



ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

О.М. Магомедов

ГОУ ВПО Дагестанская государственная медицинская академия МЗиСР РФ, Махачкала

SURVIVAL IN PATIENTS WITH BREAST CANCER IN THE REPUBLIC OF DAGESTAN

O.M. Magomedov

Dagestan State Medical Academy, Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation, Makhachkala

By taking into account the mortality/morbidity ratio, overall survival rates in patients with breast cancer were calculated in the Republic of Dagestan (RD) as a whole and its regions. The survival in the RG was ascertained to vary with the residence of women. High and low survival towns, districts, and administrative centers where the survival rates had a negative meaning (i.e. mortality rates exceed morbidity ones) were found. It is concluded that the situation established in the RD has resulted from failure in the organization of cancer service.

Key words: breast cancer, survival, lowland, piedmont, mountains, town, village

Введение

О качестве лечебно-диагностического процесса на какой-либо территории или в определенном регионе можно судить по показателям выживаемости онкологических больных, в том числе и пациентов с раком молочной железы (РМЖ). Большое значение также имеют и показатели смертности, однако необходимо отметить, что они не могут реально отражать происходящие изменения, поскольку при постоянном уровне смертности средняя продолжительность жизни населения может существенно варьировать. Следовательно, выживаемость является наиболее чувствительным показателем качества диагностики и лечения РМЖ.

Материалы и методы

Материалом для данного исследования послужили данные о заболеваемости и смертности (уточненное их число) женщин с впервые установленным диагнозом РМЖ в возрастных группах 0—4, 5—9, ..., 66—69 и >70 лет по 41 району и 10 городам Республики Дагестан (РД) за период 1991—2002 гг., предоставленные Республиканским онкологическим диспансером. Стандартизированные показатели заболеваемости и смертности на 100 000 населения рассчитаны на основе данных Центрального статистического управления РД за 1991—2002 гг. и мирового стандарта населения [1], по формуле:

$$СПЗ = \sum_{i=1}^n \frac{R_i \times S_i}{100\,000},$$

где: СПЗ — стандартизированный показатель заболеваемости; R_i — повозрастные показатели; S_i — мировой стандарт населения; n — число возрастных групп.

Общая выживаемость в течение всего периода наблюдения (1991—2002) по всем городам и районам республики рассчитана с использованием полученных данных о заболеваемости и смертности по следующей формуле:

$$\text{Выживаемость} = \frac{\text{Смертность}}{\text{Заболеваемость}} \times 100\%.$$

Результаты

Сравнительный анализ соотношения смертности и заболеваемости, в целом отражающий выживаемость онкологических больных, показывает, что в РД данный показатель при РМЖ значительно варьирует (рис. 1—3) и уступает общесоюзному показателю (55%) [2, 3]. Наихудшая ситуация с выживаемостью среди городских женщин отмечена в Южно-Сухокумске, где данный показатель составил всего 6% (см. рис. 1), а наилучшая — в Кизляре и Кизилюрте — по 50%. Низкая выживаемость характерна и для Буйнакска — 19% (см. рис. 3). В остальных городах выживаемость была сравнительно высокой и варьировала от 32 до 43%. В сельской местности ситуация складывалась хуже. В Гумбетовском, Агульском и Цунтинском районах смертность превышала заболеваемость на 18, 3 и 3% соответственно, что свидетельствовало о полном отсутствии в них организации онкологической службы (см. рис. 2). Низкие показатели наблюдались и в Бабаюртовском — 7% (см. рис. 1), Гергебильском — 8%, Цумадинском — 10%, Курахском — 11%, Унцукульском — 14% (см. рис. 2) и Дербентском — 15% (см. рис. 1) районах. Высокие показатели выживаемости за указанный период зафиксированы в Кумторкалинском — 80%, Ахвахском — 62%, Табасаранском — 61% и Тарумовском — 60% рай-

онах. Относительно высокие показатели отмечены в Лакском — 48%, Карабудахкентском — 45%, Гунибском — 42% и Дахадаевском — 42% районах (см. рис. 1—3).

Сравнительный анализ выживаемости, проведенный в городской и сельской местности РД, показывает, что значительно хуже она в городах, нежели в некоторых районах. Анало-

гичная картина наблюдалась и в отношении зон внутри РД. При этом выделялась предгорная зона (см. рис. 3), где ситуация с выживаемостью в сельских районах обстоит сравнительно лучше, чем в других областях и в городах данной зоны.

Обсуждение

Поскольку до настоящего исследования данных о выживаемости больных РМЖ внутри РД не имелось, по показателям общей выживаемости как за 2002 (44,5%) [4], так и за 2006 (47,1%) годы [3] Дагестан в РФ находился и находится на одном из последних мест наряду с Саратовской областью — 43,6, Республикой Адыгея — 36,8 и 45%, Ингушской Республикой — 20,1 и 33,1% (2002 и 2006 гг. соответственно) и Краснодарским краем — 39,2% (2006) [3, 4]. Тем не менее, как уже было отмечено, выживаемость онкологических больных в РД значительно варьирует [4]. Высокая смертность и связанная с ней низкая выживаемость в ряде административных центров РД указывают не только на более и менее благополучные города и районы, но и на существенную недоработку в организации онкологической службы, что приводит к отсутствию прогресса в раннем выявлении РМЖ. В некоторых сельских районах отрицательные показатели выживаемости (уровень смертности выше, чем уровень заболеваемости), по-видимому, обусловлены полным отсутствием в них организации онкослужбы, а отсутствие выживаемости — миграцией больных в низменные районы и города. Таким образом, общая выживаемость в каждом городе и районе РД, определенная соотношением показателей смертности и заболеваемости, остается на низком уровне по сравнению с мировыми и российскими данными. В то же время достоверное различие показателей в сельской и городской местности, а также низкая выживаемость с отрицательной динамикой в некоторых районах горной зоны за время наблюдения свидетельствует, в большей степени, о наличии недостатков в сельском

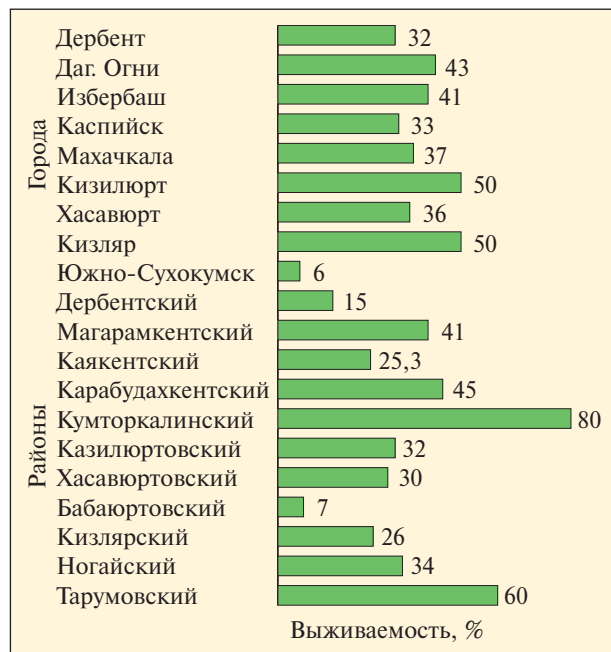


Рис. 1. Выживаемость больных РМЖ в низменной зоне РД (1991–2002)



Рис. 2. Выживаемость больных РМЖ в горной зоне РД (1991–2002)



Рис. 3. Выживаемость больных РМЖ в предгорной зоне РД (1991–2002)

здравоохранении и отсутствии прогресса в лечении РМЖ в РД. Исправить ситуацию можно только при внедрении прогрессивных методов лечения, применение которых, несомненно, будет способствовать улучшению показателей выживаемости. Изменить устоявшуюся консервативную систему здравоохранения в отношении

улучшения качественных показателей по онкологии за каких-то 1—2 года невозможно. Только научно обоснованная программа, утвержденная на уровне республики, с указанием целей, задач и конкретных сроков исполнения, возможно, остановит дальнейший регресс онкологической службы и заложит основу для ее будущего роста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Cancer incidence in five continents. V. VIII. Parkin D.M., Ferlay J., Whelan S.L. et al. Eds. IARC Scientific Publications №156. Lyon, 2003.
2. Злокачественные новообразования в России в 2006 г. (заболеваемость и смертность). Под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М.: ФГУ МНИОИ им. П.А. Герцена Росздрава, 2008.
3. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2006 г. Под ред. М.И. Давыдова и Е.М. Аксель. Вестн РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН 2008;19(2 прил 1).
4. Состояние онкологической помощи населению России в 2002 г. Под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена Росздрава, 2003.

Съезды и конференции

IV Международная конференция по раку молочной железы (30 января — 01 февраля 2010 г., Париж)

Условно научную тематику конференции можно обозначить как «биологический портрет рака молочной железы» (РМЖ). В настоящее время на основании современных данных фундаментальных молекулярно-генетических исследований представляется целесообразным выделить несколько различных по прогнозу подтипов РМЖ. Это так называемые luminal A- и B-, нормоклеточный и Her-2⁺-, а также базальный типы. Особое место занимает «трижды негативный РМЖ». Каждый из этих типов требует индивидуального подхода к выработке тактики лечения. Тем не менее общими остаются положения, полученные в международных исследованиях (EBC-TCG):

- полихимиотерапия эффективна при раннем РМЖ, однако менее результативна у больных в возрасте >60 лет;
- лучшими являются комбинации химиопрепаратов с включениями таксанов;
- при Her-2⁺-раке целесообразно использовать таргетные препараты;
- лучевая терапия, особенно после органосохраняющих операций, позволяет значительно снизить долю местных рецидивов;
- при наличии метастазов в регионарных лимфатических узлах добавление лекарственного лечения к операции и лучевой терапии позволяет увеличить продолжительность жизни и снизить число локальных рецидивов.

Проф. В.П. Летагин