

той же схеме без дикарбамина (группа 2).

Результаты. В группе больных без дикарбамина нейтропения III-IV степени отмечалась у 3-х из 8-ми больных (37,5%) и при проведении 5-ти из 16-ти курсов лечения (31%). В группе больных, получавших дикарбамин, после первого и второго курсов химиотерапии показано улучшение показателей кроветворения. После первого курса лейкопения отсутствовала у 60% больных, после второго курса – у 80% больных, а нейтропения после первого курса была у 20% больных, а после второго курса не отмечена. Отсрочка в лечении после первого курса

была у 20% больных, а после второго курса – у 10% больных. В группе 2 без дикарбамина гематологические показатели ухудшались после проведения первого курса химиотерапии. Лечение было отсрочено у 30% больных после первого курса и у 40% больных после второго курса химиотерапии.

Заключение. Таким образом, в рамках данного исследования у 10 больных раком яичников было показано, что прием дикарбамина внутрь в суточной дозе 100 мг позволяет улучшать показатели кроветворения и проводить химиотерапию в запланированные сроки.

ИССЛЕДОВАНИЕ АНТИОКСИДАНТНОГО СТАТУСА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ ТЕРАФТАЛОМ

*Т.В. Давыдова, Э.Г. Горожанская, Г.Н. Зубрихина, Г.К. Герасимова
Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина РАМН*

Терафтал-лио + аскорбиновая кислота (натриевая соль окта-4,5-карбоксифталоцианина кобальта) - новый отечественный противоопухолевый препарат.

24 онкологическим больным с различной локализацией злокачественного процесса вводили терафтал (ТА) однократно, внутривенно в дозе 68 мг/м² и аскорбиновую кислоту в дозе 150 мг/м² до и после введения, а также через 1 и 2 недели в крови больных определяли показатели антиоксидантной защиты (СОД каталазу, глутатион, глутатион-S-трансферазу), а также уровень липидной пероксидации по содержанию вторичного продукта ПОЛ (МДА).

У всех обследованных больных исходный уровень исследуемых показателей находился в пределах нормальных величин, за исключением глутатиона, содержание которого у больных было в 1,3 раза выше, чем у здоровых людей.

После введения ТА содержание малонового диальдегида (МДА) уменьшалось на 15-20%. У больных с прогрессированием процесса (13) наблюдалось достоверное повышение активности СОД и каталазы, одновременно наблюдалось снижение содержания глутатиона и активности глутатион-S-трансферазы. В противоположность этому, у больных со стабилизацией процесса

(11) после введения ТА активность СОД и каталазы снижались, наблюдалось также незначительное повышение содержания глутатиона и активности глутатион-S-трансферазы. Изменения в показателях антиоксидантной системы отмечались и после 1 недели лечения. Однако ко второй неделе у больных с прогрессированием заболевания наблюдалось значительное повышение каталазы со снижением активности СОД и увеличение содержания МДА.

Следует указать, что изменения уровня исследуемых показателей, хотя и были достоверно значимыми, колебались в пределах нормальных значений.

Таким образом, при исследовании показателей антиоксидантного статуса при лечении онкологических больных системой "Терафтал-лио + аскорбиновая кислота" обнаружено заметно выраженное детоксикационное действие как у больных с последующим прогрессированием процесса, так и со стабилизацией.

По полученным данным можно отметить прогностическую значимость показателей активности каталазы, содержания глутатиона и уровня малонового диальдегида, особенно в первые сутки после введения препарата.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКА ЖЕЛУДКА В УФЕ

*К.Ф. Кондратьева, Г.Е. Ефимов, В.Н. Ручкин, А.С. Воробьев, Т.В. Кайданек,
В.Б. Шаманский, Р.Р. Муллабаева
Башгосмедуниверситет, г. Уфа
Республиканский онкологический диспансер, г. Уфа
МНПЦ "Онкология", г. Екатеринбург*

Изучены уровень и динамика заболеваемости раком желудка среди населения г. Уфы в 1973-2001 годы и в отдельные периоды наблюдения: 1973-1977 и 1998-2001 гг.

Среднегодовое (1973-2001) заболеваемость раком желудка за анализируемый период составила $34,6 \pm 0,3$ ‰, причем у мужчин данный показатель ($39,5 \pm 0,5$ ‰) был значительно выше, чем у женщин ($30,6 \pm 0,4$ ‰).

Динамика заболеваемости злокачественными новообразованиями желудка, как РБ и РФ характеризовалась благоприятной тенденцией с умеренными темпами среднегодового снижения, более выраженными у женщин (2,5%), чем у мужчин (1,3%).

В результате, в последние годы (1998-2001) доля рака желудка в структуре онкологической заболеваемости орга-

нов пищеварения (36,2%) уступала аналогичному значению исходного периода (58,6%) в 1,6 раза. Примерно во столько же раз снизился и частотный показатель (от 44,8±1,0 до 29,6±0,8%). Кратность снижения у мужского населения была равной 1,3 (от 47,9±1,6‰ до 36,7±1,3%), заболеваемость женщин за это время снизилась в 1,8 раза (от 947,9±1,6‰ до 23,4±1,0 ‰). Аналогичные различия в уровнях заболеваемости по полу в конечном периоде наблюдения были характерны и для Башкортостана в целом. При этом анализируемые показатели среди всего населения и женщин в отдельности в Уфе (29,6±0,8‰ и 23,4±1,0‰) превышали таковые в РБ (26,5±0,4‰ и 19,3±0,5‰, соответственно). У мужчин эти отличия на сравниваемых территориях оказались незначимыми.

Более низкие уровни заболеваемости раком желудка среди населения города Уфы и РБ в последние годы по сравнению с исходным периодом были обусловлены меньшей интенсивностью вовлечения в онкопатологический процесс возрастных групп 30 лет и старше как среди мужчин, так и среди женщин. Возрастные группы 30-39, 40-49, 50-59 лет по анализируемым показателям на сравниваемых территориях в конечный период наблюдения не отличались между собой, в то время как население 60-69 и старше 70 лет, характеризовалось значительно более высокими показателя-

ми в Уфе (114,7±3,5%; 185,2±7,9%), по сравнению с РБ (96,4±2,4%; 145±3,5%, соответственно). У мужчин и женщин в отдельности подобные различия наблюдались лишь в группе лиц 70 лет и старше.

Вышеуказанные изменения в динамике заболеваемости злокачественными новообразованиями желудка сопровождались значительными преобразованиями возрастной структуры больных. Среди заболевших мужчин в последние годы в Уфе существенно увеличилась доля лиц старше 60 лет (от 58,2 до 75%), а у женщин удельный вес лиц 70 лет и старше (от 39,8 до 52,1%). Эти же группы обусловили рост заболеваемости раком желудка и в целом по республике Башкортостан. В отличие от указанных групп доля лиц моложе 60 лет, как в Уфе, так и в РБ, напротив, заметно снизилась.

Приведенные данные указывают на благоприятную тенденцию в заболеваемости злокачественными новообразованиями желудка на исследуемых территориях, которая формируется, главным образом, лицами моложе 60 лет. Вместе с тем, проблема заболеваемости раком желудка среди старших возрастных групп остается актуальной, что требует совершенствования системы эпидемиологического надзора за данной патологией.

450075 г. Уфа, ул. Славы, 1 А-35, тел. 33-42-85
Кондратьева К. Ф.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОГО РАКА В УФЕ

*К. Ф. Кондратьева, Г. Е. Ефимов, Т. В. Кайданек, В. Н. Ручкин, А. С. Воробьев,
Р. Р. Муллабаева
Башгосмедуниверситет, г. Уфа
Республиканский онкологический диспансер, г. Уфа*

В период 1973-2001 гг. в Уфе и республике Башкортостан изучались эпидемиологические закономерности злокачественных новообразований печени, обозначенных в Международной классификации МКБ – 10 как гепатоцеллюлярный рак (C-155). В структуре онкологических заболеваний органов пищеварения в Уфе и РБ этот вид о патологии занимал 7,6%.

Анализ исследуемого материала показал, что средний многолетний показатель 9 регистрации рака печени среди населения Уфы составлял 4,9±0,1%. ГРЦ чаще поражает лица мужского пола, поэтому закономерным было превышение данного показателя у мужчин (5,4±0,2% против 4,5±0,2% у женщин, $p < 0,05$). Для рака печени в Уфе, как и в РБ, была характерна неблагоприятная тенденция с умеренным темпом среднегодового прироста трендовых показателей, равным 1,7%. В значительной степени такая направленность изменений в показателях заболеваемости ГЦР была обусловлена лицами мужского пола, среди которых темп прироста частотных показателей составил 2,4%. У женщин отмечалась стабильная динамика заболеваемости (темп прироста 0,9%).

Таким образом, уровень заболеваемости злокачественными новообразованиями печени в Уфе в 1998-2001 гг. по сравнению с исходным периодом наблюдения (1973-1977 гг.) возрос в 1,6 раз (6,2±0,4%), а среди мужского населения в отдельности в 1,8 раз (7,2±0,6%) ($p < 0,05$). Близкие значения аналогичных показателей отмечались и РБ (5,7±0,2% и 7,1±0,3% соответственно).

Наиболее высокая интенсивность вовлечения в заболеваемость ГЦР в Уфе и республике, наблюдалась у лиц 60 лет и старше, однако весомые показатели у мужчин отмечались уже в возрасте 50-59 лет.

Возрастная структура заболевших ГРЦ мужчин в Уфе от начального к конечному периоду наблюдения значительно изменилась в сторону снижения почти в 2 раза доли лиц моложе 60 лет. При этом удельный вес мужского населения старше обозначенного возраста от периода к периоду повышался. Особенно этот процесс был замечен в возрастной категории 70 лет и выше (от 26,5% до 38,8%). В отличие от мужчин, женское население в возрасте 60-69 лет характеризовалось снижением долевого показателя от 35,4% до 23% в течение наблюдаемого периода. В то же время заметно возросла доля лиц 70 лет и старше от 45,8 до 55,7%. Те же возрастно-половые группы формировали заболеваемость ГРЦ в последние годы в целом в РБ.

Неблагоприятная динамика заболеваемости раком печени, а также рост частоты хронических гепатитов В и С в Уфе и Башкортостане (Г. Е. Ефимов, 2000), с которыми по данным Международного агентства по изучению рака в 58-80% случаев связана изучаемая онкопатология (IARC, 2001), делают неблагоприятным прогноз относительно заболеваемости ГЦР в ближайшие годы и требуют дальнейшего изучения проявлений данного онкоэпидемиологического процесса.

450075 г. Уфа, ул. Славы, 1 А-35
Тел. (3472) 33-42-85