

Одним из основных факторов, определяющих прогноз онкологического заболевания, является распространенность опухоли на момент ее распознавания. Всего было выявлено 83 случая новообразований с преинвазивным раком (рак *in situ*) (в 2010 г. – 89). Количество злокачественных заболеваний, выявленных в I и II стадии увеличилось на 4,84% и составило 51,14% (РФ в 2011 г. – 49,8%), одновременно увеличилась и доля заболеваний, выявленных в IV стадии процесса – по сравнению с 2010 г. на 8,29% и составила 22,6% (РФ 2011 г. – 21,3%).

Показатель запущенности (IV и III стадии визуальных локализаций) по Югу области в 2011 г. увеличился на 3,18% и равнялся 25,59% (РФ 2011 г. – 27,6%). Самые низкие цифры запущенности ЗНО по югу области в 2011 г. отмечены в Армизонском (20,51%), Казанском (20,83%) и Сладковском (20,93%) районах; самые высокие – в Юргинском (40,00%), Тобольском (36,36%) и Уватском (32,20%) районах.

Количество больных с ЗНО внутренних локализаций, выявленных в IV стадии осталось высоким при раке: печени – 63,96%, поджелудочной железы – 63,97%, желудка – 47,37%, трахеи, бронхов, легкого – 37,48%.

В 2011 г. отмечалось увеличение запущенности злокачественных опухолей наружных локализаций (III и IV стадии) по сравнению с 2010 г.: молочной железы – 30,04% (в 2010 г. – 29,17%), полости рта и глотки – 38,84% (в 2010 г. – 34,04%), меланомы кожи – 32,5% (в 2010 г. – 31,67%).

Снижение доли запущенных случаев в 2011 г. отмечается при злокачественных опухолях губы – 0% (в 2010 г. – 4,88%), шейки матки – 39,83% (2010 г. – 44,7%); щитовидной железы – 23,46% (в 2010 г. – 31,76%), раке кожи – 1,62% (в 2010 г. – 2,22%).

В 2011 г. отмечалось снижение на 17% показателя одногодичной летальности, который составил 25,16 % (2010 г. – 30,33%; РФ в 2011 г. – 27,4%).

По Югу области самый высокий уровень одногодичной летальности зарегистрирован в следующих районах: Сорокинский – 44%; Викуловском – 43,94%; Бердюжском – 37,5%; самые низкие показатели отмечены в Казанском – 11,59%; Юргинском – 14,29%; Исетском – 16,46% районах.

В 2011 г. снизился показатель смертности от злокачественных заболеваний, в том числе в группе лиц трудоспособного возраста: в целом по Югу смертность от ЗНО составила 144,77 на 100 тыс. населения (РФ в 2010 г. – 204,4), что

на 12,15% ниже значения данного показателя в 2010 г. (164,81); смертность от ЗНО лиц трудоспособного впервые за последние 5 лет снизилась на 12,9% (88,5 – в 2010 г.) и составила 77,1 на 100 тыс. населения соответствующего возраста.

Самый высокий уровень смертности от ЗНО отмечался в 2011 г. по Югу области в следующих районах: Викуловском – 286,39; Сорокинском – 272,32; Заводоуковском – 203,02 на 100 тыс. населения; самый низкий – в Казанском – 48,96; Исетский – 65,25; Армизонском – 79,65 на 100 тыс. населения.

В структуре смертности населения юга Тюменской области от ЗНО наибольший удельный вес, по-прежнему, составляли злокачественные опухоли: трахеи, бронхов, легких – 17,73%; желудка – 11,23%; молочной железы – 8,63%; ободочной кишки – 7,60%; прямой кишки, ректосигмоидного отдела, ануса – 6,92%; лимфатической и кроветворной системы – 6,2%.

Контингент онкологических больных из расчета на 100 тыс. населения вырос и составил 1977,99 (РФ в 2011 г. – 2043,9). Доля больных, состоящих на учете в онкологических учреждениях 5 лет и более с момента установления диагноза злокачественного новообразования, от числа состоящих на учете на конец отчетного года составила 54,85%, что на 0,33% превосходит прошлогодний показатель (РФ в 2011 г. – 51,3%).

Выводы:

1. В 2011 г. на территории Тюменской области (без автономных округов) отмечался рост онкологической заболеваемости. Тем не менее совершенствование методов диагностики и лечения привело к росту показателя пятилетней выживаемости и снижению показателей одногодичной летальности, смертности (в т.ч. и лиц трудоспособного возраста) от злокачественных новообразований.

2. Не смотря на активное внедрение программы по профилактике и ранней диагностике рака на территориях Юга области и увеличения доли лиц, взятых на учет в ранних стадиях процесса, в 2011 г. не удалось добиться снижения показателя запущенности, в том числе в группе пациентов с визуальными локализациями злокачественных опухолей.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Н.М. Федоров, О.Н. Царев, А.В. Чижик,

А.Ж. Муктубаева

Тюменская ГМА
Тюменский ООД

Рак молочной железы (РМЖ) – одна из самых важных проблем современной медицины, серьезная угроза здоровью женщин.

Ежегодно в мире регистрируют более 1 млн. новых случаев РМЖ. В структуре онкологической заболеваемости женщин во всем мире РМЖ занимает первое место, а по числу смертей от рака у женщин – второе место. Наиболее высока заболеваемость в США и Западной Европе – 25-305 всех новых случаев рака у женщин и 18-20% всех смертей при опухолях у женщин. Промежуточное положение занимают Восточная Европа и Южная Америка, самая низкая заболеваемость в Азии. В США одна из восьми женщин рискует заболеть РМЖ в течение жизни, в Европе – одна из двенадцати, в Японии – одна из восьмидесяти. При этом заболеваемость постоянно растет везде на 1-2% в год (Летягин В.П., 2005, Хайленко В.А. 2009).

В Российской Федерации в последние годы злокачественные новообразования молочной железы прочно занимают первое место в структуре заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований женского населения (Чиссов В.И. и соав., 2009). Ежегодно в РФ регистрируется более 50 тыс. новых случаев данной опухоли. В структуре онкологической заболеваемости женского населения России в 2010г. РМЖ составил 20,1%. Показатель заболеваемости злокачественных опухолей женской молочной железы (МЖ) в этом же году равнялся 75,05 на 100 тыс.нас. (стандартизованный показатель – 43,84 на 100 тыс.нас.).

Высокая заболеваемость зарегистрирована в Чеченской Республике (55,5 на 100 тас. женщин), Калининградской области (50,4), Москве (51,0) и Санкт-Петербурге (49,6). Относительно низкая заболеваемость отмечена в Кировской области (27,5), Республике Тыва (28,1), Калмыкии (25,8) и Дагестане (22,4). В 2000 г. стандартизованный показатель смертности составил 17,6 на 100 тыс. населения, в 2008г. – 17,2. Летальность в течение 1-го года после установления диагноза РМЖ в РФ снизилась с 12,6% в 1999 г. до 9,5% в 2009 г.

Цель исследования: изучение динамики заболеваемости РМЖ на территории Тюменской области.

Материалы исследования: информационные бюллетени «О состоянии онкологиче-

ской помощи в Тюменской области 2007-2011 гг.».

Результаты и обсуждение.

По данным областного популяционного канцер-регистра в 2011 году по Тюменской области было впервые зарегистрировано 4796 злокачественных новообразований (у мужчин – 2269, у женщин – 2527), что составило 357,9 на 100 тыс. среднегодового населения, абсолютный прирост за последний год составил 9,37%. В структуре онкологической заболеваемости женщин лидирует РМЖ, на долю данной нозологии в 2011 г. приходилось 19,35% от общего числа злокачественных опухолей. Уровень заболеваемости злокачественными новообразованиями молочной железы повысился с 2007 по 2011 гг. с 58,83 до 68,03 на 100 тыс. женского населения. Более высокая заболеваемость раком молочной железы в 2011 г. зарегистрирована в г.Тюмени, Ишимском, Казанском, Тобольском и Бердюжском районах области, наименьшая – Абатском, Вагайском и Сладковском районах.

Удельный вес больных злокачественными опухолями МЖ I-II стадий за данный период времени практически не изменился – 69,17-71,29% от общего числа пациенток, впервые взятых на учет. Доля больных с запущенными стадиями РМЖ в 2011 г. составила 30,04%, что ниже, чем аналогичный показатель по РФ (35,8%), однако несколько выше, чем в 2007 г. (26,49%).

Показатель одногодичной летальности РМЖ снизился за анализируемый период времени с 8,73% до 6,64%, 5-летней выживаемости повысился с 56,9% до 58,36%. В то же время, показатель смертности данной злокачественной опухоли имеет тенденцию к некоторому увеличению от 23,87 до 24,95 на 100 тыс. нас за анализируемый период.

Удельный вес больных РМЖ выявленных при проведении профилактических осмотров снизился с 38,37% в 2007 г. до 35,96% в 2011 г. В то же время значительно увеличилось количество больных данной патологией выявленных при профилактической маммографии: с 52 случаев в 2008 г. до 121 – в 2011 г.

Выводы.

Заболеваемость раком молочной железы в Тюменской области за последние 5 лет повысилась на 13%. Несмотря на рост заболеваемости, благодаря совершенствованию методов профилактики, диагностики и лечения, отмечается снижение одногодичной летальности и увеличение 5-летней выживаемости больных РМЖ. В

последующие годы, благодаря более эффективному использованию различных методов профилактических осмотров, особенно маммографического скрининга, следует ожидать снижения смертности женского населения от злокачественных опухолей МЖ.

ДИАГНОСТИКА

РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ОЦЕНКЕ ВОЛЕМИЧЕСКОГО СТАТУСА ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ШОКЕ В ОНКОГИНЕКОЛОГИИ

*О.В. Васьяковская, Н.А. Шаназаров, Л.К. Дигай,
Р.И. Асабаева, А.И. Косошко, Л.К. Крискус*

РНЦ НМП, г. Астана, Казахстан
РДЦ, г. Астана, Казахстан
Медицинский университет, г. Астана, Казахстан
Челябинский ГМУ, г. Челябинск, Россия

В онкогинекологии наиболее часто требуется экстренная медицинская помощь при кровотечении из половых органов. Изучение причин экстренных ситуаций, их клинической картины показывают, что по данным различных авторов маточное или влагалищное кровотечение из распадающейся опухоли является причиной экстренной операции больным со злокачественными новообразованиями женской половой сферы в 25-29% наблюдений [1]. Непременным условием эффективной помощи является остановка кровотечения. Диагностика кровопотери и степени тяжести геморрагического шока основана на внешней кровопотери и симптомов внутренней кровопотери. Во время развертывания оперативных действий и после них одновременно проводится лекарственная терапия. Необходимо поддерживать и восстановить ОЦК, восстановить макро- и микроциркуляцию. К развитию шока обычно приводят геморрагии, превышающие 1000 мл, т. е. потеря более 20% ОЦК или 15 мл крови на 1 кг массы тела. Продолжающееся кровотечение, при котором кровопотеря превышает 1500 мл (более 30% ОЦК), считается массивным и представляет непосредственную угрозу жизни женщины [2]. Объем циркулирующей крови у женщин

неодинаков, в зависимости от конституции он составляет: у нормостеников – 6,5% от массы тела, у астеников – 6,0%, у пикников – 5,5%, у мускулистых женщин атлетического сложения – 7%, в онкогинекологии наличие распространенного опухолевого процесса значительно меняет эти цифры, что нужно учитывать в клинической практике. Несмотря на наличие множества рекомендаций, для оценки кровопотери в практике зачастую возникают клинические ситуации, при которых возникают трудности определения объемов потери ОЦК [3].

Цель работы: определить диагностическую значимость ультразвукового исследования в оценке волемического статуса при геморрагическом шоке у больных со злокачественными новообразованиями женской половой сферы.

Материалы и методы исследования:

Работа выполнялась на базе Республиканского научного Центра неотложной медицинской помощи г. Астаны, Челябинского областного клинического онкологического диспансера. С целью определения диагностической значимости степени сокращения размеров внутренней яремной вены (коллабирования, спадения) во время вдоха мы исследовали 10 здоровых взрослых (медперсонал) и 18 женщин со злокачественными новообразованиями женской половой сферы поступивших в экстренном порядке с грубыми волемическими нарушениями: при поступлении до проведения инфузионной терапии и перед переводом из ОРИТ после устранения волемических расстройств. УЗИ контроль осуществлялся по динамической методике, использовался ультразвуковой сканер Site-Rite 5 (производства BARD Access, США) с линейным мультислотным датчиком от 5 до 11 МГц.

Результаты и их обсуждение:

Мы определили, что у здорового человека без признаков гиповолемии ВЯВ имеет также тенденцию к коллабированию (спадению) во время вдоха в горизонтальном положении, однако сокращение размеров не превышает 25-30%. При выраженных же явлениях гиповолемии мы выявили спадение ВЯВ во время вдоха на 50% и более, до полного смыкания стенок вены. У больных без признаков острой дыхательной недостаточности спадение ВЯВ на вдохе более 50% может служить диагностическим признаком гиповолемии [4]. Следует заметить, что это исследование должно проводиться так же, как измерение ЦВД, – пациентка должна находиться в горизонтальном положе-