

РМЖ, рак желудка, кожи и тела матки. В Амурской области среди всех женщин, заболевших в возрасте 60-69 лет, доля РМЖ составляла 18,6%, в 70-79 лет – 13%, в 80 лет и старше – 11,6%. Возрастные кривые заболеваемости РМЖ в 2003 г. в России имели пик в диапазоне 55-59 лет и 65-69 лет, снижаясь в последующих возрастных группах. Средний возраст больных (60 лет) ниже, чем при других формах опухолей, исключая злокачественные новообразования костей и суставных хрящей (52 года), плаценты (47 лет), ЦНС (50 лет), щитовидной железы (53 года). В динамике имеется некоторая тенденция к «постарению» больных РМЖ. Для адекватного сравнения уровней заболеваемости и смертности в различных популяциях, как правило, используются стандартизованные показатели, исключающие влияние на эти показатели возможных различий в возрастном составе сравниваемых групп. Чрезвычайно важно изучение распространения заболеваемости во времени. Так, в России с 1993 по 2003 г. стандартизованные показатели заболеваемости РМЖ увеличились на 19%, смертности – на 12%. Более наглядным показателем частоты заболевания является число новых случаев, возникших за год в расчете на 100 тыс. населения. Ежегодно в России от РМЖ умирают более 22,7 тыс. больных (в 1983 г. – 12,5 тыс.). В структуре умерших доля РМЖ составляла 17,1%. При анализе возрастного критерия среди первых 5 причин смерти от злокачественных новообразований РМЖ занимает I ранговое место в возрастных группах 40-54 года (27,2%) и 55-69 лет (18,7%), II – в группе 15-39 лет (14,6%) и III – в группе 70 лет и старше (12,6%). За период с 1983 по 2003 г. в России прирост показателя смертности от РМЖ составил 51%. По данным АОД за анализируемый период абсолютное число больных с выявленным РМЖ составило: 2000 – 211 (I ст), 122 (II ст); 2001 – 233 (I ст), 157 (II ст); 2002 – 268 (I ст), 182 (II ст); 2003 – 228 (I ст), 167 (II ст); 2004 – 237 (I ст), 167 (II ст); 2005 – 252 (I ст), 191 (II ст), т.е. во времени сохраняются стабильные количественные показатели. Распределение больных по стадиям (%) выглядело следующим образом: 2000 – 25 (I ст), 75 (II ст); 2001 – 17 (I ст), 83 (II ст); 2002 – 22 (I ст), 78 (II ст); 2003 – 26 (I ст), 74 (II ст); 2004 – 28 (I ст), 72 (II ст); 2005 – 19 (I ст), 81 (II ст). Морфологическая картина представлена в основном эпителиальными опухолями: начало малигнизации – 6,3%; недифференцированный с-г – 23,4%; низкодифференцированный с-г – 4,1;

скирр – 17,8%; солидный рак – 20,2%; внутри протоковый рак – 7%; железистый рак – 2,3%; рак Педжета – 1%; фиброзный рак – 2,3%; клетки рака – 15,6%. Основным методом лечения было комбинированное или комплексное (73,6%), только хирургическое лечение получали 24,4% пациенток: секторальная резекция – 1,3; мастэктомия – 4; лучевое лечение + мастэктомия – 24,1; двухэтапное оперативное лечение (секторальная резекция + мастэктомия + лучевое лечение – 17,6; лекарственное лечение + мастэктомия – 3,9; комплексное лечение – 25,4.

Согласно проделанной работы в настоящий момент на «Д» учете состоит 55% больных с I-II ст, т.е. 5-летняя выживаемость составляет 60-65%. Изучение изменений в частоте, структуре и особенностях распространения онкологических заболеваний в различных популяциях и на отдельных территориях, а также оценка обобщенных критериев состояния здоровья населения дает необходимую информацию для планирования лечебно-профилактических мероприятий на государственном и региональном уровнях, способствуя совершенствованию онкологической помощи больным со злокачественными новообразованиями.

ПРЕДИКТОРЫ ТЯЖЕЛЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТЭКТОМИИ

А.В. Лыков, А.А. Кельн

Тюменский ООД
Тюменская ГМА

Радикальная цистэктомия (РЦЭ) является стандартным методом лечения мышечно-инвазивного рака мочевого пузыря, сопровождается развитием ряда тяжелых осложнений. Понимание причин, факторов риска развития осложнений дает хирургу возможность спрогнозировать течение послеоперационного периода и предотвратить развитие тяжелых осложнений.

Цель исследования: выявить факторы риска развития тяжелых осложнений после РЦЭ.

Материалы и методы. В ходе работы проанализированы истории болезней 113 пациентов. У 43,3% были выявлены тяжелые осложнения, по классификации Клавьева, к которым применены моно- и мультивариантный логический регрессионный анализы.

Результаты и обсуждение.

При проведении моновариантного логического регрессионного анализа осложненный кардиологический анамнез (ОР 0,95, 95% ДИ 0,16-2,23, $p=0,05$), операции на брюшной полости и органах малого таза (ОР 2,17, 95% ДИ 1,13-4,15, $p=0,04$), функциональный класс ASA (ОР 1,72, 95% ДИ 0,83-3,14, $p=0,05$) оказались статистически значимыми предикторами развития тяжелых осложнений. Индекс коморбидности Чарлсона (ОР 1,12, 95% ДИ 0,43-2,56, $p=0,08$), ИМТ (ОР 2,12, 95% ДИ 1,31-3,93, $p=0,09$), ортотопический тип отведения мочи против других методов деривации мочи (ОР 0,56, 95% ДИ 0,19-0,97, $p=0,08$) продемонстрировали тренд к статистической значимости. Показатель сывороточного гемоглобина $90 <$ против $90 >$ ($p=0,2$), возраст пациентов $60 <$ против $60 >$ ($p=0,3$), стадия опухолевого процесса $T_{1-2}N_0M_0$ против $T_{3a-4a}N_0M_0$ ($p=0,3$), гетеротопический тип отведения мочи против других способов деривации мочи ($p=0,3$) не показали статистически значимого результата и не были включены в мультивариантный логический регрессионный анализ. В мультивариантном логическом регрессионном анализе ИМТ > 25 (ОР 2,42, 95% ДИ 1,52-4,32, $p=0,068$), функциональный класс ASA (ОР 2,14, 95% ДИ 1,43-4,12, $p=0,048$), индекс Чарльсона ≥ 1 (ОР 1,68, 95% ДИ 0,89-3,46, $p=0,024$), осложненный кардиологический анамнез (ОР 2,72, 95% ДИ 1,89-5,24, $p=0,024$), операции на брюшной полости и органах малого таза в анамнезе (ОР 2,72, 95% ДИ 2,98-4,48, $p=0,018$) продемонстрировали тренд к статистической значимости. Ортотопический тип отведения мочи против других методов деривации мочи ($p=0,2$) не показал статистической значимости. На основании полученных предикторов осложнений РЦЭ, принята попытка определения группы риска пациентов. Так сочетание таких факторов риска, как ИМТ > 25 , осложненный кардиологический анамнез, операции на брюшной полости и органах малого таза в анамнезе встретилось у 16 пациентов из 39, что составило 41%. В то время как сочетании таких факторов риска, как ИМТ < 25 , отсутствие кардиологической патологии, отсутствие в анамнезе операции на брюшной полости и органах малого таза составило 3 из 39 (7,7%). При анализе выживаемости была предпринята попытка сравнить выживаемость пациентов, с развившимися осложнениями в послеоперационном периоде (I группа), и пациентов без осложнений после операции (II группа). Наибольшая летальность пациентов I группы отмечается на первом го-

ду жизни. Живыми на данный момент являются 15 пациентов (16,3%) с средней продолжительностью жизни $34,5 \pm 23,5$ мес. Мы не располагаем данными о выживаемости 19 (20,6%) пациентов. У пациентов II группы в послеоперационном периоде наибольшая летальность отмечается на втором году после РЦЭ. Среди выявленных летальных исходов преобладают пациенты с методами деривации мочи по Studer и уретерокутанеостомией. Живыми на данный момент являются 15 пациентов (14,7%) с средней продолжительностью жизни $34,1 \pm 29$ мес.

Выводы.

Для профилактики развития тяжелых осложнений и планирования метода деривации мочи, прежде всего, необходимо предусматривать такие факторы риска, как ИМТ > 25 $\text{кг}/\text{м}^2$, наличие операции на брюшной полости и органах малого таза в анамнезе и осложненный кардиологический анамнез.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ОПУХОЛЯХ ПОЧКИ В ГБУЗ ТО ООД

*А.В. Лыков, А.В. Купчин, М.А. Сальников,
А.С. Петросян, А.В. Вайрадя*

Тюменский ООД

В настоящее время эндоскопические и лапароскопические методы операций становятся стандартом лечения многих заболеваний, при которых раньше требовалось более агрессивное открытое вмешательство. Преимущества лапароскопических операций перед открытыми – меньшая частота инфекционно-воспалительных осложнений, болевого синдрома, меньшая травматизация тканей, короткий реабилитационный послеоперационный период. Лапароскопическая нефрэктомия показана при раке почки I-II стадии без метастазов в регионарные лимфатические узлы. Несмотря на одинаковые отдаленные онкологические результаты пациенты, перенесшие лапароскопическую радикальную нефрэктомию в отличие от пациентов после открытой нефрэктомии имеют более короткий срок реабилитации и возвращения к нормальной жизнедеятельности.

Материалы и методы.

В 2012 году в отделении онкоурологии ГБУЗ ТО ООД начато освоение лапароскопических вмешательств при опухолях почки. Выполнено 8 операций, 2 из них – лапароскопическая