In the article the outcomes of the analysis of a personnel potential of the institutions of the public health on the territorias of Irkutsk region with a low density of population with usage of the social-economic division into districts are presented.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Башалханова Л.Б., Безруков Л.А., Ващук Л.Н. и др.* Природно-ресурсный потенциал Иркутской области. – Иркутск: Изд-во СО РАН, 1998. – 236 с.
2. *Беляков Н.А., Кром Л.И.* О тенденциях в организации последипломной подготовки кадров здравоохранения // Здравоохранение РФ. – 2004. – № 2. – С.49-51.
3. *Винокуров М.А.* Иркутская область: Освоение территории, экономико-географическая характеристика, население, гидроэнергетические и топливно-энергетические ресурсы, электроэнергетика. – Иркутск: Изд-во ИГЭА, 1998. – 127 с.
4. *Вишняков Н.И., Дедков Е.Д., Федорова Н.М.* Результаты анкетирования студентов медицинского вуза по вопросам последипломного образования и последующего трудоустройства // Здравоохранение Российской Федерации. – 2003. – № 4. – С.36-37.
5. *Заридзе Д.Г., Мень Т.Х.* Приоритетные направления противораковой борьбы в России // Российский онкологический журнал. – 2001. – № 5. – С.5-14.
6. *Калининская А.А., Гуданова Е.М., Матвеев Э.Н. и др.* Организация выездной медицинской помощи сельскому населению // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2002. – № 4. – С.29-32.
7. *Кучеренко В.З., Манерова О.А., Татарников М.А.* Основные направления развития и оценки кадрового потенциала // Проблемы управления здравоохранением. – 2005. – № 5. – С.20-23.
8. *Лежнин В.Л., Ползик Е.В.* Пути совершенствования первичной профилактики онкологических заболеваний // Российский онкологический журнал. – 2003. – № 4. – С.39-41.
9. *Медведкова Э.А.* Социально-экономическое районирование Приангарья. – Новосибирск: Наука, 1985. – 151 с.
10. *Мисевич К.Н., Рященко С.В.* Географическая среда и условия жизни населения Сибири / Под ред. В.В. Воробьева. – Новосибирск, 1988. – 118 с.
11. Профилактика, ранняя диагностика и лечение злокачественных новообразований: курс лекций в рамках программы «О мерах по развитию онколог. помощи населению РФ» / Под ред. Ю.В. Шишкина. – М.: Изд. группа ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, 2005. – 426 с.
12. *Смолкин Е.Б.* Рациональная система подготовки и трудоустройства врачебных кадров // Бюллетень национального НИИ общественного здоровья. – 2006. – Вып. 3. – С.120-121.
13. *Старинский В.В., Ковалев Б.Н., Петрова Г.В.* Состояние и стратегические направления онкологической службы России // Актуальные вопросы онкологии: Сб. ст. – Иркутск, 2002. – С.3-11.
14. *Чиссов В.И., Старинский В.В., Ковалев Б.Н. и др.* Организационные аспекты раннего выявления злокачественных новообразований // Российский онкологический журнал. – 2002. – № 2. – С.42-44.
15. *Чупахин Н.Н.* О проблемах закрепления выпускников медицинских вузов и колледжей в учреждениях здравоохранения // Здравоохранение. – 2006. – № 2. – С.143-152.

© ЗУБКОВ Р.А., РАСУЛОВ Р.И. – 2008

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ НЕОРГАННЫХ ЗАБРЮШИННЫХ ОПУХОЛЕЙ В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

Р.А. Зубков, Р.И. Расулов

(Иркутский областной онкологический диспансер, гл. врач – д.м.н., В.В. Дворниченко)

Резюме. *Изучена структура неорганных забрюшинных опухолей, заболеваемость, спектр гистологических типов.*
Ключевые слова: *неорганные забрюшинные опухоли, заболеваемость, гистологические типы, бессимптомное течение.*

Первое описание забрюшинной опухоли в 1507 году выполнил Beniwieni, который обнаружил ее на аутопсии (Wirbatz, 1963). Определение «забрюшинная саркома» предложил в 1829 году Lobstein, считавший, что эти опухоли исходят из позвонков. В отечественной литературе первое сообщение о неорганных забрюшинных опухолях (НЗО) было сделано Н.Н. Филипповым и М.М. Кузнецовым в 1890 году [2].

Частота встречаемости НЗО по данным литературы разных лет значительно варьирует, при этом прослеживается прямопропорциональная временная связь между развитием диагностических методов и частотой распространения НЗО. Так, по данным И.Т. Шевченко (1974) частота возникновения НЗО составляет 0,02-0,4% [6], в публикации P.G. Calo et al. (1994) этот показатель варьирует от 0,03% до 0,6% [5]. По данным других авторов частота распространения НЗО значительно выше, и достигает 1% от всех злокачественных новообразований [7]. Такое увеличение выявляемости НЗО связано, очевидно, с широким внедрением новейших методов инструментальной диагностики. Так по данным А.М. Дусмуратова и Х.С. Сайфиева (1990) при диспансерном обследовании 6308 человек с помощью ультрасонографии новообразования забрюшинного пространства были выявлены в 1,3% наблюдений, однако авторы не указали, какая их часть относится к неорганным опухолям.

Забрюшинные опухоли неорганного происхождения встречаются в любом возрасте, но преимущественно в интервале от 40 до 60 лет. По данным отечественной литературы у женщин они возникают примерно в 1,5-2 раза чаще, чем у мужчин [1,2,3,6]. В то же время, по данным I. Alldinger et al. (2004) среди 117 пациентов с НЗО, мужчин было 50,4%, а женщин 49,6%. Такое же соотношение наблюдается и в некоторых других зарубежных публикациях [9].

Обращает внимание противоречивость данных о гистологических типах НЗО. В совместной публикации медицинских университетов городов Торонто и Хьюстона показано, что на 94 наблюдения в 40% верифицирована липосаркома, в 26% – лейомиосаркома, в 15% – плеоморфная саркома. Таким образом, имеется явное преобладание опухолей из жировой ткани [12].

По данным D. Erzen (2006) лейомисаркома составила 37%, липосаркома – 28%, злокачественные опухоли периферических нервных стволов (Malignant peripheral nerve sheath tumors - MPNST) – 12% [8]. По данным отечественной литературы большую часть НЗО составляют опухоли из жировой ткани (41%).

Специфической чертой НЗО является длительное отсутствие клинических проявлений, симптоматика возникает, как правило, при вовлечении в опухолевый процесс или сдавлении соседнего органа с изменением функции последнего. Вследствие этого, всех пациентов с НЗО можно разделить на две группы: больные, имеющие клинические проявления к моменту постановки диагноза, и больные, не имеющие симптомов заболевания. При этом выявление опухоли в последней группе является случайной находкой. По литературным данным середины 90-х годов прошлого века частота пациентов с бессимптомным течением НЗО на момент постановки диагноза составляла 12-15% [1]. В начале XXI века этот показатель достиг 34-40%, что, конечно же, связано с широким внедрением ультрасонографи-

ческого метода исследования [4].

Вопросы частоты встречаемости, половозрастная характеристика, спектр гистологических типов и длительность анамнеза для НЗО ранее на территории Восточной Сибири не изучались. Вероятнее всего причиной этого является малая частота встречаемости, поскольку даже в крупном лечебном учреждении трудно накопить достаточное для статистической обработки количество наблюдений. И только сводная статистика в течение многих лет позволяет набрать репрезентативную выборку пациентов.

Материалы и методы

Работа выполнена на базе Иркутского областного онкологического диспансера. Проведен ретроспективный анализ медицинской документации пациентов с неорганными забрюшинными опухолями, выявленными на территории области за период 1993-2006 гг.

Критерии включения: возраст пациентов 15 и более лет, наличие в забрюшинном пространстве первичной неорганной опухоли.

Критерии исключения: возраст пациентов менее 15 лет; лимфопролиферативные заболевания с поражением забрюшинного пространства; паразитарные заболевания и метастатическое поражение забрюшинного пространства; органные опухоли забрюшинного пространства.

Результаты и обсуждение

За период 1993-2006 гг. всего выявлен 171 пациент с НЗО. В качестве основных показателей онкологического процесса были выбраны заболеваемость и смертность. Они были рассчитаны с учетом меняющейся численности населения Иркутской области.

В 1993 году показатель заболеваемости НЗО составил 0,47 на 100 тысяч населения, смертности – 0,11 на 100 тысяч населения. Заболеваемость в 2006 году составила 1,46 на 100 тысяч населения, а смертность – 0,55 на 100 тысяч населения. Таким образом, относительный прирост заболеваемости составил около 300%, смертности – около 500%. Динамика изменения количества впервые выявленных случаев НЗО в абсолютных цифрах по годам представлена на графике 1.

Ретроспективный анализ показал, что заболеваемость, имеющая незначительные отклонения на протяжении 8 лет, резко увеличилась в 2002 году без каких либо последующих тенденций к снижению или нарастанию. Такое скачкообразное увеличение заболеваемости можно объяснить, с одной стороны, улучшением диагностики за счет широкого распространения аппаратов УЗИ и КТ, а с другой стороны с улучшением работы ракового регистра, что, по-видимому, и объясняет резкий рост показателя практически в два раза. Стоит отметить также разницу в росте показателей заболеваемости и смертности. Если первый показатель за период в 14 лет увеличился в 3 раза, то второй – в 5 раз. Такое несоответствие прироста заболеваемости и смертности, вероятно, также связано с улучшением работы ракового регистра. Предположительно, в показатель смертности 2006 года попали пациенты, заболевшие, в середине и конце 90-х годов XX века, и не учтенные в показателях заболеваемости по своим годам, соответственно автоматически «сместившиеся» как впервые заболевшие в годы смерти.

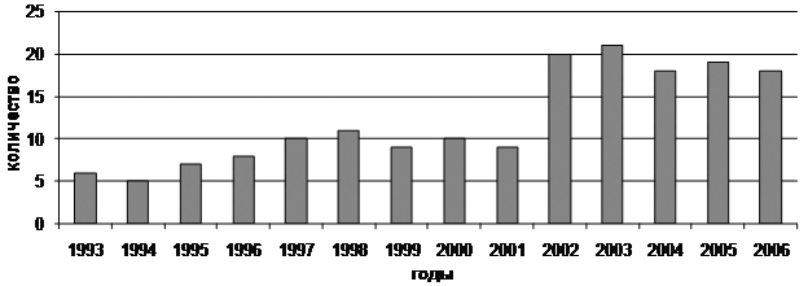

Рис. 1. Частота впервые выявленных неорганных забрюшинных опухолей за период 1993-2006 гг.

Таблица 1

Возрастная характеристика неорганных забрюшинных опухолей

Возраст	Количество
15-19	8 (4,7%)
20-29	8 (4,7%)
30-39	20 (11,6%)
40-49	39 (22,8%)
50-59	50 (29,3%)
60-69	33 (19,3%)
Старше 70	13 (7,6%)

Частота встречаемости НЗО в разных возрастных категориях приведена в таблице 1; мужчин было 36,8%, женщин 63,2% наблюдений; городское население составило 78,4%, сельское 21,6% наблюдений.

Таблица 2

Морфологическая характеристика злокачественных НЗО

Морфологическая группа	Гистологический тип	Количество
Опухоли мезенхимы	Липосаркома	30 (21,3%)
	Лейомиосаркома	27 (19,2%)
	Плеоморфная саркома	12 (8,5%)
	Фибросаркома	9 (6,5%)
	Гемангиоперицитома	8 (5,7%)
	Ангиосаркома	4 (2,8%)
	Рабдомиосаркома	4 (2,8%)
	Синовиальная саркома	3 (2,1%)
	Мезенхимома	2 (1,4%)
	Гемангиоэндотелиома	1 (0,7%)
Нейрогенные опухоли	MPNST	20 (14,2%)
	Нейробластома	2 (1,4%)
Герминогенные опухоли	Тератома	7 (5%)
Опухоли эндокринной системы	Злокачественная параганглиома	6 (4,2%)
Опухоли неопределенной дифференцировки		6 (4,2%)

Таким образом, в группе пациентов с НЗО преобладают женщины, большая часть пациентов трудоспособного возраста.

Патологоанатомическое исследование препаратов позволило установить в 141 (82,5%) наблюдении злокачественный характер опухоли, в 30 (17,5%) наблюдениях доброкачественный характер опухоли, что, в целом соответствует обобщенным литературным данным [1,2,3,6,10,11]. Морфологическая характеристика злокачественных новообразований забрюшинного пространства весьма разнообразна и представлена в таблице 2.

Преобладали опухоли мезенхимы – липосаркома и лейомиосаркома в соотношении 1:1 (табл. 2).

Третье место занимают опухоли из периферических нервных стволов (MPNST). Такое распределение связано с особенностями гистологической классификации и ее изменениями в третьей редакции классификации ВОЗ мягкотканых опухолей (2000 год).

Ранее группа злокачественных опухолей из периферических нервных стволов (MPNST) была представлена большим количеством терминов нередко являющимися синонимами. Например, шваннома – неврилеммома – нейролеммома, многие, из которых переходили из одной гистологической классификации в другую. Отметим, что такая разнородная терминология значительно затрудняла работу по систематизации и унификации тактических подходов к диагностике и лечению НЗО.

Анализ данных о наличии симптоматики к моменту постановки диагноза проводили отдельно для пациентов с доброкачественными и злокачественными НЗО. Установлено, что в группе больных с доброкачественными НЗО, бессимптомное течение заболевания наблюдалось у 10 из 30 человек, что составило 33,3%. В группе больных со злокачественными НЗО бессимптомное течение заболевания наблюдалось у 50 из 141 пациентов, что составило 35,5%. При анализе таблиц сопряженности при помощи критерия с – квадрат выявлено, что вероятность ошибочного отклонения нулевой гипотезы составляет более 90%, т.е. $p>0,9$. Следовательно, значимых различий по количеству пациентов с бессимптомным течением в группе доброкачественных и группе злокачественных НЗО нет.

Среди пациентов, имевших симптомы заболевания к моменту постановки диагноза, некоторый интерес представляет длительность анамнеза. Выявлено, что этот показатель для доброкачественных опухолей в среднем составил 18,56±16,9 месяцев, а для злокачественных опухолей – 7,7±7,1 месяца. При анализе полученных данных при помощи Т критерия Манна-Уитни выявлено, что вероятность ошибочного отклонения нулевой гипотезы составляет около 16% ($p=0,16$), следовательно значимых различий в длительности анамнеза между пациентами с доброкачественными и злокачественными НЗО нет.

В группе пациентов с бессимптомным течением единственным значимым методом диагностики являлось ультрасонографическое исследование, которое проводили по поводу сочетанной патологии.

Таким образом, на протяжении последних 14 лет выявлено значительное увеличение заболеваемости НЗО. Рост показателя связан, с улучшением выявляемости, совершенствованием системы ракового регистра, диагностики. НЗО чаще встречаются у женщин, большая часть из которых трудоспособного возраста. В структуре НЗО преобладают злокачественные опухоли. Гистологическая характеристика их разнообразна и представлена опухолями разных морфологических групп. Наиболее частыми гистологическими типами явились лейомиосаркома, липосаркома и MPNST. Приблизительно 30% больных с НЗО, независимо от характера злокачественности процесса, имели бессимптомное течение болезни. Нет значимых различий по длительности анамнеза между доброкачественными и злокачественными НЗО.

THE EPIDEMIOLOGY OF NON-ORGANIC RETROPERITONEAL TUMOURS IN IRKUTSK AREA

R.A. Zubkov, R.I. Rasulov
(Irkutsk Regional Oncological Clinic)

The structure of non-organic retroperitoneal tumours, desease, a spectrum of histologic types is investigated.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Альмяшев А.З.* Комплексная диагностика и лечение первичных неорганных забрюшинных опухолей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Саранск, 1997. – 22 с.
2. *Бачиашвили А.К.* Комплексная диагностика, лечение и прогноз неорганных опухолей забрюшинного пространства: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1989. – 42 с.
3. *Савич В.Л.* Неорганные забрюшинные опухоли: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Л., 1989. – 22 с.
4. *Степанова Ю.А.* Диагностика неорганных забрюшинных образований по данным комплексного ультразвукового исследования: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2002. – 29 с.
5. *Цвиркун В.В.* Неорганные забрюшинные образования: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2000. – 42 с.
6. *Цуркан А.М.* Первичные и рецидивные неорганные опухоли забрюшинного пространства. – Кишинев: Штиница, 1992. – 148 с.
7. *Dalton R.R., Donohue J.H., Mucha P., et al.* Management of retroperitoneal sarcomas // Surgery. – 1989. – Vol. 106, № 4. – P.725-733.
8. *Erzen D., Sencar M., Novac J.* Retroperitoneal Sarcoma: 25 Years of Experience With Aggressive Surgical Treatment at the Institute of Oncology, Ljubljana // J. Surg. Oncol. – 2005. – Vol. 91. – P.2-9.
9. *Gockel I., Oberholzer K., Gonner U., Mantai S.* Retroperitoneal sarcomas: diagnostic and therapy // Zentralbl Chir. – 2006. – Vol. 131. – P.223-229.
10. *Jacques-Olivier B., Coquard I., Leyvraz S., Cherix S.* Docetaxel and gemcitabine combination in 133 advanced soft-tissue sarcomas // Int. J. Cancer. – 2006. – Vol. 119. – P.706-711.
11. *Matthias H.M. Schwarzbach, Hormann Y., Hinz U.* Clinical Results of Surgery for Retroperitoneal Sarcoma With Major Blood Vessel Involvment // J. Vasc Surgery. – 2006. – Vol. 44. – P.46-55.
12. *Pawlik Timothy M., Pisters Peter W.T.* Long-Term Results of Two Prospective Trials of Preoperative External Beam Radiotherapy for Localized Intermediate- or High-Grade Retroperitoneal Soft Tissue Sarcoma // Annals of Surgical Oncology. – 2006. – Vol. 13. – P.508-517.
13. *Weissferdt A., Neuling K., English M., et al.* Peripheral primitive neuroectodermal tumor with postchemotherapy neuroblastoma-like differentiation // Pediatr Dev Pathol. – 2006. – Vol. 9. – P.229-233.