



Ежегодные СП показатели заболеваемости раком почки населения медико-географических зон территорий РС(Я) за 2001 и 2010 г. (на 100000 населения)

факторов с уровнем заболеваемости территорий. Территориальные различия уровней заболеваемости раком почек отражены в табл. 4 и на рисунке.

Анализ выявил аномально высокий уровень заболеваемости злокачественными новообразованиями почек населения некоторых территорий в Республике Саха. По нашим данным, высокие уровни СП заболеваемости мужского населения отмечены в Томпонском (21,7), Кобяйском (19,1), Якутском (15,7), Нерюнгринском (15,4) и Усть-Майском (13,7) улусах. Максимальные показатели заболеваемости женщин зафиксированы в Усть-Янс-

ком (12,1), Верхневилуйском (12,1) и Верхнеколымском (11,6) улусах. Представленные данные свидетельствуют о количественной близости показателей этих территорий с таковыми в странах Северной Америки и Западной Европы. Между тем на положительную тенденцию показателей заболеваемости в динамике могло оказать влияние улучшение качества диагностики в связи с широким внедрением в клинической практике современных средств диагностики, обладающих высокими разрешающими возможностями (КТ, УЗИ и др.).

Заключение. Результаты проведенного анализа свидетельствуют,

что Якутия относится к территориям с довольно выраженной контрастностью по уровню заболеваемости раком почки. Можно допустить, что территориальная вариабельность числа заболевших раком почки вполне может быть отражением корреляции уровня заболеваемости как экзогенными, так и эндогенными факторами риска. В связи с этим приобретает особую актуальность углубленное изучение онкологической ситуации, направленное на выявление факторов риска, возможных этиологических моментов, имеющих значение в формировании высоких показателей заболеваемости населения раком почки ряда медико-географических зон территории Якутии.

Литература

1. Чиссов В.И. Злокачественные новообразования в России в 2000 г. (заболеваемость и смертность) / Под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. - М., 2002. - 255.
2. Чиссов В.И. Злокачественные новообразования в России в 2010 г. (заболеваемость и смертность) / Под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. - М., 2012. - 260.
3. Chissov V.I. Cancer in Russia in 2000 (morbidity and mortality) / edited by V.I. Chissov, V.V. Starinsky, G.V. Petrova. - M., 2002.- 255.
4. Chissov V.I. Cancer in Russia in 2010 (morbidity and mortality) / edited by V.I. Chissov, V.V. Starinsky, G.V. Petrova. - M., 2012.- 260.
5. Canser Incidence in Five Continents. - IRAC, 2007. - Vol. IX.

С.А. Мыреева, Н.Н. Макарова, П.М. Иванов

АНАЛИЗ КОНТИНГЕНТА БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ, СОСТОЯЩИХ НА УЧЁТЕ В ЯКУТСКОМ РЕСПУБЛИКАНСКОМ ОНКОЛОГИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ

УДК 616-006 (571.56)

Эффективность лечения и качество жизни пациентов при гинекологическом раке непосредственно зависят от своевременной диагностики и лечения. Авторами проведен анализ контингента больных злокачественными новообразованиями женских половых органов для детального изучения показателей выживаемости в зависимости от стадии и проведенного лечения.

Ключевые слова: анализ контингента, рак женских половых органов, лечение.

Efficiency of treatment and quality of life of patients at a gynecologic cancer immediately depend on timely diagnostics and treatment. Authors carry out the analysis of a contingent of patients with the female genitals malignant neoplasms for detailed studying of indicators of survival rate depending on a stage and treatment.

Keywords: the contingent analysis, a cancer of female genitals, treatment.

МЫРЕЕВА Светлана Анатольевна – к.м.н., м.н.с. ЯНЦ КМП СО РАМН, онколог-гинеколог ЯРОД, myreeva2011@yandex.ru; **МАКАРОВА Наталья Николаевна** – к.м.н., с.н.с. ЯНЦ КМП СО РАМН, онколог-гинеколог ЯРОД; **ИВАНОВ Пётр Михайлович** – д.м.н., проф., зав. лаб. ЯНЦ КМП СО РАМН, зав. курсом онкологии МИ СВФУ им. М.К. Аммосова.

Введение. Данные, характеризующие состояние онкологической помощи больным раком женских половых органов в Республике Саха (Якутия), неутешительны. Это обус-

ловлено снижением морфологической верификации диагнозов по основным онкогинекологическим локализациям, что связано с недостатками в организации диагностического процесса и

низкой онкологической настороженностью врачей общей лечебной сети. Отмечается низкая выявляемость на профилактических осмотрах, все ещё высок уровень запущенности и как следствие – высока одногодичная летальность. Имеется ряд нерешенных проблем, прежде всего улучшение качества организации диспансеризации женщин, состоящих на диспансерном учете после лечения.

Цель исследования – проанализировать контингент больных злокачественными новообразованиями женских половых органов, состоящих на диспансерном учёте в Якутском республиканском онкологическом диспансере на конец 2009 г.

Материалы и методы исследования. Проанализированы сведения о 1326 больных, состоящих на диспансерном учете в ЯРОД на конец 2009 г. по поводу гинекологического рака. Из них 681 больная раком шейки матки (РШМ), 327 – раком тела матки (РТМ) и 318 – раком яичников (РЯ).

Результаты и обсуждение. Частота поражения раком гениталий среди городского и сельского населения была не одинаковой. Так, доля больных раком шейки матки среди городских жителей составила 63,6% (433 чел.), сельских – 36,4% (248). Аналогичное распределение отмечено также при раке тела матки и яичников (городских больных – 64,2 и 63,2%, сельских – 35,8 и 36,8% соответственно).

Соотношение лиц коренного и прошлого населения составило при РШМ 1,0:2,2, РТМ – 1,0:5,4 и РЯ - 1,0:1,7.

Среди больных РШМ достоверно высокие показатели отмечены в возрастной группе 40-49 лет (37,2±1,9%) независимо от этнической принадлежности и места проживания. Доля пациенток со злокачественными опухолями тела матки и яичников в общей популяции была высокой в возрасте 40-49 (37,0±2,7 и 28,3±2,5%) и 50-59 лет (34,9±2,6 и 27,0±2,5%) соответственно. При анализе возрастной структуры больных РТМ и РЯ в зависимости от места проживания и национальности выявлены некоторые различия. Так, в возрасте 50-59 лет высокая частота РТМ выявлена у аборигенок (41,3±6,9%), проживающих главным образом в селе (52,2±4,6), а РЯ – у коренных жительниц (29,6±4,3%) городской местности (29,4±3,2).

Отдаленные результаты лечения являются основным критерием, который может дать возможность косвенно судить об уровне специализированной помощи в регионе.

Нами проведен анализ выживаемости больных раком органов гениталий в зависимости от вида лечения и стадии процесса.

Согласно проведенному анализу, у 50,4% больных РШМ ведущим видом терапии явилось оперативное лечение в сочетании с лучевой терапией (комбинированный метод). Из них большая часть больных с I и II стадиями - 37,3 и 50,4%. Только оперативное лечение получили 11,9% пациенток: с карциномой *insitu* – 35,8, с I-II стадиями – 64,2%. Сочетано-лучевая терапия как самостоятельный метод проведена 35,8%, в основном больным с II (53,7%) и III (32,8) стадиями. Следует отметить, что 5 больных РШМ с 0-I-II стадией отказались от предложенного лечения по различным причинам.

В настоящее время, по данным литературы, при РТМ I-II стадий чаще применяется комбинированное лечение – операция с последующей лучевой терапией. При III стадии на послеоперационном этапе используется химиогормонолучевое лечение. При IV стадии рака эндометрия, с учётом общего состояния больной, данных обследования, особенностей распространения опухолевого процесса, возможно применение лучевой и/или химиогормонотерапии.

Среди больных с РТМ в соответствии с общепринятыми стандартами лечения данной локализации основным методом лечения явился комбинированный (48,6%).

При I стадии РТМ в 37,7% применялось только оперативное лечение, в 44,3% – комбинированное лечение. При II стадии у большинства больных РТМ применялось комбинированное лечение (71,6%). Комплексное лечение (операция и химиогормонолучевое лечение) осуществлялось у 93,5% пациенток с III стадией рака эндометрия. Больные с отдаленными метастазами (IV стадия) получали химиогормонолучевое и симптоматическое лечение.

Стандартом лечения РЯ, согласно клиническим рекомендациям Европейского общества медицинской онкологии (ESMO), Национального института рака (NCI), FIGO, является оперативное вмешательство с процедурой полного хирургического стадирования и проведением неоадьювантной и/или адьювантной химиотерапии.

Согласно анализу, 87,4% больных РЯ получили комбинированное лечение, 7,2% – только оперативное (I

стадия), 4,1% больным с распространенным процессом проведена лекарственная и 1,3% – симптоматическая терапия (III-IV стадии).

Анализ продолжительности жизни показал, что из 1326 больных раком шейки, тела матки и яичников с момента установления диагноза до 3 лет живут 408 (30,8%), 3-5 лет – 237 (17,9), 5 и более лет – 212 (16,0) и более 10 лет – 469 пациентов (35,4%).

Так, из числа состоящих на учёте по поводу РШМ, 5-летней выживаемости удалось добиться у 14,1% (96 больных), в том числе после лучевого лечения живут 41,7% (40), комбинированного – 38,5 (37) и после оперативного – 19,8% больных (19).

Далее анализ показал, что больные РШМ после лечения живут 10 лет и более в 39,2% случаев (267 больных), из них после хирургического лечения – 11,6% (31), лучевой терапии – 38,2% (102) и после комбинированной - 50,2 (134).

Из 44 (6,5%) женщин с карциномой *insitu* 5 и более лет живут 8 (18,2%), а более 10 лет – 18 (40,9%). В группе больных с I и II стадиями 5- и 10-летняя выживаемость составила соответственно 24 и 43,9% и 17,2 и 35,9%. Из 113 больных с III АВ стадией аналогичные сроки живут 21,2 и 31,9%.

Анализ продолжительности жизни больных РТМ показывает, что из числа 327 больных РТМ с момента постановки на учёт 5 и более лет живут 61 (18,7%), а более 10 лет – 78 чел. (23,9%).

Согласно анализу, 159 (48,6%) больных получили комбинированное лечение (операция с лучевой терапией), из них 5 и более лет живут 26 (16,4%), 10 и более лет – 48 (30,2). Оперативное лечение как самостоятельный метод получали пациентки с I стадией ракового процесса (21,1%), из которых 5 и более лет живут 19 (27,5%), а более 10 лет – 8 (11,6%). Комплексная терапия проведена 53 пациенткам (15,6%), у данной группы больных 5- и 10-летняя выживаемость составила 15,1%.

Показатели выживаемости у больных РТМ в зависимости от стадии заболевания выглядят следующим образом. В группе пациенток с I и II стадиями 5- и 10-летняя выживаемость составила соответственно 56,7 и 50,6%; 31,3 и 41,4%. При III стадии 5 лет и более живы – 8 (11,9%), а более 10 лет – 6 пациенток (6,9%).

Из 318 больных ЗН яичников 5- и 10-летняя выживаемость зарегистрирована у 17,3 и 39,0% соответственно.

В нашем исследовании комбинированное лечение получили: из 55 больных, проживших 5 и более лет, – 50 (90,9%), а из 124, проживших более 10 лет, – 111 (89,5%). Из 23 женщин, закончивших лечение с использованием только оперативного вмешательства, 5 и более лет прожили 3 (13,0%), а более 10 лет – 13 (56,5). В группе больных, получивших лекарственную терапию как самостоятельный метод,

из 13 женщин 5-летней выживаемости удалось добиться только у 1 пациентки, что составило 7,7%, а более 10 лет не прожил ни один.

По состоянию на конец 2009 г., из 101 (31,8%) пациентки с РЯ I стадией 5 и более лет живёт 16 (15,8%), а более 10 лет – 47 чел. (46,5).

В группе больных со II стадией (77 чел.) отмеченные коэффициенты соответствовали 20,8 и 46,8%. При III стадии из 119 больных 5 и более лет

живы 23 (19,3%), а более 10 лет – 41 чел. (34,4).

Заключение. Таким образом, проведенный нами анализ отдаленных результатов лечения рака гениталий выявил наличие множества нерешенных проблем, связанных прежде всего с качеством организации лечебно-профилактической работы в республике и, как следствие, низкой выявляемостью ранних стадий и высокой запущенностью.

И.П. Почитаева, А.П. Голубева

ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АЛКОГОЛИЗМА И НАРКОМАНИИ НАСЕЛЕНИЯ КОСТРОМСКОЙ ОБЛАСТИ

УДК 616.89-008.441.33-036.22 (470.317)

Представлена оценка и анализ динамики и территориальных особенностей наркологических расстройств в Костромской области на основании статистических материалов за 1999–2011 гг., характеризующих структуру и уровни первичной заболеваемости, распространенности. Установлены особенности территориальных различий показателей хронического алкоголизма и наркоманий и связь с факторами риска заболеваний. Не выявлена зависимость уровней хронического алкоголизма с показателями заболеваемости наркоманий. Для целенаправленной профилактики наркологических расстройств в отдельных районах должны изучаться конкретные факторы риска заболеваний и их рецидивов и организация наркологической помощи.

Ключевые слова: наркологические расстройства, хронический алкоголизм, психозы, наркомании, территориальные образования, Костромская область.

We present an evaluation and analysis of the changes in and territorial features of substance dependence disorders in the Kostroma Region, based on the 1999–2011 statistical materials that describe the structure and levels of primary incidence and prevalence. We determined the specific features of territorial differences in chronic alcoholism and drug addiction indicators. In addition, we determined their connection with disorder risk factors. No dependence was determined for chronic alcoholism levels on drug addiction indicators. For purposeful prevention of substance dependence disorders in specific districts, it is necessary to study specific disorder and relapse risk factors and the organization of narcological aid.

Keywords: substance dependence disorders, chronic alcoholism, psychoses, drug addiction, territorial entities, Kostroma Region.

Введение. После распада СССР в последние двадцать лет злоупотребление психоактивными веществами (ПАВ) стало одной из наиболее серьезных социально-экономических проблем всех групп населения, семей и вызывает растущую тревогу, так как негативным образом сказывается на демографических показателях страны и создает реальную угрозу ее национальной безопасности [2]. Хронический алкоголизм, хотя и в последние три года несколько снизился, но его доля среди всех наркологических расстройств в различных субъектах составляет от 75 до 90%. Известно, что выявляемость зависимых от ПАВ остается низкой, особенно среди больных наркоманией. Так, по данным Минздравсоцразвития РФ, число лиц,

имеющих проблемы с наркотиками и обращающихся за медицинской помощью, соотносится с истинным числом больных наркоманией как 1:7 [4]. По результатам социологических исследований, численность потребителей наркотиков в стране превышает официальную статистику в 8–10 раз, а по данным ФСКН России, составляет почти 2% населения страны. Среди больных наркоманией около 90% составляют потребители опиатов, к числу которых относится героин.

Тенденции распространения наркомании и алкоголизма в России имеют выраженные региональные различия [2, 4, 7–9]. Организация борьбы и профилактика наркомании и алкоголизма в конкретном регионе с учетом социально-гигиенических, экономических и географических региональных особенностей необходимы прежде всего для предупреждения преждевременных смертей среди населения трудоспособного возраста, а также для разработки целенаправленных профилактических мероприятий.

Материалы и методы исследования. Костромская область с населением 688 тыс. чел., из которых около 70% составляет городское население, расположена в центре европейской части России и входит в состав Центрального федерального округа РФ.

Экономико-географическое расположение (на главных транспортных артериях) и высокий экономический потенциал городов Кострома, Шарья, Волгореченск, Буй, Нерехта обуславливают необходимость обращения на них первоочередного оперативного внимания со стороны органов по контролю за оборотом наркотиков.

Социально-экономическая ситуация на рынке труда, сложившаяся под влиянием продолжающейся фазы нестабильного развития экономики в 2009–10 гг., характеризуется высокой долей незанятых трудовой деятельностью граждан.

Проведено сравнение наркологической ситуации в Костромской области, в России [8], Республике Саха (Якутия) [5], Новосибирской области

ПОЧИТАЕВА Ирина Петровна – к.м.н., вед. н.с. НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, justforyouip@gmail.com; **ГОЛУБЕВА Алла Прокофьевна** – д. м. н., проф. Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, argolub@mail.ru.