

частота исследованных аллелей не отличается от частоты, наблюдаемой в других европейских популяциях, а у якутов отличается от других азиатских популяций по полиморфному варианту -308G/A гена *TNF $\alpha$* . Генетический анализ с учетом эпидемиологических, клинических и этнических составляющих может способствовать более точному описанию структуры наследственной компоненты в развитии заболевания.

## Литература

1. Вейр Б. Анализ генетических данных / Вейр Б. - М.: Мир, 1995. - 400 с.
2. Гусев Е.И. Клиническая генетика рассеянного склероза / Е.И. Гусев [и др.] // Журнал невролог. и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2001. - №9. - С. 61-68.
3. Гусев Е.И. Рассеянный склероз и другие демиелинизирующие заболевания / Е.И. Гусев, И.А. Завалишин, А.Н. Бойко - М.: Миклоп, 2004.- 540 с.
4. Николаева Т.Я. Рассеянный склероз в Якутии / Т.Я.Николаева, В.С. Попов, Л.И. Бабенко // Материалы VII Всероссийского съезда невропатологов. - Нижний Новгород, 1995.-С.135.
5. Попов В.С. О клинике и эпидемиологии рассеянного склероза / В.С. Попов // Журнал неврология и психиатрия. -1983.- №9.- С.1330-1334.
6. Пузырев В.П. Патологическая анатомия генома человека / В.П. Пузырев, В.А. Степанов. - Новосибирск: Наука. Сиб. пред-приятие РАН, 1997. - 224 с.
7. De Jong Brigit A.. Productions of IL-1 $\beta$  and IL-1Ra as risk factors for susceptibility and progression of relapse-onset multiple sclerosis / Brigit A. De Jong [et al.] // J. Neuroimmunol. - 2002. - V.126. - P.172-179.
8. Drulovic J. Decreased frequency of the tumor necrosis factor alpha -308 allele in Serbian patients with multiple sclerosis / J. Drulovic [ et al.] // Eur.Neurol. -2003. - V.50. - P.25-29.
9. Favorova O.O. Three allele combinations associated with multiple sclerosis / O.O. Favorova [et al.] // BMC Medical Genetics. - 2006. -V.7. -P.63.
10. Hall M.A. Genetic polymorphism of IL-12p40 gene in immunemediated disease / M.A. Hall [et al.] // Gene Immune. - 2000.- V.1. -P.219-224.
11. Jong B.A. Evidence for additional genetic risk indicators of relapse-onset MS within the HLA region / B.A. Jong [et al.] // Neurology. - 2002. - V.59(4). -P.549-555.
12. Kantarsi O.H. Association of two variants in IL1beta and IL-1 receptor antagonist genes with multiple sclerosis / O.H. Kantarsi [et al.] // J. Neuroimmunol. - 2000. - V.106. -P.220-227.
13. Lan Yu. An association between polymorphisms of the interleukin-10 gene promoter and schizophrenia in the Chinese population / Yu Lan [et al.] // Schizophrenia Research. - 2004. - V.71. - P.179-183.
14. Lucotte G. TNF-alpha polymorphisms in multiple sclerosis: no association with -238 and -308 promoter alleles, but the microsatellite allele a11 is associated with the disease in French patients / G. Lucotte, C. Bathelier, G. Mercier // Multiple sclerosis. - 2000. - V.6. - P.78-80.
15. Mann C.L.A. Interleukin 1 genotypes in multiple sclerosis and relationship to disease severity / C.L.A. Mann [et al.] // J. Neuroimmunol. - 2002. - V.129. - P.197-204.
16. Masaaki Niino. Genetic polymorphisms of IL-1 $\beta$  and IL-1 reseptor antagonist in association with multiple sclerosis in Japanese patients / Niino Masaaki [et al.] // J. Neuroimmunol. - 2001. - V.118. - P.295-299.
17. Myhr K-M. Interleukin-10 promoter polymorphisms in patients with multiple sclerosis / K-M.Myhr [et al.] // J. Neurological Sciences. - 2002. - V.202. - P.93-97.
18. Palacio L.G. Multiple sclerosis in the tropics: genetic association to STR's loci spanning the HLA and TNF / L.G Palacio [et al.] // Multiple sclerosis. - 2002. - V.8. - P.249-255.
19. Ristic S. Tumor necrosis factor-alpha-308 gene polymorphism in Croatian and Slovenian multiple sclerosis patients / S. Ristic [et al.] // Eur.Neurol. - 2007. - V.57. - P.203-207.
20. Rohowsky-Kochan C. Impaired interleukin-12 production in multiple sclerosis patients / C. Rohowsky-Kochan [et al.] // Multiple sclerosis.- 1999.- V.5. -P.327-334.
21. Tarlow J.K. Polymorphism in human IL-1 receptor antagonist gene intron 2 is caused by variable numbers of an 86-bp tandem repeat / J.K. Tarlow [et al.] // Hum.Genet. - 1993. - V.91. - P.403-404.
22. Toru Kubota. Effects of Tumor necrosis factor gene polymorphisms on patients with cognitive heart failure / Toru Kubota [et al.] // Circulation. - 1998. - V.97. - P.2499-2501.
23. Van Veen T. Interleukin-12p40 genotype plays a role in the susceptibility to multiple sclerosis / T.Van Veen [et al.] // Ann. Neurol. - 2001. - V.50. - P.275.
24. Wasay M. Multiple sclerosis in Asian Countries / M.Wasay [et al.]// The International MS Journal. - 2006. - V.13. - P.58-65.

А.П. Данилова, Т.М. Сивцева, Ф.А. Платонов

## ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ВИЛЮЙСКОГО ЭНЦЕФАЛОМИЕЛИТА

В исследовании проведено сравнение частоты клинических симптомов в двух группах больных с хроническими формами вилюйского энцефаломиелита и боковым амиотрофическим склерозом. Установлено, что клиническими признаками вилюйского энцефаломиелита являются нарушение походки, повышение мышечного тонуса ног, деменция, олигобрадикинезия, дизартрия, патологические рефлексы, тазовые расстройства. При МРТ-исследовании выявлены выраженная гидроцефалия и атрофия головного мозга. Обнаружение олигоклональных иммуноглобулинов G у больных вилюйским энцефаломиелитом является весьма чувствительным критерием и может служить дополнительным диагностическим тестом при этом заболевании.

In the given research, we lead the comparison of frequencies of clinical neural symptoms in two groups with chronic forms Viliuisk encephalomyelitis and with amyotrophic lateral sclerosis. It is established, that clinical attributes of chronic forms Viliuisk encephalomyelitis are infringement of gait, increase of a muscular tone of legs, dementia, oligobradikinesia, infringement of speech, pathological reflexes, pelvic frustration. MRI attributes of a brain are the expressed hydrocephaly and an atrophy of a brain. Detection IgG in liquor is rather sensitive criterion and can serve as additional trouble-shooting test at Viliuisk encephalomyelitis

Сотрудники ФГНУ "Институт здоровья": **ДАНИЛОВА Альбина Прокопьевна** – врач невролог; **СИВЦЕВА Татьяна Михайловна** – к.б.н., с.н.с.; **ПЛАТОНОВ Федор Алексеевич** – д.м.н., зам. директора по научно-клинической работе.

Вилюйский энцефаломиелит (ВЭ) – воспалительное заболевание центральной нервной системы с неуточ-

ненной этиологией, распространенное в Якутии. ВЭ наиболее часто болеют молодые трудоспособные люди, и бо-

УДК 616.832-002-031.13:078.33

лезнь довольно быстро приводит к инвалидизации, поэтому своевременная диагностика ВЭ имеет большую медицинскую и социально-экономическую значимость для Якутии. Несмотря на многолетние исследования, причина возникновения ВЭ до сих пор точно не установлена, остаются неясными его этиология и патогенез, что затрудняет диагностику, лечение и профилактику. В этом плане представляется актуальным вопрос о более углубленном изучении особенностей клинического течения, некоторых патогенетических механизмов развития патологического процесса при ВЭ, использовании иммунологического метода в изучении патогенеза и диагностике ВЭ. Возможности изучения этого заболевания в последние годы значительно расширились благодаря внедрению в клинику иммунологических методов исследований. Показано, что IgG, выявляемые при некоторых аутоиммунных заболеваниях нервной системы: рассеянном склерозе, подостром склеротическом панэнцефалите, нейроборрелиозе, выполняют специфические иммунные функции и являются диагностическим критерием воспалительных заболеваний [5, 8]. Разработка дифференциально-диагностических критериев заболеваний имеет практическое значение, так как облегчает постановку клинического диагноза. Представляется актуальным исследование олигоклональных иммуноглобулинов G (IgG) в цереброспinalной жидкости (ЦСЖ) использованием метода изоэлектрофокусирования с иммуноблотингом у больных с ВЭ для совершенствования лабораторной диагностики ВЭ.

**Целью** работы является разработка клинико-дифференциальных критериев диагностики между вилюйским энцефаломиелитом и боковым амиотрофическим склерозом с исследованием олигоклональных иммуноглобулинов G интрапекального происхождения у больных с хронической формой вилюйского энцефаломиелита.

#### Материалы и методы

В исследование включены пациенты (n=270), находившиеся на обследовании и лечении в энцефалитном отделении Якутской республиканской клинической больницы и в клиническом отделе Института здоровья АН РС(Я) (ныне ФГНУ "Институт здоровья"). В первую группу вошли больные с диагнозом хроническая форма ВЭ, из них 133 женщины, 72 мужчины. Диагноз ВЭ ставился на основании диагностических критериев, принятых в настоя-

щее время [1-3]. Средний возраст для всей группы составил  $45,1 \pm 10,1$  лет. Средняя длительность заболевания всей группы составила  $10,5 \pm 7,7$  лет. Вторую группу составили больные (n=65) с боковым амиотрофическим склерозом (БАС), диагноз ставился в соответствии с общепринятыми Эль-Эскриановскими критериями [6]. Всем больным проведен подробный клинико-неврологический анализ.

У 14 больных проведены МРТ-исследования головного мозга. Исследования выполнялись на компьютерном томографе фирмы «Siemens» Magnetom Impact Expert (Германия) в РБ №1 - Национальном центре медицины. Применялись режимы T1 и T2 взвешенности с использованием SE, TSE, TIRM последовательностей. Сканирование производилось в аксиальной, коронарной и сагittalной плоскостях при напряженности магнитного поля 1 Тл.

У 26 больных с типичными формами ВЭ были проведены иммунологические исследования с целью выявления интрапекального синтеза IgG. Длительность заболевания у данной группы наблюдавшихся пациентов составила от 3 до 34 лет. В контрольную группу вошли 15 больных с другими заболеваниями ЦНС. Для иммунологических исследований у обследуемых одновременно производился забор венозной крови в количестве 10 мл и ликвора в количестве 5 мл. Лабораторная диагностика IgG в ЦСЖ и сыворотке крови осуществлялась путем разделения белков методом изоэлектрофокусирования в агарозе с последующим иммуноблоттингом. Изоэлектрофокусирование проводилось на оборудовании фирмы «Amersham Pharmacia Biotech», которое включало электрофорезную камеру Multiphor II, водяной циркулирующий охладитель MultiTemp III, источник питания EPS 3501. Все этапы методики описаны подробно в статье G. Kear [7]. Диагностическим критерием интрапекального, т.е. локального синтеза IgG было выявление описанным методом олигоклональных полос (бэндов) на электрофорограмме. Результат оценивался как положительный при выявлении олигоклональных полос (более 2) на электрофорограмме только в ЦСЖ и отсутствии их в параллельно исследованной сыворотке крови.

Биометрический анализ осуществлялся с использованием пакетов Statistica 6.0 и SPSS. Использовались следующие методы статистического

анализа: проверка нормальности распределения количественных признаков; сравнение групп по качественному признаку с помощью критерия  $\chi^2$ ; анализ таблиц сопряженности (ТС). При сравнении двух независимых групп с нормальным распределением значений одного или двух количественных признаков использовали однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA) и непараметрический критерий Краскела-Валлиса. Средние выборочные значения количественных признаков приведены в тексте в виде  $M \pm s$ , где M – среднее выборочное, s – стандартное отклонение. Критическое значение уровня значимости принималось равным 5%.

Для оценки диагностической эффективности метода изофокусирования определялась его чувствительность и специфичность, прогностическая значимость отрицательного и положительного результатов по общепринятой методике с использованием четырехпольной ТС [4].

Статистический анализ выполнен под руководством доцента, зам. декана факультета статистики Томского государственного университета, к.т.н В.П. Леонова в Центре «Биостатистика».

#### Результаты и обсуждение

По полученным данным обнаружено значительное преобладание женщин среди больных с хроническим ВЭ – 133 чел. (64,9%), мужчин было 72 (35,1%). При сравнении относительных показателей мужчин и женщин с ВЭ различие по половому признаку оказалось статистически значимо ( $p<0,001$ ).

Для сравнения генеральных средних между группой ВЭ и БАС использован метод однофакторного дисперсионного анализа с помощью непараметрических критериев Краскела-Валлиса.

Возраст к моменту осмотра существенно не различался и составил в основной группе  $45,1 \pm 10,1$ , а в контрольной  $46,4 \pm 12,3$  ( $p=0,700$ ).

При сравнении средних значений между исследованными группами больных с ВЭ и БАС выяснено, что сравниваемые группы различались по длительности болезни и возрасту начала болезни. Средний возраст в начале болезни при БАС значимо был выше, чем при ВЭ ( $p<0,001$ ). Средний возраст начала болезни при ВЭ составил 35,3, а при БАС – 44,6 года. Длительность болезни при ВЭ статистически значимо была больше, чем

при БАС ( $p<0,001$ ). Средняя продолжительность болезни для группы с ВЭ составила 10,5, для группы с БАС – 2,2 года.

Анализ показателей давности ВЭ свидетельствует о длительном продолжительном течении болезни, тогда как в случаях с БАС, как правило, отмечалось неуклонное прогрессирование заболевания с небольшой продолжительностью болезни.

При анализе ТС обнаружено, что наиболее частыми жалобами, выявленными в начале болезни при ВЭ, были головная боль (величина критерия Пирсона  $\chi^2=62,561$ ;  $p=0,001$ ), высокая температура ( $\chi^2=51,154$ ;  $p=0,001$ ), изменение походки ( $\chi^2=57,960$ ;  $p=0,001$ ), слабость в ногах ( $\chi^2=34,049$ ;  $p=0,001$ ).

Анализ жалоб, выявленных в начале болезни, обнаружил, что для больных хроническим ВЭ характерно развитие заболевания после острого периода, протекавшего с общепротективным синдромом.

При сравнительном анализе клинических симптомов между группой больных с ВЭ и БАС отмечено, что у больных с ВЭ часто наблюдалось нарушение походки, чем у больных с БАС (соответственно 89 и 31% ( $\chi^2=88,145$ ;  $df=1$ ;  $p=0,001$ )). Деменция была зафиксирована у 119 (58%) больных основной группы, тогда как у больных контрольной группы не было признаков нарушений интеллекта ( $\chi^2=67,467$ ;  $df=1$ ;  $p=0,001$ ).

Также статистически значимо чаще в группе больных с ВЭ, чем в группе с БАС, встречались тазовые нарушения ( $\chi^2=29,388$ ;  $df=1$ ;  $p=0,001$ ), олигобрадикинезия ( $\chi^2=19,937$ ;  $df=1$ ;  $p=0,001$ ), повышение мышечного тонуса на ногах ( $\chi^2=16,143$ ;  $df=1$ ;  $p=0,001$ ), изменение личности ( $\chi^2=16,217$ ;  $df=1$ ;  $p=0,001$ ), гипомимия ( $\chi^2=15,108$ ;  $df=1$ ;  $p=0,001$ ), ожирение ( $\chi^2=14,889$ ;  $df=1$ ;  $p=0,001$ ), симптом Маринеску ( $\chi^2=11,543$ ;  $df=1$ ;  $p=0,001$ ), хоботковый рефлекс ( $\chi^2=11,543$ ;  $df=1$ ;  $p=0,001$ ), нистагм ( $\chi^2=10,148$ ;  $df=1$ ;  $p=0,001$ ), монотонность и смазанность речи ( $\chi^2=10,307$ ;  $df=1$ ;  $p=0,001$ ), патологические рефлексы ( $\chi^2=8,834$ ;  $df=1$ ;  $p=0,003$ ), сальность лица ( $\chi^2=8,352$ ;  $df=1$ ;  $p=0,004$ ).

Высокие сухожильные и периостальные рефлексы наблюдались незначимо одинаково часто в основной и контрольной группе (соответственно 95 и 97% ( $\chi^2=0,437$ ;  $df=1$ ;  $p=0,509$ )).

Различий показателей нарушения чувствительности, наличия парезов ног не отмечено. Парезы ног зафиксированы соответственно у 119 (58%)

и 37 (57%) ( $\chi^2=0,837$ ;  $df=1$ ;  $p=0,026$ ) больных в сравниваемых группах. Сегментарные и проводниковые нарушения чувствительности редко встречаются и слабо выражены в обеих группах (соответственно 3 и 3% ( $\chi^2=0,017$ ;  $df=1$ ;  $p=0,895$ )).

У пациентов с БАС наиболее часто наблюдались симптомы поражения периферического и центрального двигательного мотонейронов, двигательных ядер передних рогов спинного мозга. Так, выявлена статистически значимая разница в частоте атрофии ( $\chi^2=148,500$ ;  $df=1$ ;  $p=0,001$ ) и фибрилляций скелетных мышц ( $\chi^2=217,837$ ;  $df=1$ ;  $p=0,001$ ). Статистически значимая разница замечена и в частоте симптомов, характерных для поражения моторных ядер IX-XII черепно-мозговых нервов. Так, например, нарушение глотания отмечены значительно чаще у больных с БАС ( $\chi^2=122,679$ ;  $df=1$ ;  $p=0,005$ ).

Нами выделены клинические признаки, которые с высокой степенью вероятности определяют диагноз хронических форм ВЭ. Анализ показал, что у больных с хроническими формами ВЭ преобладают двигательные поражения нижних конечностей, речевые и интеллектуальные нарушения, олигобрадикинезия. Наши данные согласуются с результатами других исследователей, которые указывали, что основными диагностическими критериями болезни являются деменция, дизартрия, признаки поражения пирамидной и экстрапирамидной систем [1]. В отличие от ВЭ значимыми дифференциальными признаками БАС являются атрофии и фибрилляции мышц, сочетающихся с признаками поражения центральных двигательных нейронов на фоне высоких сухожильных рефлексов и симптомы поражения двигательных черепно-мозговых нервов.

При МРТ-исследовании головного мозга отмечено, что наиболее частым рентгенологическим признаком в обследованной группе была корковая атрофия со значительным расширением субарахноидальных пространств головного мозга диффузного характера, а также значительное расширение желудочков головного мозга без признаков повышения внутрижелудочкового давления (100%). Атрофия мозга, как правило, была диффузной. У 9 больных одновременно с атрофией коры больших полушарий выявлялась атрофия полушарий и червя мозжечка.

При иммунологическом исследовании у 85% (у 22 из 26) больных с

хронической формой ВЭ получены положительные результаты на наличие олигоклональных IgG. Положительные результаты отмечены у пациентов с различными длительными сроками болезни от 3 до 29 лет.

Лишь у четырех больных с ВЭ результат был отрицательным. Причем наиболее высокие показатели частоты положительного результата отмечаются у пациентов с различными длительными сроками заболевания и прогрессирующим типом течения, с выраженными поражениями ЦНС. Согласно литературным данным, олигоклональные IgG не выявляются при невоспалительных дегенеративных заболеваниях ЦНС, в частности при БАС [5].

Чувствительность теста равна 85% (95%-ный ДИ от 72 до 92%), специфичность – 80% (95%-ный ДИ от 57 до 94%), прогностичность положительного результата – 88% (95%-ный ДИ от 75 до 96%), прогностичность отрицательного результата – 75% (95%-ный ДИ от 54 до 88%).

Таким образом, проведенные исследования указывают, что хроническая форма заболевания характеризуется длительным (до 30 лет) прогрессирующим течением. Дифференциально-диагностическими критериями хронических форм ВЭ являются клинические признаки: интеллектуальные и речевые расстройства, двигательные нарушения нижних конечностей, пирамидно-экстрапирамидный синдром. Рентгенологическими признаками являются: выраженная гидроцефалия, атрофические изменения головного мозга. Обнаружение олигоклональных иммуноглобулинов G с использованием метода изоэлектрофокусирования является весьма чувствительным критерием и может служить дополнительным диагностическим тестом при ВЭ для дифференциальной диагностики с дегенеративными заболеваниями ЦНС.

### Литература

1. Владимирцев В.А. [и др.] // Проблемы вилюйского энцефаломиелита и других нейродегенеративных заболеваний в Якутии: Тез. докл. III международной науч.-практ. конф., 23-25 авг. 2006г. - Якутск, 2006. - С. 39-40.
2. Николаева Т.Я. [и др.] // Вилюйский энцефаломиелит: Материалы I международной науч.-практ. конф., посвящ. 75-летию П.А. Петрова, 3-4 окт. 1996 г. - Якутск, 1996. - С. 74-75.
3. Тазлова Р.С. Вилюйский энцефаломиелит (клиника, психические нарушения, вопросы дифференциального диагноза) / Р.С. Тазлова. - Якутск, 1992. - 15c.

4. Флетчер Р. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины. Пер. с англ. / Р. Флетчер, С. Флетчер, Э. Вагнер. - М.: Медиа Сфера, 1998. - 352 с.
5. Andersson A. [et.al.] // J. Neurol. Neuro-

surg. Psychiatry. - 1994. - №7: P. 897-903

6. El Escorial Revised: Revised criteria for the diagnosis of amyotrophic lateral sclerosis. <http://www.wfnals.org/guidelines/1998elescorial.htm>.

7. Keir G, Luxton P.W., Thomson E.J. // Ann. Clin. Biochem. - 1990. - №27. - P. 436-443.

8. Thompson E.J., Keir G. // Jbid. - P. 425-435

УДК: 618.19-616-006

**Т.И. Николаева, П.М. Иванов**

## ДИНАМИКА И ПРОГНОЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РЕСПУБЛИКЕ САХА

На основании всестороннего анализа первичной документации 2150 женщин с раком молочной железы изучена динамика онкологической ситуации (1990-2004 гг.), составлен прогноз. Показатели заболеваемости имеют четко выраженную территориальную, populационную и этническую обусловленность. Раку молочной железы наиболее подвержена социально активная часть женского населения.

On the basis of the all-round analysis of the initial documentation of 2150 women with mammary cancer dynamics of an oncological situation (1990-2004) is investigated, the prognosis is made. Parameters of disease incidence have well defined territorial, populational and ethnic conditionality. The social - active part of the female population is most subject to a mammary cancer.

### Введение

По данным ВОЗ, в мире ежегодно выявляется около 1 млн. новых случаев рака молочной железы (РМЖ). Число умерших от него составляет приблизительно половину от общего количества заболевших. РМЖ занимает первое место в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями (ЗН) у женщин в странах Европейского Союза, США, Израиле, России [5,6,7].

В России РМЖ среди прочих локализаций у женщин по показателям заболеваемости и смертности от ЗН прочно занимает первое ранговое место. Только за последние 10 лет (1994-2004гг.) число больных с впервые в жизни установленным диагнозом РМЖ увеличилось на 33,0% и достигло 49,2 тыс. женщин. При этом удельный вес данной формы опухоли вырос от 18,0 до 19,8%, т.е. в среднем каждая пятая из числа заболевших россиянок болела РМЖ [1,4]. В Якутии удельный вес РМЖ у женского населения республики колеблется от 13,7 до 18,8% всех случаев заболеваемости карциномой, процент охвата профилактическими осмотрами населения республики от 13,9 до 20,3% (в РФ – от 16,1 до 18,4%). В динамике коэффициенты как заболеваемости, так и смертности имеют тенденцию к росту [2,3].

### Материалы и методы

Проанализированы сведения о 2150 больных с впервые в жизни уста-

новленным диагнозом РМЖ за 1990-2004 гг. Представление об уровнях заболеваемости данной локализацией в республике получено с помощью интенсивных (ИП) и стандартизованных (СП) показателей. За стандарт принято повозрастное распределение населения 24 стран мира в расчете на 100 тыс. (мировой стандарт). Методом математического анализа выявлена основная тенденция динамики заболеваемости и вычислена вероятная ее характеристика до 2010 г.

### Результаты и обсуждение

За период с 1990 по 2004 г. в РС (Я) всего было зарегистрировано более 30,7 тысяч больных с впервые в жизни установленным диагнозом ЗН, в том числе 43,0% среди женщин, из них в 15,4% случаев был выявлен морфологически подтвержденный РМЖ. Отметим, что за три пятилетних срока абсолютное число женщин, заболевших данной формой опухоли, увеличилось на 23,5% и отмечается угрожающая тенденция к его дальнейшему росту. Если в начале анализируемого периода (1990 г.) каждая шестая женщина с впервые в жизни установленным диагнозом ЗН страдала РМЖ, то к концу данного периода (2004 г.) это была уже каждая пятая.

Мониторинг динамики заболеваемости РМЖ в Якутии за весь период наблюдения показывает значительный прирост как ИП (147,5 %), так и СП (128,3%), обусловленный комбинацией двух факторов: «постарением» женской популяции Якутии и истинным ростом заболеваемости. По рассчитанному нами прогнозу, при со-

хранении выявленных тенденций ИП и СП к 2010г. составят 39,4 и 30,6%<sub>0000</sub> соответственно, что превышает первоначальные уровни 1990г. в 1,5 и 1,2 раза.

Для РМЖ наиболее уязвима социально активная часть женского населения. Средний возраст заболевших в РС (Я) в 1990г. составлял 47,6 лет, а в 2004г. - 56,1 год, что на 3,9 года меньше, чем у женщин по РФ (60,0 – 2004 г.). Доля женщин репродуктивного возраста с РМЖ занимала 26,0% от общего числа заболевших данной патологией, а частота заболеваемости трудоспособного населения составила 73,3%. Наибольшую по удельному весу группу формируют женщины 50-54 лет (ИП 121,29%<sub>0000</sub>), далее - возрастные группы 60-64 лет (75,20%<sub>0000</sub>) и лица старше 70 (79,30%<sub>0000</sub>).

Динамика заболеваемости РМЖ в РС (Я) характеризуется выраженным положительными трендами в возрасте 50-59, 60-69 лет и 70 лет и старше на фоне некоторого снижения заболеваемости данной патологией у более молодых женщин. Статистически значимый темп прироста (164,3%) при среднепятилеточном 5,10% был выявлен для женщин 55-59 лет и весьма существенный в 70 лет и старше – 161,2% по сравнению с исходным периодом (среднепятилеточный прирост составил 4,80%). В то же время во всех возрастных группах младше 50 лет показатели заболеваемости имели тенденцию к снижению. Наиболее существенные темпы убыли были отмечены в возрасте 30-34 года (-4,75%) и в 40-45 лет (-4,05%).

**НИКОЛАЕВА Татьяна Ивановна** – хирургонколог ЯРОД, м.н.с. ЯНЦ СО РАМН; **ИВАНОВ Петр Михайлович** – д.м.н., проф., зав. лаб. ЯНЦ СО РАМН.