

(табл. 1). Наиболее высокий риск рецидива следует ожидать в возрастной группе 45 лет и старше, при опухолях размером более 4 см в диаметре с инвазивным и экспансивным характером роста, а так же у больных после органосохраняющих операций. В данной работе статистически значимого влияния пола, гистологического строения первичного очага, мультифокального характера роста опухоли, методики выполнения оперативного вмешательства на рецидив у больных дифференцированным РЩЖ не установлено.

На показатель летальности влияют возраст, размер первичного очага и экспансивный характер роста опухоли (табл. 2). Показатель летальности выше у больных старше 55 лет, с размером первичного очага более 4 см в диаметре и экспансивным характером роста опухоли. Высокая частота рецидивов после органосохраняющих операций (20%) по сравнению с группой больных, которым было выполнено полное удаление щитовидной железы (4,2%), обуславливает выбор тиреоидэктомии как адекватного объема операции у больных дифференцированным РЩЖ. При этом, принимая во внимание тот факт, что частота метастатического поражения регионарных лимфатических узлов VI уровня шеи среди превентивных операций на лимфатических узлах составила 28,6%, следует отметить необходимость наряду с удалением всей ЩЖ полного удаления клетчатки с лимфатическими узлами VI уровня шеи.

Таблица 2

Влияние различных прогностических факторов на показатель летальности у больных дифференцированным РЩЖ

Факторы	Влияет на показатель летальности	Не влияет на показатель летальности	Статистическая значимость результатов
Пол	-	+	ОШ=2,2 (95% ДИ 0,119,6; p=0,409, ТКФ)
Возраст	+	-	p=0,026, ТКФ
Гистологическое строение опухоли	-	+	Хи-квадрат, P=0,766
Размер первичного очага опухоли	+	-	p<0,001, Хи-квадрат
Инвазивный характер роста опухоли	-	+	p=0,363, ТКФ
Экспансивный характер роста опухоли	+	-	p=0,001, ТКФ
Мультифокальный характер роста опухоли	-	+	p=0,144, ТКФ
Методика операции	-	+	p=0,555

Вывод. На прогноз при дифференцированном раке щитовидной железы статистически значимо влияют возраст, размер первичной опухоли, характер роста опухоли, объем операции. Наиболее высокий риск рецидива следует ожидать в возрастной группе 45 лет и старше, при опухолях размером более 4 см в диаметре с инвазивным и экспансивным характером роста, а так же у больных после органосохраняющих операций.

Литература

1. Афанасьева З.А.//Современные аспекты хирургической эндокринологии: материалы 10 (12) Российского симпозиума по хирургической эндокринологии, Смоленск, 12-14 сентября 2002.– Смоленск, 2002.– С. 32-34.
2. Евменова Т.Д. Основание, разработка и применение методологии органосохраняющих вмешательств в лечении узловых патологий щитовидной железы: дис. ... д-ра мед. наук – СПб, 2001.
3. Ларин А.С., Черненко С.М.//Вестник хирургии.–2008.–Т.167, №3.– С. 54-58.
4. Романчишен А.Ф., Кузьмичев А.С., Богатиков А.А.//Вестник хирургии.–2008.–Т. 167, №3.– С. 63–66.
5. Хэй Я.Д.//Вестник хирургии.–2006.–Т. 165, №1.– С. 43–45.
6. Duntas L., Grab-Duntas B.M.//Hell. J. Nucl. Med.–2006.–Vol. 9, N 3.– P. 156–162.
7. Kim M.J.//Clin. Endocrinol (Oxf).– 2008.–Vol. 8, N 5.– P. 19–23.
8. Lin J.D., Lin K.J., Chao T.C.//Radiother. Oncol.–2008.–Vol.89, N 1.– P. 97–104.
9. Rosenbaum M.A., McHenry C.R.//Expert Rev. Anticancer Ther.–2009.–Vol. 9, N 3.– P. 317–329.
10. Ruggiero F.P., Fedok F.G.//Otolaryngol. Clin. North Am.–

2008.–Vol. 41, N 6.– P. 1261–1268.

11. Schlumberger M.//Ann. Endocrinol (Paris).–2007.–Vol. 68, N 2-3.– P. 120-128.

THE DIFFERENTIATED CANCER OF THE THYROID GLAND AT THE VORONEZH REGION INHABITANTS

A.Y.TSURKAN

Voronezh State Medical Academy after N.N. Burdenko

It was established that the prognosis of recurrence at the patients with differentiated cancer of a thyroid gland was statistically significantly influenced by age, the size of primary tumour, character of tumour growth, operation volume. The highest risk of relapse should be expected in the age group of 45 years and older, at the tumour size more than 4 cm in diameter with invasive and expansive character of growth, and at patients after organ preserved operations.

Key words: differentiated cancer of the thyroid gland, the Voronezh region.

УДК: 616.441-006-089-037

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИФУЗНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА

А.Ю. ЦУРКАН*

В работе проведен анализ отдаленных результатов лечения 82 больных диффузным токсическим зобом. Установлено, что сохранение тиреоидного остатка при оперативных вмешательствах на щитовидной железе у больных диффузным токсическим зобом является нецелесообразным, так как ухудшает отдаленные результаты хирургического лечения и является патогенетически не обоснованным. Оптимальным объемом операции у больных диффузным токсическим зобом является тиреоидэктомия или предельно-субтотальная резекция щитовидной железы.

Ключевые слова: диффузный токсический зоб, тиреоидный остаток, тиреоидэктомия.

Диффузный токсический зоб (болезнь Грейвса, Базедова, Флаяни) (ДТЗ) – системное, аутоиммунное заболевание, характеризующееся стойким патологическим повышением продукции тиреоидных гормонов, которое в 50-75% случаев сочетается с эндокринной офтальмопатией [3]. Распространенность ДТЗ в общей популяции достигает в зависимости от региона 2-5%, а заболеваемость составляет 5-7 на 100000 населения в год. В лечении ДТЗ применяют три метода [2]: 1) консервативное лечение препаратами группы тионамидов назначается для достижения эутиреоидного состояния перед операцией и отдельным группам больных в качестве базового курса лечения, который в ряде случаев позволяет достичь ремиссии; 2) терапия радиоактивным йодом (противопоказана беременным и при грудном вскармливании); 3) оперативное лечение. Ни один из вариантов лечения не идеален. У каждого есть как преимущества, так и недостатки. Одни исследователи рекомендуют терапию I¹³¹, при этом другие предпочитают отдавать хирургическому вмешательству. Операция, по их мнению, выполненная опытным квалифицированным хирургом, обеспечивает быстрое избавление больного от тиреотоксикоза и в некоторых клинических ситуациях является единственным правильным решением [4,5,6].

Цель исследования – изучить отдаленные результаты субтотальной резекции щитовидной железы у больных ДТЗ.

Материалы и методы исследования. Отдаленные результаты исследованы у 82 больных ДТЗ. Из них 76,8% женщины и 23,2% мужчин (рис. 1.).

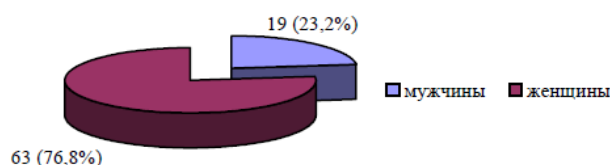


Рис. 1. Распределение больных ДТЗ по полу

Возраст больных колебался от 23 до 69 лет (в среднем 39,68±10,03 лет). Наибольшее количество 70,7% были в возрасте

* ГОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им.Н.Н.Бурденко Росздрава», 394036, Воронеж, ул. Студенческая, д.10, тел.: 8-952-549-10-42

от 31 до 50 лет (табл. 1.).

Таблица 1

Распределение больных ДТЗ по возрасту

Возраст больных	Количество больных	
	абс.	относ., %
20-30 лет	13	15,9
31-40 лет	37	45,1
41-50 лет	21	25,6
51-60 лет	7	8,5
Старше 60 лет	4	4,9
Итого	82	100

Длительность заболевания составляла от 1 года до 14 лет, в среднем $3,85 \pm 2,94$ лет. У большинства больных 73,2% она колебалась от 2 до 4 лет, у 18,3% – от 5 до 10 лет, более 10 лет ДТЗ страдало 4,8% больных, в течение 1 года заболевание отмечали 3,7% пациентов (рис. 2.).

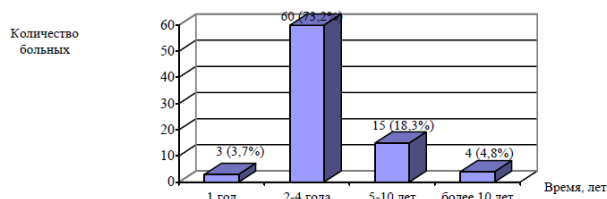


Рис. 2. Распределение больных ДТЗ в зависимости от длительности заболевания



Рис. 3. Распределение больных ДТЗ по степени увеличения щитовидной железы

Степень увеличения щитовидной железы оценивали по классификации ВОЗ (2001). По данным первичного обследования первая степень диагностирована у 22% больных, вторая степень – у 78% (рис.3.).

Объем щитовидной железы колебался от 18 до 98 мл, среднее значение составило $43,17 \pm 16,75$ мл. По данным УЗИ щитовидной железы (табл. 2.) сочетание диффузного увеличения щитовидной железы с узловыми образованиями обнаружены у 14,7%.

Таблица 2

Распределение больных ДТЗ в зависимости от данных УЗИ

Данные УЗИ щитовидной железы	Количество больных	
	абс.	относ., %
Щитовидная железа не увеличена	2	2,4
Диффузное увеличение	68	82,9
Щитовидная железа не увеличена в сочетании с узловыми образованиями	2	2,4
Диффузное увеличение в сочетании с узловыми образованиями	10	12,3
Итого	82	100

При оценке степени тяжести тиреотоксикоза (рис. 4.) установили, что манифестный тиреотоксикоз выявили у 76,4% больных. Осложненный тиреотоксикоз выявлен у 23,5% больных, из них у 14 больных была мерцательная аритмия. При осложненном тиреотоксикозе наблюдалась выраженная клиническая симптоматика (тахикардия более 120 в минуту, снижение массы тела до 50% от исходного, тремор всего туловища).

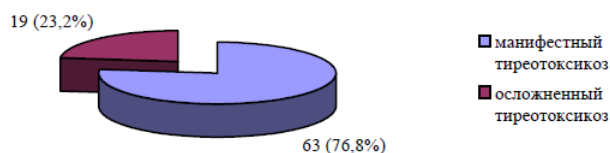


Рис. 4. Распределение больных ДТЗ по степени тяжести тиреотоксикоза

Эндокринная офтальмопатия из 82 больных ДТЗ установлена у 63,4%. В соответствии с классификацией NOSPECS, рекомендуемой EUGOGO (табл. 3.) легкую эндокринную офтальмопатию (1-2) выявили у 51,9% больных, умеренно тяжелую эндокринную офтальмопатию (3-4) – у 48,1% больных.

Таблица 3

Распределение больных ДТЗ в зависимости от тяжести эндокринной офтальмопатии

Тяжесть эндокринной офтальмопатии	Количество больных	
	абс.	относ., %
Легкая эндокринная офтальмопатия (1-2)	27	51,9
Умеренно тяжелая эндокринная офтальмопатия (3-4)	25	48,1
Тяжелая эндокринная офтальмопатия (5-6)	-	-
Итого	52	100

Всем больным проведено комплексное обследование: общеклинические исследования; определение уровня гормонов (св.Т₃, св.Т₄, ТТГ); определение иммунологических показателей (Ат-рТТГ, Ат-ТПО); для дифференциальной диагностики проводили скинтиграфию щитовидной железы с радиоактивным технецием; при выявлении узловых образований осуществляли ТАБ под УЗИ контролем. Объем оперативного вмешательства у больных ДТЗ соответствовал субтотальной резекции щитовидной железы по О.В.Николаеву. Результаты оперативного вмешательства исследовали через 3, 6, 12 месяцев, 2 и 3 года после операции.

Статистический анализ данных выполнялся с использованием пакета программ Statistica 9.1 на базе научно-исследовательской лаборатории биостатистики Российского государственного медицинского университета им.Н.И.Пирогова. Описательная статистика количественных признаков представлена средними и средне-квадратическими отклонениями (в формате $M \pm s$; в случае нормальных распределений) либо медианами и квартилями (в формате $Me [Q_1; Q_3]$). Описательная статистика качественных признаков представлена абсолютными и относительными частотами. Для сравнения несвязанных групп по количественным и порядковым признакам применялся непараметрический дисперсионный анализ Kruskal-Wallis ANOVA. Сравнение несвязанных групп по качественным признакам проводилось с использованием критерия Хи-квадрат и точного критерия Фишера (ТКФ). Вычислялись 95% доверительные интервалы (ДИ) для абсолютного риска (АР) и отношения шансов (ОШ). При проверке гипотез статистически значимыми результаты считались при достигнутом уровне значимости $P < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. У 82 исследованных больных ДТЗ уровень ТТГ до операции составил от 0,05 до 4,0 мЕд/л, (медиана 2,99 мЕд/л), св.Т₄ – от 10,5 до 24,2 пмоль/л, (медиана 19,29 пмоль/л), св.Т₃ от 1,5 до 3,97 пмоль/л, (медиана 2,36 пмоль/л). Содержание Ат-ТПО составило от 41 до 310 мЕд/л, (медиана 210 мЕд/л), значения Ат-рТТГ в сыворотке крови колебались от 1,9 до 48 МЕ/л, (медиана 10 МЕ/л). Рецидив ДТЗ в течение 3 лет развился у 9 пациентов (11%) (табл. 4). В первые 3 месяца после операции рецидивов не было. Из 9 больных с рецидивом ДТЗ у одного больного (11,1%) рецидив диагностирован за период от 3 до 6 месяцев после субтотальной резекции щитовидной железы, у 2 (22,2%) – от 6 до 12 месяцев. В срок от 1 до 2 лет было зарегистрировано максимальное количество рецидивов – 5 случаев (55,6%). У одной больной (11,1%) рецидив выявлен за временной промежуток от 2 до 3 лет.

Таблица 4

Распределение больных с рецидивом ДТЗ после субтотальной резекции щитовидной железы в зависимости от срока развития рецидива

Срок развития рецидива, мес., лет	Количество больных	
	абс.	относ., %
до 3 мес.	-	-
от 3 до 6 мес.	1	11,1
от 6 до 12 мес.	2	22,2
от 1 до 2 лет	5	55,6
от 2 до 4 лет	1	11,1
Итого	9	100

На основании изучения частоты и сроков развития рецидива ДТЗ после субтотальной резекции щитовидной железы в течение 3 лет наблюдения после операции (рис. 5.) установлено, что наибольшее количество рецидивов развивается в первые два года после субтотальной резекции щитовидной железы (88,9%), а затем количество рецидивов снижается (11,1%).

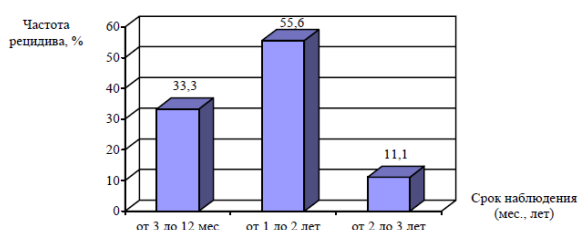


Рис. 5. Динамика частоты рецидивов ДТЗ после субтотальной резекции щитовидной железы

При анализе результатов оперативного вмешательства в зависимости от функционального состояния щитовидной железы (рис. 6.) все больные разделены на 3 группы: 1 группа – больные с рецидивом заболевания; 2 группа – больные в эутиреоидном состоянии; 3 группа – больные с послеоперационным гипотиреозом.

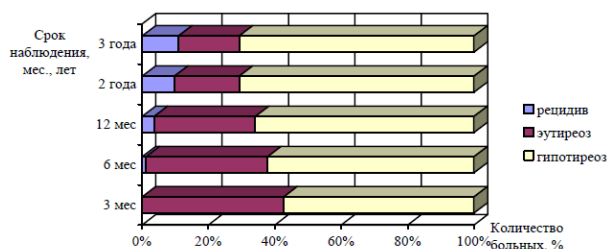


Рис. 6. Динамика изменения функционального состояния щитовидной железы у больных ДТЗ после субтотальной резекции

Через 3 месяца после операции у больных установили эутиреоидное состояние и послеоперационный гипотиреоз, а через 6, 12 месяцев, 2 и 3 года кроме выше указанных исходов диагностировали рецидив заболевания. При изучении динамики изменений функционального состояния щитовидной железы у больных ДТЗ после субтотальной резекции в ближайшие и отдаленные сроки обнаружено, что с увеличением срока наблюдения наряду с ростом количества больных с рецидивами, снижается частота пациентов в эутиреоидном состоянии. У большинства больных ДТЗ после субтотальной резекции щитовидной железы, как в ближайшие, так и в отдаленные сроки развивается гипотиреоз. Через 3 года из 82 больных ДТЗ послеоперационный гипотиреоз диагностирован у 58 пациентов (70,7%). Уровень послеоперационного гипотиреоза повышается в течение 2 лет, а затем не изменяется.

На основании данных современных исследований [1,7,8,9,10] и собственного опыта был выделен ряд факторов и проведена оценка их влияния на результат хирургического лечения больных ДТЗ, проживающих в Воронежской области (табл. 5). Анализ результатов работы показал, что пол, возраст больных, длительность заболевания, тяжесть тиреотоксикоза, объем щитовидной железы, дооперационный уровень тиреоидных гормонов не оказывают статистически значимого влияния на исход операции. Высокий уровень АТ-ТПО до операции можно рассматривать в качестве фактора риска развития послеоперационного гипотиреоза. АТ-рТТГ играют ключевую роль как в возникновении ДТЗ, так и в развитии рецидива после хирургического лечения. Высокий уровень АТ-рТТГ до операции является главным фактором риска рецидива тиреотоксикоза (ОШ в срок 3 года у больных с уровнем АТ-рТТГ до операции более 35 МЕ/л составил 120 (6-75746), $p < 0.001$, ТКФ). Кроме того, риск рецидива ДТЗ после субтотальной резекции щитовидной железы возрастает, если ДТЗ сочетается с коллоидными узлами (ОШ к 3 году наблюдения 48 (6-467), $p < 0.001$, ТКФ) и у больного выявлена эндокринная офтальмопатия (ОШ для 3 лет наблюдения 18 (1,3-9950,2), $P = 0,023$, ТКФ).

При сравнительной оценке результатов наиболее широко распространенного в клинической практике метода интраоперационного визуального определения объема оставленной ткани щитовидной железы и измерения объема тиреоидного остатка сразу после операции с помощью ультразвукового исследования было установлено, что в 86,6% случаев масса тиреоидного остатка отличалась от данных протокола операции. Среднее отклонение составило 35,4%. Это свидетельствует о невозможности визуального точ-

ного определения объема оставляемой тиреоидной ткани при выполнении субтотальной резекции щитовидной железы.

Исследование исходов хирургического лечения у 82 больных ДТЗ в сроки 3, 6, 12 месяцев, 2 и 3 года после операции показало, что объем тиреоидного остатка статистически значимо не отличается у больных с различными результатами операции через 3 месяца, 2 и 3 года. При одинаковом объеме оставленной тиреоидной ткани после субтотальной резекции щитовидной железы были установлены различные результаты хирургического лечения: рецидив заболевания, эутиреоз и гипотиреоз.

Таблица 5

Факторы прогноза риска развития рецидива после субтотальной резекции щитовидной железы

Факторы	Повышает риск рецидива	Не влияет на риск рецидива	Статистическая значимость результатов
Пол	-	+	$p > 0,05$ во всех сроках наблюдения
Возраст	-	+	$p > 0,05$ во всех сроках наблюдения
Длительность заболевания	-	+	$p > 0,05$ во всех сроках наблюдения
Тяжесть тиреотоксикоза	-	+	$P = 0,505$, Хи-квадрат
Эндокринная офтальмопатия	+	-	ОШ для 3 лет наблюдения 18 (1,3-9950,2), $P = 0,023$, ТКФ
Объем щитовидной железы до операции	-	+	$p > 0,05$ во всех сроках наблюдения
Узловые образования в щитовидной железе	+	-	ОШ к 3 году наблюдения 48 (6-467), $p < 0.001$, ТКФ
Объем тиреоидного остатка	-	+	$p > 0,05$, через 3 мес., 2 и 3 года
Уровень св. Т ₃ и св. Т ₄ до операции	-	+	$p > 0,05$ во всех сроках наблюдения
Повышенный уровень АТ-рТТГ до операции	Количество больных, %	-	ОШ в срок 3 года у больных с уровнем АТ-рТТГ до операции более 35 МЕ/л составил 120 (6-75746), $p < 0.001$, ТКФ

Вывод. Сохранение тиреоидного остатка при оперативных вмешательствах на щитовидной железе у больных диффузным токсическим зобом является нецелесообразным, так как ухудшает отдаленные результаты хирургического лечения и является патогенетически не обоснованным. Поэтому адекватное хирургическое лечение диффузного токсического зоба должно заключаться в выполнении тиреоидэктомии или предельно-субтотальной резекции щитовидной железы с последующей пожизненной заместительной терапией.

Литература

1. Абдурахманов Ш.М. Динамика иммунологических параметров больных тиреотоксикозом при расширенной резекции щитовидной железы с реимплантацией: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Ташкент, 2007.
2. Бовыкина Г.А., Меньков А.В. //Современные аспекты хирургической эндокринологии: материалы 16 Российского симпозиума с международным участием по хирургической эндокринологии, Саранск, 18–20 сентября. – Саранск, 2007. – С. 32.
3. Дедов И.И. //Проблемы эндокринологии. – 1991. – №1. – С. 4–5.
4. Кузнецов Н.С., Ванушко В.Э., Воскобойникова В.В. //Хирургия. – 2001. – №4. – С. 4–9.
5. Петунина Н.А. Прогностические факторы и оптимизация методов лечения ДТЗ: дис. д-ра. мед. наук. – М., 2004.
6. Фадеев В.В. //Проблемы эндокринологии. – 2004. – №6. – С. 3–9.
7. Brand O.J. //Hum. Mol. Genet. – 2009. – Vol. 25, N 2. – P. 654–659.
8. Cappelli C. //Endocr. J. – 2007. – Vol. 54, N 5. – P. 713–720.
9. Kutev N. //Prognosis. Khirurgia (Sofia). – 2007. – N 3. – P. 9–13.
10. Miao J., Zhao Y.J., Wang S. //Zhonghua Nei. Ke Za Zhi. – 2008. – Vol. 47, N 3. – P. 185–188.

THE REMOTE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF DIFFUSE TOXICAL GOITER

A.Y.TSURKAN

Voronezh State Medical Academy after N.N. Burdenko

The article highlights the remote analysis of the results of surgical treatment of 82 patients on diffuse toxic goiter. It is established

that leaving a thyroid tissue remnant after thyroidectomy could not be evaluated as an effective way of surgical treatment. A thyroid tissue remnant spoils long-term results of surgical treatment of patients with diffuse toxic goiter. Optimum volume of operation at patients with diffuse toxic goiter is thyroidectomy or limiting-subtotal resection of a thyroid gland.

Key words: diffuse toxic goiter, thyroid tissue remnant, thyroidectomy.

УДК 616-006.04

ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У ЖЕНЩИН РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИЙ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Н.Д.ШИХНАБИЕВА*

Изучена выявляемость поздних стадий (III-IV) злокачественных новообразований половых органов у женщин в Республике Дагестан за 1997-2006 гг. Установлено, что в 50,7% случаев злокачественные новообразования диагностируются в поздних стадиях. Удельный вес III-IV стадий заболеваемости у жительниц сельской местности на 4,8% выше, чем у городских жительниц. Среди экологических зон сельской местности максимальный показатель поздних стадий регистрируется у жительниц равнинной зоны, минимальный – у жительниц горной зоны. Показатели онкогинекологической заболеваемости с III-IV стадиями имеют максимальные значения в возрастных группах 50-59, 60-69 лет, 70 лет и старше.

Ключевые слова: злокачественные новообразования, запущенность, поздние стадии, онкогинекология.

Злокачественные новообразования (ЗН) половой сферы у женщин являются сложной и чрезвычайно актуальной проблемой онкологии, обусловленной стабильно высокой заболеваемостью и смертностью больных. Среди всех злокачественных опухолей, выявленных у женского населения России в 2008 году, ЗН половых органов (рак тела матки, шейки матки и яичников) составили 17,3%, а в структуре общей онкологической смертности летальность от них – 32,4% [1]. Одной из основных причин смертности больных от генитального рака является выявление злокачественных опухолей в запущенных стадиях [2].

Цель исследования – выявление частоты поздних стадий ЗН половых органов у женщин Республики Дагестан (РД) за 10 лет (1997-2006 гг.).

Материалы и методы исследования. Источниками исследования были учетно-отчетные документы Республиканского онкологического диспансера Министерства здравоохранения РД – контрольная карта диспансерного наблюдения больного раком шейки матки (Ф. №030-6/У) и медицинская карта стационарного больного (история болезни). Показатели заболеваемости рассчитывали на 100 000 женского населения (интенсивные показатели – ИП).

Результаты и их обсуждение. За анализируемый период всего был зарегистрирован 2581 случай заболеваемости. Доля зарегистрированных случаев рака половой сферы у женщин с 0 стадией составила 1,0%, с I стадией – 11,0%, со II стадией 37,3%, с III стадией – 41,3% и IV стадией – 9,4%.

Как известно, III и IV стадии ЗН визуальных локализаций, в частности рака шейки матки, относят к запущенным стадиям заболевания, а при раке тела матки и раке яичников к запущенным формам относят больных с IV стадией. Тем не менее, III-IV стадии заболевания следуют рассматривать как поздние стадии онкологического процесса. Среди анализируемых нами больных удельный вес с более поздними стадиями ЗН женских половых органов составил 50,7%. В период с 1997 г. по 2006 г. доля больных с поздними стадиями выросла на 6,7% (с 49,6% до 52,9%).

Среднегодовой ИП с III-IV стадиями распространенности ЗН половой сферы у женщин по РД составил 10,9 на 100 000 женского населения. Наиболее высокий ИП онкогинекологической заболеваемости с поздними стадиями был зарегистрирован в 2001 году – 13,1. ИП с III стадией (8,9) в 4,5 раза был выше такового с IV стадией (2,0) заболевания. В тоже время, за анализируемый 10 лет ИП заболеваемости с III стадией имел тенденцию к снижению (с 9,7 в 1997 г. до 8,2 в 2006 г. или на 15,5%), тогда как с IV стадией вырос в 2,5 раза (с 1,1 до 2,7 или

на 145%).

Прирост III-IV стадий за анализируемый (с 1997 по 2006 гг.) период был незначительным – 0,9%, в тоже время среднегодовой показатель заболеваемости с поздними стадиями по пятилетиям снизился с 11,8 (1997-2001 гг.) до 10,2 (2002-2006 гг.), т.е. на 13,6%, что является положительной тенденцией.

Из общего количества зарегистрированных в 1997-2006 гг. больных (2581) 48,5% составили городские женщины, 51,5% – жительницы сельской местности. Анализ ЗН женских половых органов по стадиям в зависимости от места жительства показал, что доля запоздалых случаев у жительниц сельской местности выше, чем у жительниц городов. Из общего числа впервые выявленных больных за анализируемый период на долю III-IV стадий в сельской местности приходилось 27,8% (с III стадией – 22,6% и с IV стадией – 5,2%), а в городах 23,0% (с III стадией – 18,8% и с IV стадией – 4,2%). Среднегодовой ИП заболеваемости ЗН женских половых органов с III-IV стадиями по городам составил 8,5 на 100 000 женского населения, по сельской местности – 10,0. Эти данные свидетельствуют о том, что в сельской местности работа, направленная на профилактику и раннее выявление онкогинекологических заболеваний, поставлена несколько хуже, чем в городах республики.

РД является регионом со сложными природными элементами экосистемы, в частности для сельской местности характерны существенные климато-географические особенности, что послужило основанием для экологического зонирования территории сельской местности республики по высотным поясам (равнинная, предгорная и горная экологические зоны), которые имеют принципиальные различия качества экосистемы по природным и антропогенным экологическим факторам. При сравнительном анализе экологических зон сельской местности наибольшая заболеваемость с поздними стадиями ЗН половых органов у женщин отмечалась в равнинной зоне – среднегодовой ИП III-IV стадий заболеваемости составил 11,2 (9,3 с III стадией и 1,9 с IV стадией) на 100 000 женского населения. ИП запущенности в предгорной зоне составил 10,3, в горной зоне – 8,5.

Прирост ИП онкогинекологической заболеваемости с поздними стадиями у женщин равнинной экологической зоны происходил более быстрыми темпами, чем у жительниц остальных экологических зон сельской местности. С 1997 г. по 2006 г. ИП заболеваемости с III-IV стадиями в равнинной экологической зоне вырос с 10,2 до 12,4, т.е. в 1,2 раза. Аналогичный показатель у жительниц предгорной вырос с 11,0 до 11,3, а у жительниц горной экологической зоны, наоборот, снизился с 8,4 до 5,7. У жительниц равнинной зоны более существенно (в 2,5 раза) вырос ИП показатель заболеваемости с IV стадией (с 1,1 до 2,8 на 100 000 женского населения), тогда как аналогичный показатель с III стадией вырос незначительно (с 9,1 в 1997 году до 9,6 в 2006 году).

Наиболее высокий показатель III-IV стадий ЗН женских половых органов отмечался в следующих административных районах сельской местности: Бабаюртовском (17,1 на 100 000 женского населения), Кумторкалинском (16,2), Кизилюртовском (13,6), Дербентском (11,7), Ногайском (11,1), Кизлярском (11,0), Каякентском (10,8), Хасавюртовском (10,7) (равнинная зона), Казбековском (16,1), Буйнакском (12,0), Сулейман Стальском (11,3), Сергокалинском (11,2) (предгорная зона), Чародинском (16,9), Кулинском (14,4) и Гунибском (12,0) (горная зона).

За анализируемый период наибольший рост среднегодовых по пятилетиям ИП с поздними стадиями ЗН половых органов у женщин выявлялся в Кумтуркалинском (с 9,2 до 22,4), Магарамкентском (с 7,3 до 11,1), Казбековском (с 13,2 до 18,6), С.Стальском (с 7,2 до 14,8), Чародинском (с 10,4 до 22,6), Ахвахском (с 6,8 до 11,3), Шамильском (с 4,6 до 13,0), Курахском (с 5,8 до 10,3) и Новолакском (с 5,7 до 10,2) районах.

При анализе возрастных особенностей поздней диагностики заболеваемости ЗН женских половых органов было установлено: среднегодовой ИП онкогинекологической заболеваемости с III-IV стадиями принимал максимальные значения в старших возрастных группах: в возрасте 50-59 лет (35,1 на 100 000 женского населения), 60-69 лет (33,9) – 70 лет и старше (34,1). За исследуемый период значительный рост среднегодовых ИП по пятилетиям отмечался у женщин в возрасте 50-59 лет – на 22,7 (с 30,9 в 1997-2001 гг. до 37,9 в 2002-2006 гг.), а в других возрастных группах было зарегистрировано снижение показателей общей запущенности, особенно в возрастных группах – 18-29 лет (45%), 30-39 лет (16,2%) и 40-49 лет (33,2%).

* Дагестанская государственная медицинская организация, кафедра акушерства и гинекологии педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов, 367000, г. Махачкала, пл. Ленина д. 1, тел.: (8-872-2) 67-49-03, факс: (8-8722) 68-12-80