	0	1	2	2	0
	203	C88-90	80-84	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Totalt / Сумма	203	C88-90	9	7	4	10	12	7	6	6	9	6	8	15	11	12	11	13	9	0
Lymfatisk leukemi Лимфоидный лейкоз	204	C91	0-14	4	8	2	2	2	5	5	2	2	5	3	0	1	4	3	1	4
	204	C91	15-19	4	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
	204	C91	20-24	0	2	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	2	0	0	0
	204	C91	25-29	1	1	1	1	0	0	1	0	2	1	0	0	0	1	0	0	0
	204	C91	30-34	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0
	204	C91	35-39	0	2	0	0	0	0	0	0	1	2	1	0	1	0	0	0	1
	204	C91	40-44	3	3	0	1	0	1	0	1	1	2	3	0	1	0	0	1	0
	204	C91	45-49	0	3	0	1	1	2	2	0	0	2	2	1	2	1	0	1	0
	204	C91	50-54	4	1	2	0	0	1	0	2	3	1	0	0	0	0	0	0	0

Tabell VIII / Таблица VIII

Befolkning, antall krefttilfeller og ujusterte krefttrater totalt og for enkelte lokalisasjoner etter rajoner i AO *

Население АО, количество заболеваний раком и нестандартизированные суммарные показатели заболеваемости, а также показатели заболеваемости по отдельным формам рака в различных районах АО *

Kart	Районы и города	Населен.	Число заболеваем		Простата		Молочная железа		Желудок		Толстая кишка	
	Rajoner og byer i AO	Befolkning	Ant. tilf.	Rate	Prostata	Rate	Bryst	Rate	Mage	Rate	Tykkertarm	Rate
1	Velskij rajon	68184	1584	258,1	31	5,1	117	19,1	251	40,9	82	13,4
2	V-Tojemsij rajon	24835	563	251,9	13	5,8	29	13,0	90	40,3	25	11,2
3	Vilegodskij rajon	15109	354	260,3	4	2,9	21	15,4	68	50,0	20	14,7
4	Vinogradovskij rajon	23157	501	240,4	8	3,8	20	9,6	66	31,7	14	6,7
5	Kargopolskij rajon	23798	468	218,5	8	3,7	28	13,1	86	40,2	30	14,0
6	Konosjskij rajon	36832	949	286,3	15	4,5	56	16,9	173	52,2	46	13,9
7	Kotlaskij rajon	28884	822	316,2	13	5,0	44	16,9	131	50,4	33	12,7
8	Krasnoborskij rajon	18925	483	283,6	6	3,5	24	14,1	75	44,0	22	12,9
9	Lenskij rajon	18638	398	237,3	3	1,8	29	17,3	58	34,6	16	9,5
10	Lesjukonskij rajon	13441	332	274,5	5	4,1	17	14,1	52	43,0	14	11,6
11	Mezenskij rajon	16228	383	262,2	7	4,8	19	13,0	62	42,5	27	18,5
12	Njandomskij rajon	39293	889	251,4	7	2,0	64	18,1	174	49,2	54	15,3
13	Onezjskij rajon	44987	902	222,8	7	1,7	64	15,8	107	26,4	58	14,3
14	Pinjezskij rajon	38382	734	212,5	9	2,6	45	13,0	108	31,3	38	11,0
15	Plesetskij rajon	72193	1449	223,0	23	3,5	97	14,9	233	35,9	77	11,9
16	Primorskij rajon	32346	779	267,6	16	5,5	55	18,9	116	39,8	39	13,4
17	Solovjetskij rajon	1245	30	267,7	0	0,0	5	44,6	5	44,6	1	8,9
18	Ustjanskij rajon	41664	1013	270,2	15	4,0	53	14,1	154	41,1	50	13,3
19	Kholmogorskij rajon	33364	812	270,4	21	7,0	50	16,7	139	46,3	39	13,0
20	Sjenkurskij rajon	20757	526	281,6	12	6,4	14	7,5	96	51,4	24	12,8
26	r.Arkhangelsk by	367249	10792	326,5	226	6,8	948	28,7	1518	45,9	760	23,0
	r.Korjazjma by	44428	915	228,8	7	1,8	79	19,8	110	27,5	62	15,5
	r.Kotlas by	81452	1954	266,6	29	4,0	157	21,4	277	37,8	111	15,1
	r.Novodvinsk by	48656	1033	235,9	17	3,9	80	18,3	137	31,3	78	17,8
	r.Severodvinsk by	237055	4941	231,6	92	4,3	490	23,0	678	31,8	319	15,0
	Nenets auton. okrug	45473	813	198,7	15	3,7	62	15,1	110	26,9	47	11,5
	r.Mirnyj by	31328	278	98,6	2	0,7	42	14,9	38	13,5	13	4,6
AO total		1467903	34697	262,6	611	4,6	2709	20,5	5112	38,7	2099	15,9

* Befolkningstall er for 1999; antall tilfeller er i tidsrommet 1993-2001; ratene er for tidsrommet 1993-2001 pr 100000 innbyggere og basert på befolkningstalla for 1999.

* Численность населения по данным за 1999 год, количество заболеваний раком за период 1993-2001; показатели заболеваемости нестандартизированы и рассчитаны за период 1993-2001 гг. на 100000 населения с учетом численности населения за 1999 год.

Severodvinsk		1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Befolkning**:	Населен.	250402	247822	246222	243942	241713	239046	237055	237055	237055
krefttilfeller:	Число случаев	537	491	523	488	537	600	560	607	598
Kreftforekomst, ujustert	заболеваемости	214,5	198,13	212,4	200	222,2	251	236,2	256,06	252,3

** For år 2000 og 2001 er befolkningstall fra 1999 anvendt

** Показатели заболеваемости за 2000 и 2001 годы рассчитаны с использованием численности населения за 1999 г

Приложение

Vedlegg

Vedlegg I. / Приложение I.

Befolkningstall og aldersstruktur for Arkhangelsk oblast i tidsrommet 1993-2002
Количество населения в АО и его распределение по возрастным группам за 1993-2002 г.

Aldersgr	Menn / Мужчины / Men										Verdensstandard /100 000
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002*	
0-4	53550	47089	42375	38183	35344	33247	32605	31366	31287	31300	12000
5-9	70175	68771	66275	63272	58183	52135	45845	41117	34319	31845	10000
10-14	65076	66455	67628	68034	68629	67018	66840	64300	56645	51502	9000
15-19	59462	60920	61515	61599	61425	63692	63742	64828	66177	62521	9000
20-24	52447	53508	54341	55310	57177	58057	58865	58859	58809	55567	8000
25-29	60406	55747	53688	52362	51486	52059	52982	52971	55053	51842	8000
30-34	75852	73179	69832	66149	61526	57340	53121	51040	48631	44152	6000
35-39	76443	76542	74658	72994	72675	70840	68427	65304	57419	47335	6000
40-44	64832	67694	68810	70363	70332	70253	70560	68943	66989	57939	6000
45-49	33652	39037	46753	52664	55607	58383	61196	62141	63180	55954	6000
50-54	43798	36791	30288	26380	25961	29633	34460	41223	48785	44941	5000
55-59	35634	37827	40411	40519	41111	36502	30755	25366	21829	21429	4000
60-64	33464	31321	28676	27740	27111	28313	30164	32249	32664	27349	4000
65-69	19942	22458	24293	25380	25232	24831	23449	21409	20328	19749	3000
70+	16117	16217	16768	17755	19704	21753	23740	25596	28051	26510	4000
70-74	7450	7841	8565	9693	11670	13590	15246	16657		16241	2000
75-79	4630	4355	4062	4013	4155	4363	4782	5209		7389	1000
80-84	2962	2889	2936	2771	2435	2282	2121	2062		1962	500
85+	1075	1132	1205	1278	1444	1518	1591	1668		918	500
Totalt / Сумма	760850	753556	746311	738704	731503	724056	716751	706712	690166	630011	100000

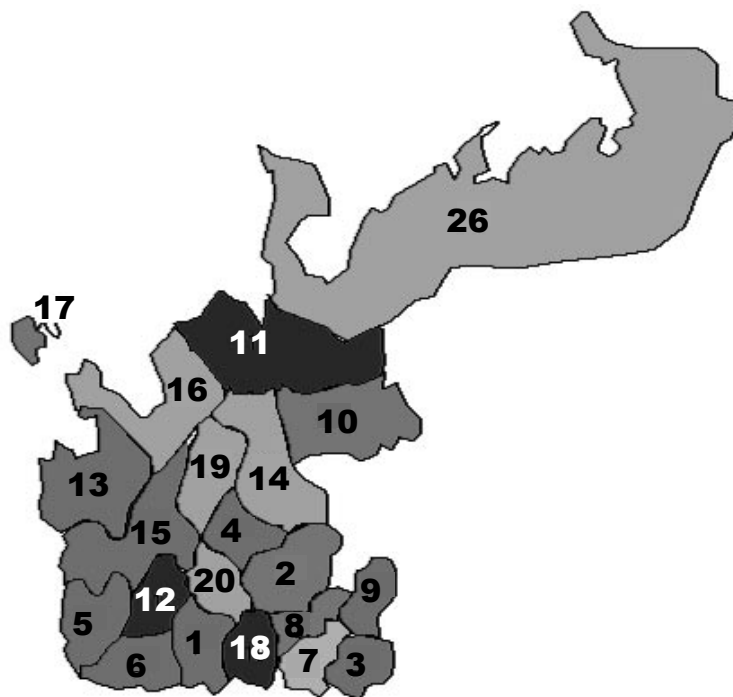
Aldersgr	Kvinner / Женщины / Women										Verdensstandard/100 000
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002*	
0-4	50730	44462	40014	36440	33775	32035	31576	30450	29790	29752	12000
5-9	67793	66195	63889	60741	55617	49579	43405	38913	32736	30513	10000
10-14	63724	65102	66017	65904	66675	64611	64535	62232	54273	49346	9000
15-19	57698	59343	59600	60187	59806	62387	62159	62933	63906	58894	9000
20-24	44925	46395	48973	51656	54275	55931	57085	57023	57182	53274	8000
25-29	50774	47644	45631	44363	43780	44283	45430	47477	52500	49720	8000
30-34	64919	62553	59430	55718	52169	49193	46042	43924	41956	42507	6000
35-39	68650	68758	67043	65621	64788	62545	60288	57075	50115	46162	6000
40-44	60566	63537	64732	66274	66147	66122	66174	64325	62111	58476	6000
45-49	32411	37978	46189	52347	55359	58144	61016	62089	63444	61190	6000
50-54	46867	39281	31997	27879	27143	30835	36173	43949	52575	52194	5000
55-59	42131	44670	48189	48747	49525	43906	36762	29837	25265	26577	4000
60-64	44796	42206	39327	38099	37343	38934	41242	44489	45371	40310	4000
65-69	40190	41487	42216	41859	40853	39795	37656	35014	33071	33370	3000
70+	63967	64224	64433	65664	67665	69576	71753	72748	74483	74165	4000
70-74	25375	26689	27772	29797	32175	33325	34496	35079		33178	2000
75-79	18516	17516	16570	16167	16634	18299	19721	20507		23934	1000
80-84	13522	13530	13431	12942	11909	10864	10202	9770		10971	500
85+	6554	6489	6660	6758	6947	7088	7334	7392		6082	500
Totalt / Сумма	800141	793835	787680	781499	774920	767876	761296	752478	738778	706528	100000

* Etter folketellinga høsten 2002 / После переписи 2002 г.

Vedlegg II. / Приложение II.

Administrative enheter og befolkningen i AO (1999)
Административное деление на районы и численность населения в АО

На карте		Районы и города	Население
Ref. på kart	Rajoner og byer i AO		Befolkning
1	Velskij rajon	Вельский район	68184
2	V-Tojemskij rajon	В-Тоемский район	24835
3	Vilegodskij rajon	Вилегодский район	15109
4	Vinogradovskij rajon	Виноградовский район	23157
5	Kargopolskij rajon	Каргопольский район	23798
6	Konoskij rajon	Коношский район	36832
7	Kotlasskij rajon	Котласский район	28884
8	Krasnonoborskij rajon	Красноборский район	18925
9	Lenskij rajon	Ленский район	18638
10	Lesjukonskij rajon	Лешуконский район	13441
11	Mezenskij rajon	Мезенский район	16228
12	Njandomskij rajon	Няндомский район	39293
13	Onezskij rajon	Онежский район	44987
14	Pinezskij rajon	Пинежский район	38382
15	Plesetskij rajon	Плесецкий район	72193
16	Primorskij rajon	Приморский район	32346
17	Solvjetskij rajon	Соловецкий район	1245
18	Ustjanskij rajon	Устьянский район	41664
19	Kholmogorskij rajon	Холмогорский район	33364
20	Sjenkurskij rajon	Шенкурский район	20757
	Arkhangel'sk by	г.Архангельск	367249
	Korjazjma by	г.Коряжма	44428
	Kotlas by	г.Котлас	81452
	Novodvinsk by	г.Новодвинск	48656
	Severodvinsk by	г.Северодвинск	237055
26	Nenets autonome okrug	Ненецкий нац. Округ	45473
	Mirnyj by	г.Мирный	31328



Наименование учреждения

Ф. № 090/У Утв. МЗ РФ 19.04.99 г. прик. № 135

**Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом
злокачественного новообразования**

1. Адрес и название учреждения, в котором заполнено извещение

2. Извещение направлено в _____

3. Фамилия _____ Имя _____ Отчество _____ больного

4. Дата рождения: число _____ месяц _____ год _____

5. Пол: ☐ - мужской; ☐ - женский; ☐ - неизвестен.

6. Этническая группа (национальность) _____

7. Домашний адрес: область, край, республика _____ район _____

населенный пункт _____ улица _____ дом № _____ кв. № _____

почтовый индекс _____ телефон _____

8. Житель: ☐ - города; ☐ - села; ☐ - неизвестно;

9. Профессиональная группа _____

Указать профессию, преобладающую в течение жизни

10. Дата первого обращения в медицинское учреждение (любое) по поводу данного заболевания:
число _____ месяц _____ год _____

11. Дата установления диагноза: число _____ месяц _____ год _____

12. Порядковый номер данной злокачественной опухоли у данного больного _____

13. Локализация опухоли _____

14. Морфологический тип опухоли _____

15. Стадия опухолевого процесса по системе TNM: T_(0 - 4,х) _____ N_(0 - 3,х) _____ M_(0, - 1,х) _____

16. Стадия опухолевого процесса:

- | | | | | |
|--------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ Ia | ☐ IIa | ☐ IIIa | ☐ IVa | ☐ in situ |
| ☐ Ib | ☐ IIb | ☐ IIIb | ☐ IVb | ☐ неприменимо |
| ☐ Ic | ☐ IIc | ☐ IIIc | ☐ IVc | ☐ неизвестна |
| ☐ I ст. | ☐ II ст. | ☐ III ст. | ☐ IV ст. | |

17. Локализация отдаленных метастазов (при IV стадии заболевания):

- | | | |
|--|---------------------------------------|--|
| ☐ отдаленные лимф. узлы | ☐ кожа | ☐ другие органы |
| ☐ кости | ☐ почки | ☐ множественные |
| ☐ печень | ☐ яичники | ☐ неизвестна |
| ☐ легкие и/или плевра | ☐ брюшина | |
| ☐ головной мозг | ☐ костный мозг | |

18. Метод подтверждения диагноза:

- | | |
|--|---|
| ☐ морфологический | ☐ лабораторно-инструментальный |
| ☐ цитологический | ☐ только клинический |
| ☐ эксплоративная операция | ☐ неизвестен |

16. Обстоятельства выявления опухоли:

- | | |
|---|---|
| ☐ обратился сам | ☐ посмертно при аутопсии |
| ☐ активно, при профосмотре | ☐ посмертно без аутопсии |
| ☐ активно, в смотр. кабинете | ☐ неизвестно |
| ☐ при других обстоятельствах | |

20. В какое медицинское учреждение направлен больной _____

21. Дата заполнения извещения: число _____ месяц _____ год _____

Фамилия, инициалы, телефон врача, заполнившего извещение _____

Подпись врача _____

УЧЕТ РЫСКОВ

«Внедрение в бизнес и жизнь россиян современных технологий»

- [illegible]

1111 *Journal of Interpersonal Violence* 27(6)

Norsk oversettelse av meldingskjemaet som har vært i anvendelse siden år 2000

1. Utfyllingsinstitusjonens/ -instansens adresse og benevnelse.
2. Avsendelsesinstitusjonens/ -instansens benevnelse
3. Pasientens etternavn, navn og patronymikon
4. Fødselsdato: dag; måned; år
5. Kjønn: mann; kvinne; ikke oppgitt
6. Etnisk gruppe (nasjonalitet)
7. Heimeadresse: oblast, distrikt, republikk; rajon; bosted; gate; husnr.; leilighetsnr; postnr.; telefon
8. Innbygger: by, landsby/bygd
9. Yrke: Hovedyrke i pasientens arbeidsliv. Hvis ikke yrkesaktiv, så oppgi tidligere yrke.
10. Dato når pasienten først søkte medisinsk hjelp for angitte sykdom: dag; måned; år
11. Dato for diagnose: dag; måned; år
12. Angi antallet svulstdiagnoser pasienten har hatt, nåværende innbefattet.
13. Svulstens lokalisering
14. Morfologisk type svulst
15. Stadium i svulst utviklinga i følge TNM systemet (versjon 5): T(0-4,x); N(0-3,x); M(0-1,x)
16. Stadium i svulst utviklinga etter standard innenriks firestadia klassifisering: Ia; Ib; Ic; I st.; IIa; IIb; Iic; II st.; IIIa; IIIb; IIIc; III st.; IVa; IVb; IVc; IV st.; in situ; uanvendelig; ukjent
17. Lokalisering av fjern spredning (under IV sykdomsstadium): fjerntliggende lymfer; bein; lever; lunger og/eller lungehinne; hjerne; hud; nyrer; testikler; bukhinne; ryggmarg; andre organer; mer enn ett; ukjent
18. Metode for bekreftelse av diagnose: morfologisk; cytologisk; utforskende inngrep; laboratorie-instrumentalt (Røntgen, endoskopi, isotopisk, ultralyd, EDB-tomografi); kun klinisk; ukjent
19. Omstendighet for oppdagelse av svulst: pasienten selv; oppdaget av lege under undersøkelse knyttet til personens yrke; oppdaget av lege under undersøkelse; under andre omstendigheter; autopsi etter død; etter død uten autopsi; ukjent
20. Til hvilken medisinsk institusjon var pasienten henvist:
21. Dato for utfylling: dag; måned; år. Utfyllende leges etternavn, forbokstaver, telefon og underskrift.

Meldingsskjema som ble anvendt t.o.m. 1999
Извещение которое использовалось до 1/1-2000 г.

Код формы по ОКЗД
Код учреждения по ОКПО

Министерство здравоохранения СССР
Наименование учреждения

Медицинская документация
Форма № 090-у Извещение
Минздравом СССР 04.10.90. № 1030

ИЗВЕЩЕНИЕ
о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или
другого злокачественного новообразования
в _____ г. _____ 19 ____ г.

Извещение направлено в _____
Фамилия, имя, отчество больного _____

1. Пол: муж-1, жен-2 ☐ ☐

2. Год рождения ☐ ☐ ☐

3. Национальность ☐ ☐ ☐

4. Профессия _____

Дата обращения в _____ 19 ____ г.
число _____ месяц _____

Дата установления диагноза _____ 19 ____ г.
число _____ месяц _____

5. Обстоятельства выявления заболевания:
обнаружился самостоятельно-0, выявлена в женском консультационном кабинете-1, при других
анализах профессор-2, учтен посмертно с диагнозом, установленным при вскрытии-3,
посмертно без вскрытия-4, после вскрытия-5.

Адрес:
6. _____ область _____
7. _____ район _____

населенный пункт, улица, дом №, кв. № _____

8. Житель городской-1, сельской-2 ☐ ☐

9. Клиническая группа: II-2, IV-4 ☐ ☐

10. Диагноз _____

подробно с указанием органа локализации _____

11. Диагноз подтвержден:
опухоль в органе, степень ее распространенности
морфологически-1, эндоскопически-4, цитологически-2,
изотопным методом-5, рентгенологически-3, только клинически-6 ☐ ☐

12. Лечебное учреждение, куда направлен больной _____

Фамилия врача, заполняющего извещение _____ подпись _____

Примечание: инструкцию по заполнению см. на обороте

Norsk oversettelse av meldingskjema som ble anvendt t.o.m 1999.

- Dato for utfylling: dag; måned; år.
 - Pasientens etternavn, navn og patronymikon
1. Kjønn
 2. Fødselsår
 3. Nasjonalitet
 4. Yrke
 - Dato for første kontakt med pasient.
 - Dato for diagnose: dag; måned; år.
 5. Omstendighet for oppdagelse av svulst: pasienten selv; oppdaget av lege under kvinneundersøkelse; oppdaget under annen undersøkelse; fastsatt etter død på bakgrunn av diagnose når personen levde; fastsatt etter død uten obduksjon; fastsatt etter obduksjon.
 6. Heimehørende oblast
 7. Heimehørende rajon og adresse
 8. Innbygger i by eller landsbygd?
 9. Klinisk gruppe
 10. Detaljert diagnose/lokalisasjon
 11. Metode for bekreftelse av diagnose: morfologisk; endoskopisk; cytologisk; isotopisk; Røntgen; eller kun klinisk.
 12. Navn på institusjon hvor pasienten henvises for behandling.
 - Etternavnet til utfyllende lege.

Vedlegg IV. **Oversikt over opplysninger registrert i AKR om hvert enkelt krefttilfelle**
 Приложение IV. **Информация, представленная в APP по каждому случаю**
заболевания раком, начиная с 1993 года

Database / база данных 1993-94

Номер	Nummeret som fremgår på registreringskortet.	
Фамилия, имя, отчество	Etternamn, navn, patronymikon	
Пол	Kjønn	C
Житель (город; село)	Innbygger i by eller land	C
Дата рождения	Fødseldato	
Район проживания	Bostedsrajon	C
Адрес подробный	Adresse i detalj	
Профессия	Yrke	C
Результат (исход) лечения	Behandlingsresultat/status	C
Дата исхода	Dato for siste registrerte behandlingsstatus	
Диагноз	Diagnose	
Название	Benevnelse av diagnose*	C
Код МКБ 10	ICD-10 kode*	C
Код МКБ 9	ICD-9 kode*	C
Способ обнаружения опухоли	Hvordan ble svulsten oppdaget (metode)	C
Стадия	Stadium	C
Способ подтверждения	Metode for bekreftelse av diagnose	C
Код морфологии	Morfologisk kode	C
Признак главного заболевания (при наличии нескольких локализаций для формирования внутренних отчетов)	Hovedlokalisasjon når mer enn én (til intern klinisk bruk)	
ЛПУ	Angir den medisinske institusjon hvor pasienten er under observasjon	

C = Kodet felt. Dvs. at kun noen angitte mulige verdier lar seg registrere fordi registreringsfeltet er formatert med betingelser. Закодированное поле. Это значит, что только определенные значения могут вводиться в это поле.

* = Tre felt i basen, men innføring i kun ett av feltene er nødvendig for at alle skal inneholde data. Три поля в базе данных, для которых достаточно ввести информацию только в одно из них, и информация появится во всех остальных двух.

Database / база данных 1995-99

Номер контрольной карты	Nummeret som fremgår på registreringskortet.	
Фамилия	Etternamn	
Имя	Navn	
Отчество	Patronymikon	
Пол	Kjønn	
Год рождения	Fødselsår	
Учреждение диспансерного наблюдения	Medisinske institusjon. hvor pasienten er under obs.	C
Район	Bostedsrajon	C
Адрес	Adresse	
Житель (город село)	Innbygger i by eller land	C
Национальность	Nasjonalitet	C
Профессия	Yrke	C
ПМО	Svulstspredning? Ja/nei	
Код диагноза	Diagnosekode ICD-9	C
Стадия	Stadium	C
TNM	TNM	C
Диагноз подтвержден	Metode for bekreftelse av diagnose	C
Гистологическая структура опухоли	Kreftens gestologisk struktur (intern klassifisering)	C
Дата установления диагноза	Måned og år for diagnose	
Дата взятия на учет	Dato for registrering som syk i helsesystemet	
Вариант обращения	Hvordan ble svulsten oppdaget (metode)	C
Состоял на учете на начало года	Status i systemet i begynnelsen av året	
Взят на учет с клинической группой	Klinisk gruppe for helbred når pasienten registreres. Td. klinisk gruppe 2 betyr at pasienten vil leges.	C
Данные о лечении	Opplysninger om behandling i ett felt	
Клиническая группа на конец года	Klinisk grp. for helbred hos pasienten ved årsslutt	C
Синхронная опухоль	Synkronisk svulst? Ja/nei	

Состояние на конец года и причины смерти	Status ved årsslutt, og dødsårsak	C
Дата смерти	Dødsdato	

Database f.o.m. år 2000 / база данных с 1/1-2000 г.

Номер контрольной карты	Nummeret som fremgår på registreringskortet.	
Фамилия	Etternamn	
Имя	Namn	
Отчество	Patronymikon	
Пол	Kjønn	C
Дата рождения	Fødselsår	
Учреждение диспансерного наблюдения	Medisinske institusjon. hvor pasienten er under obs.	C
Дата поступления извещения	Dato for innføring av meldingsskjemaet i AKR	
Область	Oblast	C
Район	Rajon	C
Населенный пункт	Stedsnavn (kodet), gatenavn (felt for skriving)	C
Житель (город село)	Innbygger i by eller land	C
Национальность	Nasjonalitet	C
Профессия	Yrke	C
Дата установления диагноза	Diagnosedato	
Место установления диагноза	Medisinsk inst. som fastsatte diagnosen	C
Дата взятия на учет	Dato for registrering som syk i helsesystemet	
Вариант обращения/sposob vyoblenija опухоли	Hvordan ble svulsten oppdaget (metode)	C
Количество опухолей	Antall svulster	C
Код диагноза	Diagnosekode ICD-10	C
Стадия	Stadium	C
TNM	TNM	C
Сторона поражения	Side av kroppen hvor kreft, høyre/venstre	C
Диагноз подтвержден	Verifiseringsmetode	C
Гистологическая структура опухоли	Kreftens gestologiske struktur	C
Состоял на учете на начало года	Status i systemet i begynnelsen av året	C
Взят на учет с клинической группой	Klinisk gruppe for helbred når pasienten registreres. Td klinisk gruppe 2 betyr at pasienten vil leges.	C
Причина поздней диагностики	Årsak til sein diagnostikk	C
Тип ЛПУ, где лечился и обследовался больной	Type medisinsk institutt hvor pasienten ble undersøkt og behandlet.	C
Проведено ли радикальное лечение	Behandlingsmetode, radikal	C
Клиническая группа на конец года	Klinisk gruppe for helbred ved årsslutt	C
Состояние на конец года	Status ved årsslutt	C
Дата смерти	Dødsdato	
Проведено ли паталого-анатомическое вскрытие больного	Ja/nei om patologisk undersøkelse er utført på den døde	C
Причины смерти	Dødsårsak, Diagnosens kode	C
Дата последнего контакта	Dato for siste kontakt med pasienten	

Systematisk gjennomgang av preparatglass for vurdering av diagnostisering

Under besøket ved den patologiske avdeling ba Dr. Helge Stalsberg om å få se preparatene fra de 20 sist diagnostiserte krefttilfelle i følgende lokalisasjoner: Lunge, mage, tykktarm, bryst og testikkel. Alle tilfellene var fra år 2001 og ble hentet frem sammen med håndskrevet protokoll som viste de avgitte diagnoser. For testikkelkreft viste det seg at kun seks tilfelle hadde forekommet i løpet av året, og preparatglass fra tidligere år ble ikke fremhentet. Dr Stalsberg gjennomgikk ett og ett tilfelle og tilkjennegav sin diagnose uten å konsultere protokollen. Deretter ble diagnosen som var notert i protokollen oversatt fra russisk til engelsk. (Stort sett var protokollens diagnose også godt forståelig før oversettelse). Resultatet ble som følger (8):

Систематическое применение препаратов (онко-маркеров) для оценки диагностирования

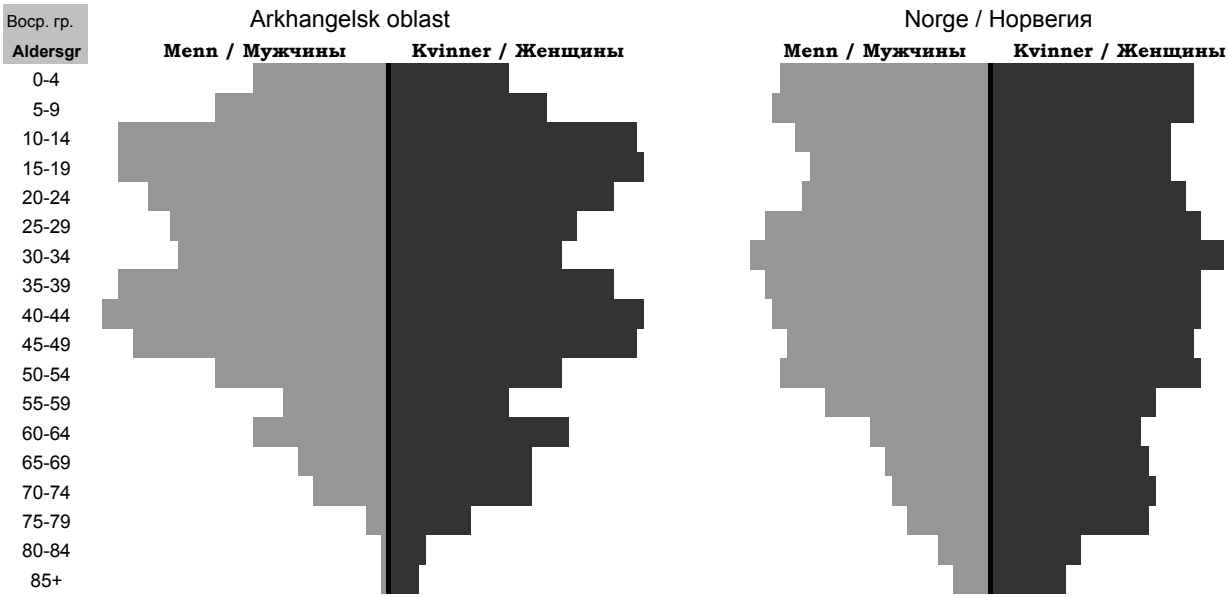
При посещении отделения патологии доктор Хелге Сталсберг заинтересовался 20 наиболее современными препаратами для определения следующих локализаций опухоли: легких, желудка, прямой кишки, груди и яичек. Все случаи с 2001 года были занесены в протокол для диагностирования. Для рака яичек показано, что за год выявлено 6 случаев, и препараты за предыдущие годы не были применены. Доктор Сталсберг представил один из случаев и предоставил диагноз без консультации с протоколом. Затем диагноз, указанный в протоколе был переведен с русского на английский. Результат был следующий (8):

Kreftslag	Локализация опухоли	Bryst грудь	Mage желудок	Lunge легкие	Tykktarm Толстый кишечник	Testikkel Яички
Antall tilfelle gjennomgått	Кол-во определенных случаев	20	20	20	20	6
Enighet om tilstedeværelsen av invaderende karsinoma	заключение о наличии карциномы	19/20	20/20	18/20	19/20	6/6
Uenighet om <i>in situ</i> vs. invasivt	Заклучение о <i>in situ</i> наличии	1	0	0	1	0
Uenighet om <i>in situ</i> dysplasi vs ikke-dysplasi	Заклучение о <i>in situ</i> дисплазии или не дисплазии	0	0	2	0	0
Klinisk viktig uenighet om hvilke type invasiv kreft	Клинически важное заключение о типе присутствующего онкозаболевания	0	0	0	0	3*

* Det var full enighet om tilstedeværelsen av én ondartet primær kreftsvulst. Men i to tilfelle var der uenighet mht. skillet mellom seminom og non-seminom – én uenighet hver vei. I ett tilfelle var der uenighet om skillet mellom gonade-stroma kreftsvulst og germinalcellesvulst.

* В данном случае было полное согласие о наличии злокачественной первичной опухоли. Но в 2 случаях не совпал диагноз: семинома и не семинома. В одном случае не было согласия о разграничении между гонадальной стромальной опухолью и опухолью из зародышевых клеток.

Aldersstrukturen i befolkningene i Arkhangelsk oblast og Norge i år 2000
Возрастная структура населения Архангельской области и Норвегии в 2000 году.



Полезные адреса в интернете, имеющие информацию об онкозаболеваниях:

Nyttige og informative nettsteder knyttet til kreft:

Регистр рака Норвегии / Kreftregisteret i Norge:	www.kreftregisteret.no
Норвежское раковое общество / Den norske kreftforening:	www.kreft.no
Международное бюро по исследованию рака Det internasjonale byrået for kreftforskning:	www.iarc.fr
Европейская сеть раковых регистров Det europeiske nettverk av kreftregistre:	www.enccr.com
Пубмед (публикации по здравоохранению и медицине) Pubmed:	www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed
Раковый национальный институт National Cancer Institute:	www.nci.nih.gov
Регистр рака Финляндии / Kreftregisteret i Finland:	www.cancerregistry.fi

Архангельский областной клинический онкологический диспансер

Arkhangelsk oblasts onkologiske dispanser

www.msa.ru



