

ментов, а также рекультивацию земель, для обеззараживания от токсических элементов. Разработка популяционных мер направленных на уменьшение воздействия на природную среду антропогенных факторов, усиливающих экологическую напряженность в регионе, будет способствовать снижению заболеваемости населения злокачественными новообразованиями.

ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО РАКУ КОЖИ В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Т.А. Пономаренко

Амурская ГМА, г. Благовещенск

Злокачественная патология кожи становится все более актуальной проблемой клинической и профилактической медицины в связи с реально существующим ростом регистрируемой заболеваемости. Лидирующие позиции в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями населения России (без учета половых и возрастных признаков) занимают органы дыхания (14,1%); молочная железа (10,8%); кожа (10,7%). В структуре общей онкологической заболеваемости населения Амурской области в 2011 году ЗНО кожи заняли также третье ранговое место, составив 12,1%. Кожа – самый большой по площади орган нашего тела. Он состоит из эпидермиса, дермы и гиподермы. Именно кожа, составляющая наружный покров тела человека, сталкивается с наибольшим количеством канцерогенных воздействий, способствующих возникновению рака этого органа. К ним следует отнести продолжительное и интенсивное воздействие на кожу солнечного излучения; местное воздействие различных групп химических соединений, обладающих канцерогенным действием; ионизирующее излучение; механические и термические травмы; различные эндокринные и генетические факторы. Для определения структуры заболеваемости раком кожи (С44 – по Международной Классификации Болезней) были проанализированы контрольные карты больных этим видом онкопатологии за 10 лет по Амурской области. За период с 2001 год по 2011 год заболеваемость раком кожи характеризовалась ежегодным приростом, увеличившись в полтора раза за этот период времени. Рост данной патологии обусловлен не только старением населения, ухудшением экологической обстановки, но и улучшением диагностики злокаче-

ственных новообразований, а также большей осведомленностью населения благодаря активной агитационной работе. Данная патология поражает преимущественно женское население (61,7%) и примерно в два раза превышает заболеваемость мужского контингента (38,3%), что соответствует общероссийским показателям. Причем наиболее подвержена возникновению рака кожи возрастная группа от 61 до 70 лет включительно. При старении снижается иммунная реактивность организма, что в сочетании с отрицательными воздействиями внешней среды (ультрафиолетовое облучение, рентгеновская радиация и др.) является неблагоприятным фоном, на котором могут возникать предраковые изменения и злокачественные новообразования кожи. Средний возраст больных злокачественными новообразованиями кожи составляет при базалиоме – 64 года, при плоскоклеточном раке – 69 лет. Согласно данным ряда авторов, базальноклеточный рак относится к наиболее частым опухолевым заболеваниям кожи. В Амурской области также среди всех эпителиальных ЗНО кожи на долю базальноклеточного рака приходится 72,3%, а плоскоклеточного 19,6%. Наиболее часто злокачественные новообразования кожи встречаются в области лица (58%). Дисэмбриогенетическая теория объясняет это тем, что опухоль чаще всего располагается в области эмбриональных лицевых щелей смыкания. На туловище опухоль возникает в 16% случаев, с такой же частотой (16%) рак кожи поражает конечности. При рассмотрении процентного соотношения больных в зависимости от стадии заболевания можно выявить определенную зависимость. Так как злокачественные новообразования кожи относятся к визуальным локализациям то их диагностика сравнительно высока при первой стадии заболевания (60,9%). Злокачественные новообразования кожи в Амурской области в 27,3% диагностируются на профосмотрах, что выше общероссийского показателя, который составляет 19,0%. Примерно около 50% ЗНО кожи были выявлены при самообследовании. Удельный вес больных злокачественными новообразованиями с первично множественным эпителиальным поражением кожи I стадии составил 88,8%, II стадии – 11,2%, случаев запущенного опухолевого процесса не наблюдалось. Женщины болели первично-множественным раком кожи (60,8%) в 1,5 раза чаще, чем мужчины (39,2%). Среди населения Амурской области максимальные цифры «грубого» показателя заболеваемости первично

множественным раком кожи были зарегистрированы в городе Благовещенске (41,2%), городах Белогорске (8,8%) и Свободном (8,1%). В настоящее время большинство авторов считает наиболее достоверным и приемлемым интервалом выявления метастатических опухолей в сроки более 6 месяцев. В данном исследовании метастатическое развитие очагов встречалось в 77% случаев. Доля синхронно развившихся новообразований от общего числа первично множественных опухолей составила 20,3%. Синхронно-метастатический и мета-синхронный процесс зарегистрирован в 1,35% наблюдений. Выявленные особенности эпидемиологии, темп роста заболеваемости раком кожи по Амурской области требуют комплекса мероприятий, направленных на оптимизацию методов ранней диагностики, повышение онкологической настороженности врачей любых специализаций, совершенствование взаимодействия кожно - венерологической и онкологической служб.

ВОПРОСЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ АМПУТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

И.И. Сахнюк

Реабилитационный центр, г. Бердск, Россия

Ампутация является одним из самых распространенных физических увечий. Исследования, проведенные в ряде стран мира, свидетельствуют, что в США на 1000 человек приходится 1,53 случая ампутаций, а в Великобритании – 1,58 случая (Kay H.W., 1975; Wilson A.B., 1999). Риск ампутации повышается с возрастом (Pohjolanen T., 1999).

В РСФСР по данным Министерства социального развития в начале 90-х годов XX века на учете состояло около 1,5 миллионов больных с различными ампутациями конечностей и ежегодно проводилось более 90 тысяч новых операций (Каменченко П.В., 1992). Количество производимых ампутаций в стране ежегодно точно неизвестно, однако публикуемые данные по отдельным регионам свидетельствуют о повышении их числа (Пузин С.Н., 2002; Скибинский Э.В. и др., 2004; Васильченко Е.М., 2006). Так, только в Курской области в период с 2000 по 2004 год рост числа ампутаций составил 152% (Алехин Р.Ю., 2006).

В настоящее время в России действуют более 70 протезно-ортопедических предприятий, в которых на учете состоит около 1 миллиона

пациентов, нуждающихся в протезно - ортопедической помощи, из них инвалидами являются 80,7%. В протезировании культей нижних конечностей нуждаются 84,8% человек из состоящих на учете (Пузин С.Н., 2002; Шахмагомедов А.А. и др., 2006). Прирост количества граждан, нуждающихся в протезно - ортопедической помощи, в среднем за год составляет 6,3% (Курдыбайло С.Ф. и соавт., 2004).

Причины ампутаций различны, но согласно данным литературы, в настоящее время среди них доминируют облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей, на долю которых приходится до 90% общего числа ампутаций. На втором месте по частоте стоят больные сахарным диабетом (Кошкин В.М., 1998; Бизд Дж., 1998; Абышов Н.С., 2005; Шахмагомедов А.А., 2006 и др.).

Ампутации по поводу опухолей в общей структуре составляют небольшой процент. Точные цифры в доступной литературе не приводятся, но по данным различных авторов могут составлять от 3 (Кочнев В.Л., 2006) до 5-8,5% (Баумгартнер Р., 2002; Пятко В.Э., 2007; Засульский Ф.Ю., 2010). В большинстве публикаций чаще приводятся абсолютные цифры наблюдений, рассматриваются вопросы поражения нижних конечностей отдельными опухолями и др. (Демичев Н.П., 2008; Засульский Ф.Ю., 2010 и др.).

Ситуация по учету проводимых ампутаций вследствие опухолей может значительно разниться в отдельных странах в зависимости от принятых подходов к лечению. Онкология превратилась в узкоспециализированную область медицины. При злокачественных опухолях конечностей всего несколько десятилетий назад ампутацию рассматривали, как практически единственно возможный способ спасти жизнь больному, и то только с достаточно плохим прогнозом. Так среди пациентов, которым была произведена ампутация по поводу хондросаркомы в возрасте 10-20 лет, пятилетняя выживаемость составляла всего 20%. В настоящее время, под влиянием значительных успехов химиотерапии доля ампутаций уменьшилась, при одновременном росте числа органосохраняющих операций (Махсон А.Н., 2001; Баумгартнер Р., 2002; Засульский Ф.Ю., 2001).

Обобщая данные литературы можно отметить, что среди опухолей, приведших к ампутации, ведущее место занимают новообразования костей (Тарасов А.Н., 2008; Павленко Н.Н. и др., 2010; Adler C., 1993 и др.). В их структуре доминирует остеосаркома (Давыдов М.И.,