

Проведенный анализ данных мониторинга ВПР у детей в Ростовской области позволил определить общую частоту врожденных пороков, базовые частоты пороков строгого учета, структуру пороков, в том числе летальных форм. Полученные данные показали, что независимо от возраста гибели детей показатели ранней детской смертности на 25 % прямо или косвенно обусловлены наличием врожденных пороков развития у детей. Следовательно, одним из реальных путей снижения младенческой смертности и детской инвалидности является профилактика врожденных пороков развития. При своевременном выявлении летальных форм пороков младенческую смертность в Ростовской области можно реально снизить в среднем на 25 %.

Литература

1. Бочков Н.П., Лазюк Г.И. // Вестн. АМН СССР. 1991. № 5. С. 11–13.
2. Бочков Н.П. и др. // Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. 1996. Т. 41. № 2. С. 20–25.
3. Кулеилов Н.П., Мутовин Г.Р. // Альманах «Исцеление». Вып. 4. М., 2000. С. 88–91.
4. Czeizel A.E. // European J. of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology 78. 1998. P. 151–161.
5. Жученко Л.А., Краснополский В.П. Профилактика врожденных пороков развития у плода и новорожденного: Пособие для врачей. М., 2001.
6. Пузырев В.П., Назаренко Л.П. Генетическая эпидемиология наследственных болезней и врожденных пороков развития в Западной Сибири. Томск, 2000.
7. Демикова Н.С., Козлова С.И. // Вестн. РАМН. 1999. № 11. С. 29–32.
8. Козлова С.И., Демикова Н.С., Прытков Н.Н. Мониторинг ВПР: Учеб. пособие для врачей. М., 2000.
9. Лакин Г.Ф. Биометрия: Учеб. пособие для биол. спец. вузов: 4-е изд., перераб. и доп. М., 1990.
10. Смертность населения РФ: Статистические материалы. 2002.

*Ростовский научно-исследовательский институт
акушерства и педиатрии Росздрава*

30 ноября 2005 г.

УДК 614.2:616-08-059:611.69

О СОСТОЯНИИ И ПУТЯХ УЛУЧШЕНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РЕСПУБЛИКЕ ИНГУШЕТИЯ (РИ)

© 2006 г. *З.М. Гатагажева*

One of the methods of informational investigation of the mamma canser is based on 3 factors, they are selfispection of mammary glands, constant healthcontrol and work of the consulting and diagnostic reception so called «opened».

Лечение рака молочной железы было и остается актуальной проблемой в клинической онкологии. Полученные результаты лечения вселяют уве-

ренность в том, что в недалеком будущем удастся существенно повысить выживаемость и снизить смертность от этого заболевания.

В плане рациональной организации специализированной онкологической помощи населению Республики Ингушетия несомненный интерес представляет анализ показателей, характеризующих изменение заболеваемости и смертности от рака молочной железы (РМЖ). Конкретное представление о характере заболеваемости РМЖ дают два показателя – число заболевших и уровень заболеваемости этой формой рака из расчета на 100 тыс. населения [1].

Согласно данным В.В. Старинского, В.И. Чиссова [2], заболеваемость РМЖ в стране неуклонно возрастает: в 2001 г. показатель заболеваемости на 100 тыс. населения составлял 59,15 (зарегистрировано 45257 случая), в 2003 г. – 60,32 (46288 случаев рака молочной железы).

В последние годы прослеживается тенденция к дальнейшему росту заболеваемости и смертности рака молочной железы в большинстве регионов нашей страны [3, 4], в том числе и в Республике Ингушетия.

Рак молочной железы до сих пор характеризуется достаточно высоким показателем смертности (табл. 1).

Таблица 1

**Сравнительная характеристика смертности
от злокачественных опухолей репродуктивной системы
женского населения Республики Ингушетия (2001–2003 гг.)**

Локализация рака	Год		
	2001	2002	2003
Молочная железа	13	14	20
Шейка матки	8	11	7
Тело матки	0	1	7
Яичники	4	1	1

Как видно из табл. 1, наблюдается неуклонный рост показателя смертности от РМЖ, вышедшего на 1-е место в структуре смертности от других злокачественных новообразований. Удручающим является то обстоятельство, что смертность от РМЖ увеличивается на фоне более широкого и адекватного применения комбинированных и комплексных схем лечения, улучшения материальной базы лучевой службы и т.п. По-видимому, онкологической сетью учреждений Республики Ингушетия используются далеко не полностью резервы не только лечения, но и своевременной диагностики, в частности, ранних стадий рака молочной железы.

Результаты лечения ранних форм РМЖ существенным образом отличаются от таковых при III стадии, поэтому комплекс мер по своевременному выявлению больных в I и II стадиях заболевания должен быть в центре внимания организаторов здравоохранения.

Современное состояние диагностики рака молочной железы таково, что на его долю приходится довольно большая группа больных (табл. 2).

Таблица 2

Контингент больных злокачественным новообразованием молочной железы, состоявших на учете в онкологических учреждениях Республики Ингушетия (2001–2004 гг.)

Год	Стадия рака		
	I–II	III	IV
2001	52,5	20,3	27,1
2002	63,5	28,8	7,7
2003	50,0	20,6	29,4
2004	19,1	57,4	23,4

Нами изучена выявляемость больных РМЖ по стадиям заболевания среди городских и сельских жителей Республики Ингушетия.

Жители городов заболевают РМЖ чаще, что подтверждается данными Н.П. Напалкова (1988), свидетельствующими, что в 1981 г. больных-горожан выявлено 31663, жителей сельской местности – 9986 (показатель заболеваемости, соответственно, 18,6 и 10,2 на 100 тыс. населения).

На наш взгляд, принципиальное значение приобретает широкое разветвление самообследования женщинами молочных желез, эффективность чего показана Ростовским научно-исследовательским онкологическим институтом. Более того, этот метод в настоящее время включен в форму популяционного скрининга РМЖ на основе трех «модифицирующих» факторов: самообследования желез, самоконтроля здоровья, работы консультативно-диагностического «открытого приема».

В рамках этой работы женское население ряда территорий области, предприятий и учреждений обучается технике самообследования при просмотре учебных фильмов, с ними проводятся специальные групповые занятия, лекции и индивидуальные беседы. Планомерная работа по своевременному выявлению рака молочной железы позволила, по предварительным данным, установить значимое увеличение (на 13 %) выявляемости I и II стадий РМЖ без поражения подкрыльцовых лимфатических узлов.

Важнейшими методами выявления «малых» раков являются маммография с пункционной биопсией, которые могут в настоящее время применяться шире в связи с приобретением медицинскими учреждениями современных маммографов и дальнейшим упорядочением работы цитологических лабораторий.

К узловым вопросам улучшения результатов лечения больных РМЖ относится своевременное специальное, в первую очередь, радикальное лечение.

Немаловажным является вопрос базы, где осуществляется специальное лечение больных РМЖ, так как качество терапии или операции все чаще в

огромной степени зависит от «человеческого фактора» – рук хирурга, адекватности оценки статуса больной, выбранных схем комбинированного или комплексного лечения. К сожалению, кроме хирургического и частично лекарственного лечения, в условиях Республики Ингушетия получить в полном объеме комбинированное лечение нет возможности.

По данным других онкоучреждений, в настоящее время наметился новый подход в комплексном лечении рака IV стадии, особенно инфильтративных и смешанных форм. Речь идет о внутриопухолевой полихимиотерапии, в результате которой достигается частичная регрессия опухоли и представляется возможность оперативного удаления молочной железы. Полученные предварительные результаты обнадеживающие, дальнейшая работа в этом направлении может существенно улучшить качество лечения и отдаленные результаты при раке молочной железы III стадии, когда традиционные подходы в виде системной полихимиотерапии, облучения дают нестойкий клинический эффект, являясь по своей сути паллиативным методом терапии.

Другим эффективным предоперационным специальным воздействием служит эндолимфатическая полихимиотерапия, которая приводит к регрессии первичного опухолевого очага и метастазов при малой выраженности общих побочных реакций.

Резюмируя представленный нами материал, считаем необходимым подчеркнуть важнейшие узловые моменты:

1. В Республике Ингушетия продолжается рост заболеваемости раком молочной железы, причем преимущественно среди городского населения.

2. Высокий удельный вес больных, выявленных в III и IV стадиях заболевания, является основной причиной малоутешительных отдаленных результатов. Необходим качественно новый подход в организации своевременной диагностики РМЖ с использованием популяционного скрининга, широкого использования маммографии и цитологического исследования, прогрессивных форм профосмотров, в том числе «открытых приемов».

3. Необходимо рекомендовать эффективные методы предоперационной подготовки больных РМЖ (эндолимфатическая полихимиотерапия).

Литература

1. *Могушков А.М.* Разработка современных организационных форм онкологической помощи населению и противораковой борьбы в условиях вновь развивающейся онкологической службы: Дис. ... д-ра мед. наук. Ростов н/Д, 2004.
2. *Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В.* Злокачественные новообразования в России в 2003 г. М., 2005.
3. *Бохман Я.В.* Руководство по онкогинекологии. М., 1989.
4. *Харитонов Т.В.* Опухоли женских половых органов: Справочник по онкологии. М., 1996. С. 367–389.