

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.,

2002; Снетков А.И., 2006; Björnsson J., 2003 и др.). Реже встречается костная киста (Павленко Н.Н. и соавт., 2010), аденокарцинома (Махсон А.Н., 2006; Нейштадт Э.Л., 2007), гигантоклеточная опухоль (Зулкарнаев Р.А., 2004; Шерман Л.А., 2007; Зайцева М.Ю., 2010; McCarthy E.F., 1998).

Причинами ампутации могут так же являться опухоли мягких тканей, кожи, меланома, а так же метастатическое поражение различных отделов нижней конечности при других локализациях первичной опухоли (Давыдов М.И., 2002; Лоскутов А.Е., 2005; Зоря В.И., 2008).

Таким образом, имеющиеся сегодня данные литературы не могут дать точных цифр о частоте ампутаций по поводу онкологических заболеваний. В этой связи необходимы дополнительные исследования.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ (БЕЗ АВТОНОМНЫХ ОКРУГОВ) ЗА ПЕРИОД С 2001 ПО 2011 ГГ.

А.А. Турунцева

Тюменский ООД

Злокачественные заболевания молочной железы (РМЖ) в последние годы прочно занимают первое место в структуре заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований женского населения в российской Федерации.

Цель исследования: изучение динамики заболеваемости и смертности от рака молочной железы на территории Тюменской области.

Материалы исследования: годовые формы государственной статистической отчетности №35 «Сведения о больных злокачественными новообразованиями» и №7 «Сведения о заболеваниях злокачественными новообразованиями» за 2001 и 2011 г. (Тюменская область без автономных округов); статистические сборники под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой «Состояние онкологической помощи населению России в 2001, 2011 гг.», «Злокачественные новообразования в России (заболеваемость и смертность) в 2001, 2010 гг.» ФГБУ «МНИОИ им.П.А.Герцена» Минсоцразвития РФ г. Москва.

Нами проведена ретроспективная оценка уровня и динамики заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований мо-

лочных желез среди женского населения Тюменской области (без автономных округов).

В 2001 г. по югу Тюменской области впервые зарегистрировано 379 больных РМЖ, в 2011 г. – 489, абс. прирост за 10 лет составил 29%. Динамика «грубых» показателей заболеваемости за истекший период составила от 53,35 (59,15 по РФ) до 68,03 на 100 тысяч женского населения (75,05 по РФ в 2010 г.).

В 2001 г. число больных с впервые в жизни установленным диагнозом РМЖ, выявленных в I-II стадии процесса составило 215 человек, или 60,22%, в III стадии – 72 (20,17%), в IV стадии – 70 (12%). В 2011 г. число больных с впервые в жизни установленным диагнозом РМЖ, выявленных в I-II стадии процесса составило 340 человек, или 70,25%, в III стадии – 96 (19,63%), в IV стадии – 50 (10,12%).

Таким образом, за период с 2001 г. по 2011 г. отмечается сдвиг показателей с минимальными значениями в 2001 г. с последующим ростом заболеваемости и увеличением в структуре удельного веса пациентов с ранними стадиями заболевания к 2011 г. (на 16,7%) за счет уменьшения взятых на учет в запущенных стадиях – в III стадии на 2,7%, в IV – на 15,7%, что свидетельствует об улучшении качества диагностики. Значительный рост показателя морфологической верификации: от 86,27% до 95,04% обусловлен совершенствованием материально-технической базы диагностической службы в онкологии.

Показатели одногодичной летальности и смертности являются наиболее значимыми, т.к. характеризуют потери от РМЖ. Динамика показателя одногодичной летальности при РМЖ в Тюменской области составила от 9,8% в 2001 г. до 6,64% в 2011 г. (темпы убыли – 32,25%). По России этот показатель составил 8,7% в 2011 г. «Грубый» показатель смертности варьировал от 24,91 в 2001 г. до 23,1 в 2011 г. (по России от 28,22 до 30,52 в 2010 г.) на 100 тысяч женского населения.

Активное внедрение высокотехнологичных методов диагностики и лечения, прежде всего, на базе Тюменского областного онкологического диспансера, привело к увеличению количества состоящих под наблюдением больных с РМЖ в 1,6 раза, что обусловило значительный рост показателя наблюдаемой пятилетней выживаемости в данной популяции: от 52,53% в 2001 г. до 58,34% в 2011 г.

Благодаря принятой в последние годы на территории юга Тюменской программе по профилактике онкологических заболеваний, в том