

В.Д. Сметанина, П.М. Иванов, П.Д. Каратаев

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)

Цель исследования. Изучить особенности распространения первично-множественных злокачественных опухолей и выявить группы больных с повышенным риском развития второй злокачественной опухоли в условиях Крайнего Севера.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни, амбулаторных карт 194 больных первично-множественными опухолями за период 2001-2005 гг.

Результаты исследования. В РС (Я) стандартизованный показатель заболеваемости населения злокачественными новообразованиями за 2005 г. составил у мужчин 270,80/0000, что выше на 5,6% уровня за 1995г. (256,50/0000), а у женщин на 3,6% (соответственно 176,2 и 170,10/0000). В начале анализируемого периода (2001г.) показатель заболеваемости ПМЗО на 100 000 населения соответствовал 3,30/0000. За пятилетний срок указанные показатели превышали первоначальные уровни в 1,7 раза (6,00/0000). Из них 36,8% случаев опухоли были определены как синхронные.

Заключение. Рост заболеваемости первично-множественными опухолями в РС (Я) обусловлен широким внедрением в клиническую практику высокоэффективных лекарственных средств. Увеличение продолжительности жизни больных вызывает вероятность появления у них новых (метахронных) опухолей. У мужчин повышенное внимание требуют лица, излеченные по поводу злокачественных опухолей кожи, легкого, желудка и почки, а у женщин – молочной железы, кожи, ободочной кишки и гениталиев.

Ключевые слова. Новообразования, полинеоплазия, летальность, безрецидивная выживаемость.

The purpose of research. To study features of distribution of multifocal malignant tumors and to reveal groups of patients with the raised risk of development of the second malignant tumor in conditions of the Far North.

Material and methods. The retrospective analysis of case records, outpatient cards of 194 patients with tumors for the period 2001-2005 is lead.

Results of research. In RS (Y) the standardized parameter of malignant neoplasms morbidity of population for 2005 has made at men 270,8 0/0000, that is higher on 5,6 % of a level for 1995 (256,50/0000), and at women on 3,6 % (accordingly 176,2 and 170,10/0000). In the beginning of the analyzed period (2001) the parameter of multifocal malignant tumors morbidity on 100 000 of population corresponded 3,30/0000. For five years term the specified parameters exceeded initial levels in 1,7 times (6,00/0000). From them 36,8 % of tumor cases have been defined as synchronous.

The conclusion. Growth of multifocal malignant tumors morbidity in RS (Y) is caused by wide introduction in a clinical practice of highly effective medical products. The increase in life expectancy of patients causes probability of occurrence in them of new (metachronic) tumors. At men enhanced attention demand the persons cured in occasion of malignant tumors of skin, lung, stomach and kidney, at women - a mammary gland, skin, colon and genitals.

Keywords. Neoplasms, polyneoplasia, mortality, nonrecurrent survival rate.

Введение. Вопросы первично-множественных злокачественных опухолей (ПМЗО) или полинеоплазий (синхронное или метахронное образование злокачественных опухолей), в силу их нарастающей частоты диагностируемых случаев, вызывают обеспокоенность многих исследователей и становятся одной из актуальных проблем современной научной и клинической медицины. Краткий обзор материалов, посвященных эпидемиологическим аспектам первично-множественных злокачественных новообразований (ПМЗН), свидетельствует о том, что опухоли могут возникнуть одновременно или поочередно и развиваться независимо друг от друга в пределах одного или нескольких органов у человека. При этом одни авторы [3] не исключают возможность развития опухолей под воздействием

одних и тех же этиологических моментов. В этом случае для возникновения множественных опухолей решающее значение имеет время воздействия агента. Другие [7] придерживаются полиэтиологичности первичных множественных опухолей, в том числе: иммунодефицит, наследственность. Между тем мнение большинства исследователей сходится в том, что развитие метахронных ПМЗО в значительной мере связано с широким внедрением в клиническую практику высокоэффективных, комбинированных методов лечения злокачественных опухолей с использованием лучевой терапии, полихимио-терапии и иммуносупрессий [1,2,4,5,8,10 и др.]. В связи с этим, авторы полагают, что одной из действенных мер профилактики и ранней диагностики ПМЗО является повышение качества диспансеризации лиц, закончивших лечение в радикальном варианте и получивших комбинированный метод лечения по поводу обнаруженного у них впервые в жизни злокачественного новообразования. Данная группа больных должна рассматриваться как группа риска разви-

тия метахронных первично-множественных опухолей.

В России в 2005г. были зарегистрированы 15 150 больных с ПМЗО. Из них у 27,1% случаях опухоли определены как синхронные. Показатель заболеваемости ПМЗО на 100 000 населения составил 10,7 [9].

Материалы и методы. Материалом для анализа послужили истории болезни, амбулаторные карты и контрольные карты 194 больных с первично-множественными опухолями, а также архивные материалы организационно-методического кабинета ГУ ЯРОД. Соотношение мужчин и женщин 1,0:1,6. У 187 (96,4%) больных с ПМЗО выявлены 2 опухоли, у 4 (2,1) – 3 и у 3 (1,5%) – 4 опухоли. Среди пациентов с ПМЗО пришлые составляют 68,5%, а аборигены Севера – 31,5%.

Результаты и обсуждение. В Республике Саха за последние 5 лет (2001-2005 гг.) выявлено 194 больных ПМЗО, у которых отмечено 398 случаев заболевания злокачественными опухолями. По возрастному составу больные распределились следующим образом: больных до 50 лет было 13

СМЕТАНИНА Валентина Дмитриевна – зав. ОМК ЯРОД; **ИВАНОВ Петр Михайлович** – д.м.н., проф. МИ ЯГУ, зав. лаб. ЯНЦ СО РАМН; **КАРАТАЕВ Петр Дмитриевич** – отличник здравоохранения РФ и РС(Я), гл. врач ЯРОД.

(7,0%) чел., от 50 до 59 лет – 49 (26,2), от 60 до 69 – 56 (29,9) и старше 70 лет – 72 (38,5%) чел. Возрастной пик выявления повторных опухолей приходится на 6-ю и 7-ю декады жизни больных с ПМЗО (табл. 1).

По данным Республиканского онкологического диспансера, временной интервал, соответствующий рубежу двух тысячелетий (1995-2005гг.), характеризуется сохранением положительных тенденций в динамике общей онкологической заболеваемости. Так, в Республике Саха стандартизованный показатель (СП) заболеваемости населения злокачественными новообразованиями за 2005 г. составил у мужчин 270,8 $\frac{1}{100000}$, что выше на 5,6% уровня за 1995г. (256,5 $\frac{1}{100000}$), а у женщин на 3,6% (соответственно 176,2 и 170,1 $\frac{1}{100000}$). За указанный период времени среднегодовой темп прироста заболеваемости всеми формами злокачественных опухолей у мужчин составил 0,6, а у женщин 0,4%.

Аналогичная ситуация наблюдается и при прослеживании статистики выявляемости ПМЗН за последние пять лет. Согласно полученным данным, в начале анализируемого периода (2001г.) показатель заболеваемости ПМЗО на 100 000 населения соответствовал 3,3. За пятилетний срок значительно возросли показатели выявляемости ПМЗО и в 2005 г. коэффициенты заболеваемости превышали первоначальные показатели в 1,7 раза (6,0 $\frac{1}{100000}$) (табл.2). Из них 36,8% случаев опухоли были определены как синхронные.

Нами проведен сравнительный анализ первых и последующих опухолей по локализациям. Из числа впервые в жизни выявленных злокачественных новообразований наибольшей частотой отличались: рак молочной железы – 46 (23,7%) случаев, кожи – 24 (12,4), желудка – 19 (10,0) и легкого – 17 (8,8%) случаев. Вторые опухоли чаще локализовались в молочной железе – у 36 (18,6%) больных, в легких – у 27 (13,9), желудке – у 25 (12,9) и на коже – у 18 (9,3%) больных.

В структуре первых локализаций полинеоплазий у женщин лидируют молочная железа – 46 (38,0%) случаев, кожа – 10 (8,3), шейка матки – 9 (7,4), яичники и ободочная кишка – по 7 случаев (5,8%). Второй локализацией злокачественных новообразований у женщин были молочная железа – 35 (28,9%), кожа и желудок – по 11 случаев (9,1%), легкие – 9 (7,4), ободочная кишка – 7 (5,8%). Структура вторых ЗН у больных с ПМЗО отражена на рисунке.

Таблица 1

Распределение больных с ПМЗО по возрасту в РС (Я) (оба пола)

ПМЗО	Всего, абс. число/%	В том числе в возрасте, лет				
		30-39	40-49	50-59	60-69	Старше 70
Вторые	187 100,0	2 1,1	11 5,9	49 26,2	53 28,3	72 38,5
Третьи	4 100,0	-	-	-	3 75,0	1 25,0
Четвертые	3 100,0	-	-	1 33,3	-	2 66,7
Итого	194 100,0	2 1,0	11 5,7	50 25,8	56 28,9	75 38,6

Таблица 2

Заболеваемость ПМЗО в РС (Я)

Показатель	Годы				
	2001	2002	2003	2004	2005
Заболеваемость ЗН на 100000 населения	190,7	188,2	205,9	198,3	205,4
Заболеваемость ПМЗО на 100 000 населения	3,3	3,7	2,5	4,5	6,0
Из числа больных впервые в жизни установленным диагнозом ЗН имели ПМЗО (абс. число)	33	36	25	43	57
Доля больных с ПМЗО от числа больных с впервые в жизни установленным диагнозом ЗН (в %)	2,0	2,0	1,4	2,5	3,1
Доля из них синхронных (в %)	39,4	50,0	36,0	30,2	36,8

По результатам анализа в структуре первых локализаций полинеоплазий у мужчин преобладают желудок, кожа и легкие – по 14 случаев (19,2%) и почки – 10 (13,7%). Второй локализацией злокачественных опухолей у мужчин были легкие – 17 (23,3%) случаев, желудок – 13 (17,8), почки – 8 (11,0%).

По характеристике распределения больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования по стадиям заболе-

вания можно судить об уровне организации онкологической службы на местах.

Прежде всего, по ней можно получить представление о качестве проведения диспансеризации населения медицинскими работниками первичного звена на местах и об уровне проведения профилактических мероприятий, направленных на первичную профилактику онкологической патологии. Показатели распределения по



Структура вторых ЗН у больных с ПМЗО в РС (Я)

Таблица 3

Распределение новообразований у больных с ПМЗО
в зависимости от стадии (оба пола)

Стадия	Первые опухоли		Вторые опухоли		Третьи опухоли		Четвертые опухоли	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
0	4	2,0	2	1,1	-	-	-	-
I	30	15,5	28	14,4	2	28,6	1	50,0
II	62	32,0	46	23,7	2	28,6	-	-
III	77	39,7	60	30,9	1	14,2	-	-
IV	21	10,8	58	29,9	2	28,6	2	50,0
Всего	194	100,0	194	100,0	7	100,0	3	100,0

стадиям вторых метакронных опухолей в большинстве случаев зависят от качества диспансеризации больных, состоящих на онкологическом учете по III клинической группе. Следовательно, можно получить представление о качестве мероприятий, направленных, прежде всего, на вторичную профилактику злокачественных опухолей.

По нашим данным, первые опухоли по стадиям заболевания распределились следующим образом: ранняя (0 и I-II) стадия развития опухолевого процесса была установлена в 49,5% случаев, III стадия – в 39,7 и IV – в 10,8% случаев. Указанные коэффициенты для вторых (метакронных) опухолей составили – 39,2; 30,9 и 29,9% соответственно. Следовательно, большинство первых и вторых опухолей выявлены в III и IV стадии заболевания (табл.3). Не подлежали специальному лечению (IV стадия) после выявления второй опухоли 58 (29,9%) чел., что свидетельствует о недостаточной настороженности онкологов, проводящих диспансеризацию больных, получивших лечение по поводу первой злокачественной опухоли.

Половина вторых метакронных опухолей была выявлена в первые 5 лет – 54,7%, большая часть в первые 10 лет – 70%. Статистика годичной летальности подтверждает позднюю диагностику полинеоплазий: продолжительность жизни менее 1 года после установления диагноза ПМЗО отмечена у 43,8% больных, менее 2 лет – у 8,8%. 5-летняя выживаемость после установления диагноза ПМЗО отмечена у 12,0% больных, 10-летняя выживаемость – у 0,5% пациентов.

Для примера приводим случай, где совмещаются 4 опухоли.

Больная Б., 74 года. Взята на учет в 1989 г. с диагнозом рак тела матки

II стадии, T₂N₀M₀. В первом гинекологическом отделении г. Якутска произведена операция – надвлагалищная ампутация матки с придатками. Морфологическое заключение – умеренно-дифференцированная аденокарцинома. В послеоперационном периоде получила курс сочетано-лучевой терапии и гормонотерапию. С 1989 г. были жалобы на периодические боли ноющего характера в правой молочной железе, выполнялась периодически маммография (1989, 1991 гг.). Дз: фиброзно-кистозная мастопатия. В период с 1991 по 1994 г. постоянно наблюдалась в диспансере, жалоб по поводу молочной железы не предъявляла. В 1995 г. (через 6 лет) обратилась к онкологу по поводу уплотнения в правой молочной железе, которую обнаружила случайно. После обследования выставлен диагноз: рак правой молочной железы IIA стадии T₂N₀M₀ II кл. группы. Получила 4 курса полихимиотерапии и произведена радикальная мастэктомия по Мадену справа. Морфологическое заключение – инвазивный светлоклеточный рак молочной железы. Назначена гормонотерапия. Через 6 лет в 2001 г. обратилась с жалобами на боли в левой молочной железе, в хирургическом отделении ЯРОД с подозрением на рак левой молочной железы произведена радикальная мастэктомия по Мадену слева. Клинический диагноз: рак левой молочной железы IIA стадии, II кл. группы, T₂N₀M₀. Морфологическое заключение: инвазивный рак молочной железы по типу Скурра. Далее получила курс дистанционной лучевой терапии на зоны регионарного метастазирования, СОД-40Гр., назначена гормонотерапия длительно.

В 2003 г. (через 2 года) у больной выявили базалиому подбородочной

области, проведена криодеструкция опухоли в городском онкологическом кабинете. В настоящее время больная жива, наблюдается в поликлинике №1 у городского онколога.

Заключение. Рост заболеваемости ПМЗО в РС (Я) обусловлен ростом общей онкологической заболеваемости, широким внедрением в клиническую практику современных высокоэффективных методов лечения и, следовательно, увеличением продолжительности жизни больных. При осуществлении диспансеризации больных, состоящих в III клинической группе, целесообразно улучшить качество планового медицинского мониторинга. При этом следует учитывать выявленные популяционные особенности развития второй метакронной опухоли, которые обнаруживаются в большинстве случаев в ближайшие 10 лет после проведенного комбинированного лечения. Среди мужчин повышенное внимание требуют лица, излеченные по поводу злокачественных опухолей кожи, легкого, желудка и почки, а у женщин – молочной железы, кожи, ободочной кишки и гениталиев.

Литература

1. Латыпова Р.Ф., Хасанов Р.Ш. //Российский онкологический журнал. – 2005. – №3. – С. 38-41.
2. Орловская Л.А. и др. // Проблемы современной онкологии: Тезисы докладов 4-го Всероссийского съезда онкологов. – Ростов н/Д, 1995. – С. 452-153.
3. Попова Т.Н. // Вопр. онкол. – 2003. – Т. 49, №3. – С. 363–366.
4. Привалов А.В., Важенин А.В. //Российский онкологический журнал. – №2. – С.47-50.
5. Сельчук В.Ю. Первично-множественные злокачественные опухоли (клиника, лечение и закономерности развития): автореф. ...дис... д-ра мед. наук / В.Ю. Сельчук. – М., 1994.
6. Слинчак С.М. Множественные злокачественные опухоли. – Киев, 1968.
7. Соркин В.М. // Клин. хирургия. – 2000. – С. 41-43.
8. Филатова Е. И. // Вопр. онкол. – 1990. – Т. 36, № 6. – С. 726-729.
9. Чиссов В.И. Злокачественные новообразования в России в 2003 г. (заболеваемость и смертность) / В.И. Чиссов, В.В. Старинский, Г.В. Петрова. – М., 2005. – С. 256.
10. Чойзонов Е.Л., Писарева Л.Ф., Шишкин Д.А. и др. //Материалы III съезда онкологов и радиологов СНГ. – Минск, 2004. – С. 262.