

исчезновению неврологической симптоматики, повышению индекса Karnofsky, возвращению

более 27% больных к привычному образу жизни и работе.

ПРОБЛЕМЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Л.И. МИРЗАЕВА, И.Р. ЮНУСМЕТОВ, Б.А. АБДУРАХМАНОВ, Т.А. ТИХОНОВА

Южно-Казахстанская государственная медицинская академия, г. Шымкент

Актуальность. В последние годы во всех экономически развитых странах мира, в том числе и в Казахстане, растет заболеваемость раком толстой кишки. В Южно-Казахстанской области среди злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта рак ободочной и прямой кишки по частоте стоит на втором месте после рака желудка. При этом почти половина (46–72%) этих опухолей локализуется в дистальном отделе прямой кишки (2,60/0000), и эти показатели в 2 раза ниже среднереспубликанских.

Цель исследования. Изучение эпидемиологии, диагностики, непосредственных и отдаленных результатов лечения рака прямой кишки.

Материал и методы. Частота рака прямой кишки по республике постоянно растет, только за последние 10 лет она выросла почти в 2 раза. А по нашей области отмечают небольшие колебания по годам, но заметного роста заболеваемости не отмечается, что видно при изучении заболеваемости по годам: всего за 11 лет 608 больных. Мужчины составили – 53,2%, женщины – 46,8%, по возрасту до 40 лет – 10,8%, 41-50 лет – 23,4%, 51-60 – 29,1%, 61-70 – 16,4% и старше 70 лет – 20,3%. Из указанных 608 больных 88,6% больных были госпитализированы в областной онкологический диспансер для проведения специализированного лечения, 11,4% больным отказано в госпитализации, т.к. они признаны инкурабельными. Несмотря на визуальную форму у нас очень высок процент выявления больных в запущенной стадии (60-65%). Основная причина такого явления заключается в том, что эти больные вначале обращаются к хирургам территориальной поликлиники с патологией прямой кишки, кровотечениями, где, по нашим данным, в 85% случаев этим больным не проводится даже пальцевое исследование прямой кишки. Больным выставляется диагноз

колит, трещина, геморрой и пр. и длительное время проводят соответствующее выставленному диагнозу лечение, и лишь при безуспешности такого лечения эти больные направляются в онкодиспансер для уточнения диагноза без выписки из амбулаторной карты, без полного обследования. Хотя во многих районных больницах и поликлиниках города имеются возможности и оснащённость для проведения ректороманоскопии, колоноскопии, ирригоскопии. Это свидетельствует о слабом знании врачами общей лечебной сети онкологии, вследствие чего такая низкая онконастороженность. Из направленных к нам больных на обследование и уточнение диагноза у 21,1% (125 больных) диагноз рака прямой кишки не подтвердился. Из 583 больных с подтвержденным диагнозом у 2/3 была запущенная форма (III-IV стадия процесса). Опухоль имела локализацию в ректосигмоидном отделе и верхнеампулярном отделе у 19,3% больных, в ампулярном – у 72,2% и в анальном отделе – у 8,5% больных. Экзофитная форма выявлена у 64,5%, эндофитная – у 36,3%. Аденокарцинома различной степени дифференцировки установлена в 91%, плоскоклеточный в 2,9% случаев. Диагноз морфологически подтвержден у 92,5% больных.

Результаты. Из 583 зарегистрированных за эти годы больных 466 (80%) были госпитализированы в областной онкодиспансер для проведения стационарного лечения. Вид хирургического вмешательства выбран с учетом локализации процесса, стадии, возраста больных, сопутствующей патологии. Брюшнопромежностная экстирпация прямой кишки проведена у 116 (26,2%) больных, передняя резекция прямой кишки – у 28 (6,0%), брюшно-анальная резекция – у 54 (11,3%), операция Гартмана – у 126 (26,0%), паллиативные вмешательства – у 142 (30,5%). Одногодичная летальность после радикальных

операций составила 12,3%, пятилетняя выживаемость 34,9%. Такие результаты лечения этих больных в основном связаны с низким процентом своевременной диагностики и выявлением этих больных в запущенных стадиях.

Выводы. Показатели злокачественных опухолей прямой кишки в нашей области почти в два раза ниже, чем в среднем по республике, интенсивные показатели составили 2,60/0000. Несмотря на визуальную локализацию, очень высок процент выявления этих больных в за-

пущенной стадии (60-65%), и этот процент не имеет тенденции к снижению. Основная причина такого явления – это слабое знание онкологии врачами общей лечебной сети, отсюда и низкая онконастороженность. Анализ данных по раку прямой кишки в регионе показал, что недостаточно проводится среди населения просветительная работа, они слабо информированы о ранних признаках этого заболевания и об успехах современной медицины в излечении таких больных.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЮЖНОМ КАЗАХСТАНЕ

Л.И. МИРЗАЕВА, И.Р. ЮНУСМЕТОВ, Б.А. АБДУРАХМАНОВ, М.Б. ЯКУБОВА

Южно-Казахстанская государственная медицинская академия, г. Шымкент

Актуальность. Одной из серьезных проблем современной медицины считается проблема онкологии, и тревожным для онкологов является неуклонный рост заболеваний рака молочной железы (РМЖ). Особенно быстро рост идет в цивилизованных, экологически развитых странах, таких как Франция, Нидерланды, Уругвай, США, – от 73,3% на 100 тыс. жителей до 92,60/0000. В России стандартизованные показатели (только женщины) (за 2002 г.) составили 32,10/0000, а в Москве 41,10/0000, в Петербурге 40,90/0000, и ежегодно рост заболеваемости составляет 3,2%. Самая низкая заболеваемость в Таиланде – 10/0000, Корею – 2,60/0000, Японии – 6,00/0000.

Цель исследования. Изучение эпидемиологии, непосредственных и отдаленных результатов лечения рака молочной железы.

Материал и методы. В Казахстане за период с 1951 по 1970 г. общая заболеваемость злокачественными новообразованиями выросла с 67,5 до 150,90/0000 то есть более чем в 2 раза, а рак молочной железы – с 3,8 до 12,40/0000, т.е. увеличился более чем в 3 раза. По Южному Казахстану, наоборот, общая заболеваемость увеличилась более чем в 3 раза, а РМЖ – в 2 раза. Последние 10 лет (1996-2005 гг.) общая заболеваемость по республике выросла с 174,3 до 197,00/0000, РМЖ выросла на 25%. По Южно-

Казахстанской области общая заболеваемость выросла с 89,1 до 107,60/0000, а РМЖ – с 6,4 до 10,60/0000. Если в семидесятые годы РМЖ в республике занимал 5-е место, то в 2008 г. в Южном Казахстане вышел на первое место. Среди городских жителей РМЖ встречается в 2-3 раза чаще, чем среди жителей села. В г. Шымкенте, Кентау, Ленгер интенсивный показатель заболеваемости РМЖ составляет 14,6-23,60/0000, а в районах области 2,0-7,70/0000. Несмотря на визуальную локализацию большой процент больных РМЖ в нашей области выявляется в запущенной стадий. Так с 1996 по 2000 г. это 55,0 - 52,4%, с 2001 г. по 2005 г. – 37,4-29,5%, в 2006 г. – 34,1%, в 2007-2008 гг. – 27,8%.

Результаты. За последние 10 лет (1998-2007 гг.) всего было выявлено 2003 больных РМЖ, из них мужчин было 4. Интенсивный показатель составил 7,8 - 9,50/0000. Возрастной состав был представлен следующим образом: до 25 лет – 0,6%, 26-35 лет – 6,9%, 36-45 лет – 21,1%, 46-55 лет – 26,4%, 56-65 лет – 19,8%, до 66-75 лет – 17,8%, 80 лет и старше – 7,5%. 37 больных отказано в лечении ввиду запущенности процесса, тяжелого состояния и преклонного возраста. Большая часть больных, несмотря на запущенность процесса, подвергалась лечению согласно стандартам (неoadьювантная и адьювантная химиотерапия, оперативное