

ребёнка; его нормативное значение составляет $V_{(E-Ea)} 20,4 \pm 8,5$ мс;

- показатель $V_{(E-Ea)}$ намного более чувствителен к выявлению минимальной диастолической дисфункции у детей с ОЛП по сравнению с отношением Е/А, ОПК $V_{(E-Ea)} > 28$ мс позволяет обнаружить ДД с Ч 74,5% и ДЭ 78%;

- анализ показателя $V_{(E-Ea)}$ позволяет обнаружить кардиотоксические эффекты полихимиотерапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Байдун Л. В. Современная диагностика и классификация острой лимфобластной лейкемии // Гематология и трансфузиология. – 1997. – № 3. – С. 37.
2. Владимирская Е. Б., Румянцев А. Г. Особенности патогенеза острых лейкозов у детей // Гематология и трансфузиология. – 1991. – Т. 36. № 1. – С. 8.
3. Кастанаян А. А., Неласов Н. Ю. Что мы знаем и чего мы не знаем о диастолической сердечной недостаточности в XXI веке // Сердечная недостаточность. – 2009. – Т. 10. № 6. – С. 304–314.
4. Курдюков Б. В. Зависимость прогноза заболевания от иммунологической характеристики острого лимфобластного лейкоза у детей // Педиатрия. – 1997. – № 4. – С. 20–24.
5. Мазур Н. А. Диастолическая дисфункция миокарда. – М.: «Dr. Reddy's», 2001. – 72 с.
6. Неласов Н. Ю., Кательницкая Л. И., Кастанаян А. А. и др. Способ диагностики систолической и диастолической дисфункции левого желудочка. Авторское свидетельство Российской Федерации № 2164083, 20 марта 2001 г.
7. Неласов Н. Ю., Кастанаян А. А., Мареев В. Ю., Агеев Ф. Т. Спектральные доплеровские артефакты: можно ли использовать этот ультразвуковой феномен для оценки функции левого

желудочка сердца? // Сердечная недостаточность. – 2003. – Т. 3. № 4. – С. 81–84.

8. Овчинников А. Г., Агеев Ф. Т. Ультразвуковое исследование в оценке диастолического давления в левом желудочке // Сердечная недостаточность. – 2009. – Т. 10. № 4. – С. 221–236.

9. Оганов Р. Г., Масленникова Г. Я. Вклад сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний в здоровье населения России // Сердце. – 2003. – Т. 2. № 2. – С. 58–61.

10. Румянцев А. Г., Самочатова Е. В. Гематология/онкология детского возраста. – М.: Медпрактика-М, 2004.

11. Тарасевич Р. А., Безун И. В. Проблема кардиотоксичности противоопухолевой терапии в детском возрасте. Вопр. гематол. онкол. и иммунопатол. // Педиатр. – 2005.

12. Appleton C. P., Hattle L. K., Popp R. L. Relation of transmitral flow velocity to left ventricular diastolic function: new insights from a combined hemodynamic and Doppler echocardiographic study // J. am. coll. cardiol. – 1988. – V. 12. – P. 426–440.

13. Galderisi M. Diastolic dysfunction and diastolic heart failure: diagnostic, prognostic and therapeutic aspects // Cardiovascular ultrasound. – 2005. – V. 3. № 9 (published online).

14. Kremer L. C. M., Caron H. N. Anthracycline cardiotoxicity in children // N. engl. j. med. – 2004. – № 351. – P. 120–121.

15. Rivas-Gotz C., Khoury D. S., Manolios M., Rao L., Kopelen H. A., Nagueh S. F. Time interval between onset of mitral inflow and onset of early diastolic velocity by tissue Doppler: a novel index of left ventricular relaxation: experimental studies and clinical application // J. am. coll. cardiol. – 2003. – Oct. 15. № 42 (8). – P. 1463–1470.

Поступила 08.01.2011

В. А. САВЧЕНКО

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ И ПОКАЗАТЕЛИ МНОГОЛЕТНЕЙ ВЫЖИВАЕМОСТИ БОЛЬНЫХ

ГУЗ «Клинический онкологический диспансер № 1»
департамента здравоохранения Краснодарского края,
Россия, 350040, г. Краснодар, ул. Димитрова, 146. E-mail: kkod@kkod.ru

В статье представлены результаты 8-летней выживаемости больных раком шейки матки в Краснодарском крае в зависимости от вида проведенного лечения. Рассматриваются вопросы заболеваемости и смертности от рака шейки матки населения Краснодарского края в сравнении со среднероссийскими данными.

Ключевые слова: злокачественные новообразования, шейка матки, выживаемость.

V. A. SAVCHENKO

MORBIDITY AND SURVIVAL
OF PATIENTS WITH CERVIX UTERI TUMORS IN KRASNODAR REGION

GUZ Krasnodar region oncology dispensary state health department of Krasnodar region,
Russia, 350040, Krasnodar, Dimitrova str., 146. E-mail: kkod@kkod.ru

In article we summarize 8 years survival results in patients with cervixi uteri cancer in Krasnodar region dependant of the type of treatment. We observed the morbidity and mortality rate in Krasnodar region in comparence with medial Russian rates.

Key words: malignant tumor, cervixi uteri, survival.

Введение

Заболеваемость злокачественными новообразованиями неуклонно растет [2]. В последние годы в Краснодарском крае регистрируется более 19,5 тысячи вновь выявленных онкологических больных. Около 126,5 тысячи человек находятся на диспансерном наблюдении у онкологов. Рост распространенности злокачественных новообразований связан как с реальным увеличением их частоты, так и с другими причинами, прежде всего постарением населения, улучшением качества диагностики, усовершенствованием статистического учета. Рак шейки матки занимает второе место в мире в структуре злокачественных опухолей женской репродуктивной системы. Около 500 тысяч новых случаев рака шейки матки регистрируется ежегодно в мире, из них 13,5–14 тысяч – среди женщин Российской Федерации [1]. В крае в последние годы заболеваемость раком шейки матки составляет 18,5–22,2 на 100 тыс. женского населения (рисунок).

Материалы и методы исследования

Нами проведено изучение заболеваемости и смертности от рака шейки матки в Краснодарском крае в 2000–2009 гг. (в сравнении со среднероссийскими данными) и показателей 8-летней наблюдаемой выживаемости больных женщин в зависимости от стадии распространенности опухолевого процесса и метода проведенного лечения (по базе данных Популяционного ракового регистра Краснодарского края) [2, 3, 4].

Результаты и их обсуждение

Ежегодно в Краснодарском крае регистрируется 550–590 больных с впервые установленным диагнозом «рак шейки матки». До 20 лет случаи заболевания опухолями шейки матки единичны. Наиболее высокие значения показателя заболеваемости приходятся на возрастные интервалы 40–64 года с максимумом в возрасте 55–59 лет (от 40,4 до 56,8 на 100 тыс.), а также в возрасте 65–69 лет – от 47,9 до 59,8 на 100 тыс. женского населения. В структуре злокачественных новообразований женской репродуктивной системы рак шейки матки составляет 14,0% [2].

Уровень заболеваемости в крае значительно выше, чем в среднем по России, и составляет 22,1 на 100 тыс. (стандартизованные показатели 14,8±0,6). Среднероссийский показатель заболеваемости раком шейки матки составляет 18,1 на 100 тыс. (стандартизован-

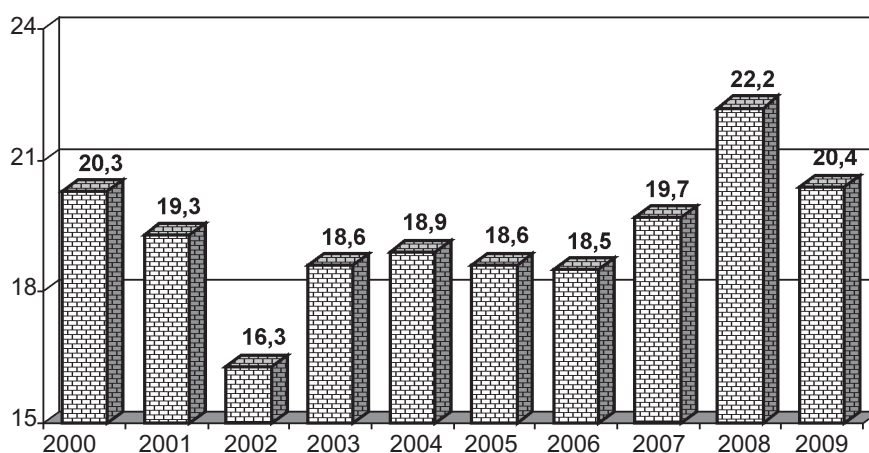
ные – 12,8±0,1). Самые высокие показатели отмечены в Магаданской области, Чукотском автономном округе, Забайкальском крае, Республиках Тыва и Бурятия, самые низкие – Ингушской Республике, республиках Северная Осетия и Дагестан [1].

Однако смертность от рака шейки матки в Краснодарском крае значительно выше, чем по Российской Федерации в целом: 9,5 на 100 тыс. женского населения в крае против 7,9 по России (стандартизованные показатели – 5,7±0,4 и 5,0±0,1 соответственно). Смертность от рака шейки матки составляет 5,1% в структуре онкологической смертности женского населения Кубани. Ежегодно более 250 женщин умирают от прогрессирования данного заболевания.

Весьма информативно сравнение соотношений показателей смертности и заболеваемости (табл. 1). По мнению экспертов ВОЗ, отношение числа умерших и заболевших является индикатором тяжести заболевания: чем ближе его значение к единице, тем хуже прогноз. Рак шейки матки переместился в течение последних лет в группу злокачественных новообразований с относительно хорошим прогнозом: данное соотношение в крае в 2009 г. составило 0,5. С 2000 по 2009 г. индекс достоверности учета снизился (с 0,6 до 0,5), что говорит об улучшении выявления рака шейки матки в ранних стадиях и проведении более качественного лечения данной группы больных (табл. 1).

Вопросам клиники, диагностики и лечения больных раком шейки матки посвящено немало отечественной и зарубежной литературы. Это одна из наименее тяжелых и прогностически благоприятных форм рака, для которой характерны: специфичность ранних клинических проявлений, низкая частота отдаленного метастазирования, относительно благоприятный прогноз при лечении ранних стадий заболевания. Однако анамнез бывает отягощен серьезными сопутствующими заболеваниями, которые встречаются преимущественно у пациенток старше 60 лет и обусловлены возрастными изменениями дыхательной и сердечно-сосудистой систем, что негативно сказывается на длительности и характере периода лечения.

Ранняя диагностика – залог успешного лечения и высоких показателей выживаемости при раке шейки матки. Эта аксиома хорошо заметна при анализе показателей выживаемости больных раком шейки матки по стадиям опухолевого процесса. Восьмилетняя наблюдаемая выживаемость в 2008 г. составила при I стадии



Динамика заболеваемости раком шейки матки в Краснодарском крае в 2000–2009 гг.

**Индекс достоверности учета больных раком шейки матки
в Краснодарском крае в 2000–2009 гг.**

Годы	Число заболевших	Число умерших	Индекс достоверности учета
2000	543	332	0,6
2001	510	307	0,6
2002	434	284	0,7
2003	491	281	0,6
2004	512	292	0,6
2005	506	272	0,5
2006	503	311	0,6
2007	544	226	0,4
2008	593	260	0,4
2009	549	264	0,5

Таблица 2

**Распределение больных, впервые взятых на учет в 2000–2009 гг.
с диагнозом «рак шейки матки», по стадиям опухолевого процесса
и одногодичная летальность**

Годы	Распределение больных по стадиям, %			Одногодичная летальность
	I–II	III	IV	
2000	61,9	30,8	7,4	14,4
2001	61,4	24,3	14,3	16,4
2002	62,2	25,6	12,2	11,8
2003	60,3	27,3	12,4	18,2
2004	56,1	32,4	11,3	14,5
2005	49,2	37,7	13,0	14,1
2006	56,3	30,4	12,7	14,8
2007	53,7	32,2	12,9	9,9
2008	49,1	37,4	13,2	14,7
2009	55,6	30,2	13,3	15,5

87,9%, при II стадии – уже 66,1%, при III – только 47,7%, а при IV – всего 22,5%. Одногодичная выживаемость выросла с 80,2% в 2001 г. до 82,0% в 2008 г., что позволяет судить об улучшении качества проводимого специального лечения данной категории больных. Значения скорректированной выживаемости при злокачественных новообразованиях шейки матки несколько выше, чем наблюдаемой, что говорит о влиянии неонкологических причин смерти на уровень выживаемости в этой категории пациенток.

Нами обобщены восьмилетние результаты лечения 510 больных раком шейки матки. Более половины (55,6%) пациенток были старше 50 лет. В результате комплексного обследования больных раком шейки матки установлена распространенность поражения, которая определена как I стадия в 118 наблюдениях, II стадия – в 185 наблюдениях, III стадия – в 134 случаях и IV стадия – в 73 случаях. С учетом визуально обозримого характера локализации данной опухоли (III–IV стадии) большое число пациенток (40,6%) поступили на лечение с распространенными поражениями.

Лучевую терапию получили 11 пациенток (9,3%) в I стадии заболевания. Хирургическое вмешательство с последующей послеоперационной лучевой терапией провели 62 пациенткам (52,5%) в I стадии заболе-

вания. Еще 29 женщинам (24,6%) выполнили только операцию, остальным 16 (13,6%) провели комплексное лечение, включающее операцию, лучевую и химиотерапию.

Каждая третья больная раком шейки матки женщины, имевшая II стадию опухолевого процесса, получила химиолучевое лечение (34,1%). 65 пациенткам (35,1%) провели комбинированный вид лечения: расширенную экстирпацию матки и послеоперационную химиолучевую терапию. Остальные получили лечение в составе неоадьювантной химиотерапии, сопровождающейся расширенной экстирпацией матки, и послеоперационную лучевую терапию.

Лечение больных местно-распространенным раком шейки матки включало в большинстве случаев (89,3%) проведение дистанционной лучевой терапии и последующее химиотерапевтическое лечение. В 9 случаях лечение ограничилось только дистанционной гамма-терапией. Еще у 14 пациенток на первом этапе была выполнена тазовая экзистерация с последующим проведением химиолучевого лечения.

В IVB стадии заболевания третьей части больных (31,7%) была проведена паллиативная операция с последующим химио/химиолучевым лечением, остальным – паллиативная химио/химиолучевая терапия.

При раке шейки матки в 2008 г. однолетняя наблюдаемая выживаемость составила $82,0 \pm 1,9\%$, т. е. четыре из пяти заболевших женщин живут более года после установления диагноза. Показатель однолетней летальности в течение многих лет не превышает 18% (табл. 2).

Прогноз заболевания напрямую зависит от распространенности опухолевого процесса. Продолжительность жизни после радикально проведенного лечения по поводу рака шейки матки является основным и наиболее важным показателем качества оказанной данной категории онкологических больных специализированной медицинской помощи. Показатели восьмилетней наблюдаемой выживаемости в крае составляют $63,1 \pm 2,1\%$. Из 510 пациенток, взятых на учет в 2001 г. с диагнозом «рак шейки матки», умерло к началу 2008 г. 119 женщин. При этом показатели скорректированной выживаемости при всех стадиях заболевания совпадают (или незначительно выше) с показателями наблюдаемой выживаемости, что говорит о минимальном влиянии других (неонкологических) причин смерти на показатели выживаемости в этой группе лиц.

Относительно высокий показатель выживаемости при раке шейки матки в I–II стадиях опухолевого процесса и низкий – в III–IV стадиях свидетельствует о значительной регистрации впервые взятых на учет больных в запущенных стадиях заболевания, для которых радикальные методы лечения отсутствуют. Основными критериями эффективности лечения больных раком шейки матки являются их выживаемость, медицинская и социальная реабилитация. Более ранняя диагностика раковых поражений шейки матки является предпосылкой к увеличению продолжительности жизни больных после лечения, расширению показаний для лечения таких больных только лучевой терапией, а следовательно, и повышению возможностей медицинской и социальной реабилитации

больных. Однако удельный вес числа больных злокачественными новообразованиями шейки матки, взятых на учет с III–IV стадиями, в течение многих лет в Краснодарском крае и по России в целом составляет более 40%.

Таким образом, проблема ранней диагностики и своевременного лечения рака шейки матки остается актуальной на сегодняшний день. Хотя задача проведения массового скрининга данного заболевания и решается посредством работы смотровых кабинетов во всех муниципальных учреждениях здравоохранения амбулаторного приема, целесообразными являются выделение групп риска и проведение диспансерного наблюдения, включающего регулярный осмотр специалистов с включением в комплекс диагностики кольпоскопического обследования и цитологической верификации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Злокачественные новообразования в России в 2008 году (заболеваемость и смертность) / Под ред. В. И. Чиссова, В. В. Старинского, Г. В. Петровой. – М.: ФГУ «МНИОИ им. П. А. Герцена Росмедтехнологий», 2010. – 244 с.
2. Казанцева М. В. Злокачественные новообразования в Краснодарском крае (2005–2009 гг.) / М. В. Казанцева, Л. Г. Тесленко, И. В. Цокур. – Краснодар: Синтез-лаб, 2010. – 182 с.: ил.
3. Клинические рекомендации. Онкология / Под ред. В. И. Чиссова, С. Л. Дарьяловой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – С. 513–524.
4. Мерабишвили В. М., Старинский В. В. Развитие аналитических информационных систем онкологической службы – залог эффективной оценки эффективности противораковых мероприятий / В. М. Мерабишвили, В. В. Старинский // Материалы Всероссийской научно-практической конференции онкологов «Аналитические информационные системы онкологической службы России». – СПб, 2008. – С. 6–12.

Поступила 21.12.2010

**Ю. С. СИДОРЕНКО¹, И. В. БАЛЯЗИН-ПАРФЕНОВ¹, Е. М. ФРАНЦИЯНЦ¹,
Е. Ф. КОМАРОВА¹, О. В. ТАРНОПОЛЬСКАЯ¹, И. А. САФОНОВА², Д. В. КУЛЬБАЧЕНКО²**

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ГЛИОМАМИ БОЛЬШИХ ПОЛУШАРИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДОВ АДЬЮВАНТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ НА АУТОЛОГИЧНЫХ СРЕДАХ

¹ФГУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Минздравсоцразвития России»,
Россия, 344037, г. Ростов-на-Дону, 14-я линия, 63, тел. 8 (863) 2-955-362.

E-mail: rnioi-pathology@yandex.ru;

²Ростовский государственный медицинский университет,
Россия, 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29

Изучен ряд клинических показателей 291 пациента со злокачественными глиомами головного мозга, которым проводили комплексное лечение. Больные основной группы были разделены на три подгруппы по виду лечения: операция и аутогемохимиотерапия, операция и аутогемохимиотерапия с мелаксеном, внутриартериальная химиотерапия с мелаксеном. Проведен анализ общей и бессобытийной выживаемости по Каплану-Майеру более чем за пятилетний период в исследуемых группах больных. Общая выживаемость была выше у пациентов, получавших методы химиотерапии, усиленные мелаксеном, по сравнению с другими группами больных.

Ключевые слова: аутогемохимиотерапия, внутриартериальная химиотерапия, мелаксен, глиальные опухоли.