

## ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И СМЕРТНОСТЬ ОТ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖЕНЩИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА В РЕСПУБЛИКЕ ХАКАСИЯ

Ю.А. ДЫХНО<sup>1</sup>, О.Н. ЧЕРНЕНКО<sup>2</sup>

*Красноярская государственная медицинская академия<sup>1</sup>  
МУЗ «Абаканская городская поликлиника»<sup>2</sup>*

Увеличение народонаселения и старение могут стать причиной роста онкологической заболеваемости к 2010 г. до 1,45 млн, к 2020 г. – до 15 млн. и смертности до 10 млн случаев (Летягин В.П., 2005). Риск заболеть раком молочной железы возрос в 3,5 раза (Семиглазов В.Ф., 2006). Рак молочной железы (РМЖ) остается медицинской и социальной проблемой в развитых и развивающихся странах и занимает третье место среди всех причин смерти женщин после болезней системы кровообращения и несчастных случаев.

По смертности от РМЖ первые три места занимают Дания, Ирландия и Америка. Россия в этом списке находится на 28-м ранговом месте. На конец 2005 года контингент больных со злокачественными новообразованиями молочной железы, состоящих на учете в Хакасском республиканском онкологическом диспансере, составил 1151 человек, т.е. 0,4 % населения Республики Хакасия (РХ) (РФ – 1,7 %).

Анализ заболеваемости раком молочной железы в РФ и РХ за последние 5 лет показал неуклонный рост заболеваемости. Средний показатель по РФ на 100 тыс. населения составляет 36,6 (РХ – 26,5). Темп прироста показателя в динамике 1,7 % (РХ – 1,35 %). Незначительная тенденция к снижению онкологической заболеваемости в РХ за исследуемые годы малоутешительна, поскольку РМЖ диагностируется в развернутой клинической стадии. Так, только 26,6 % имели I–II стадии заболевания, причем около 50 % из всех больных имели региональные метастазы. Максимальный уровень заболеваемости РМЖ в трудоспособном возрасте в группе больных 44–49 лет, достигая кульминационной точки в 50–59 лет.

За период 2001–2005 гг. «грубый» показатель смертности от РМЖ в Республике Хакасия

возрос с 1,5 ‰<sub>0000</sub> в 2001 г. до 2,7 ‰<sub>0000</sub> в 2005 г., с темпом прироста 115 % (РФ темп снижения – 1,9 %). Индекс накопления контингента больных РМЖ имеет колебательный восходящий тренд с увеличением с 6,7 (2001г.) до 7,8 (2005 г.), темп прироста составил 0,2 % (РФ – 0,6 %). Рост данного показателя обусловлен ростом заболеваемости и увеличением выживаемости онкологических больных.

Показатель выявляемости при профосмотрах за 5 лет в среднем составил 11,9 % (РФ – 18,1 %), с тенденцией к росту. Показатели ранней диагностики имеют прямую зависимость с показателями активной выявляемости: низкий показатель диагностики свидетельствует, что стандартные схемы профилактических осмотров женщин с целью своевременного выявления РМЖ во многом утрачены.

При первичном выявлении РМЖ в РХ в 1,6 раза преобладают начальные стадии рака (I–II стадия) над запущенными. В динамике за 2001–2005 гг. отмечено увеличение выявляемости начальных стадий на 7,3 %, что связано с возобновлением текущих профилактических осмотров работающего населения. Это в последующем отразится на показателях выживаемости и смертности. Характеризуя особенности выявления рака молочной железы в РХ, следует отметить, что выявляемость при профосмотрах ниже, чем по обращаемости в среднем в 11,7 раза, что характеризует низкий уровень диагностики при диспансеризации.

Анализ причин запущенности РМЖ выявил, что на первом месте (по мере убывания): несвоевременное обращение за медицинской помощью (в среднем – 75,4 %), что характеризует низкую настороженность и грамотность женского населения об опасности заболеваний молочной железы, что в последующем ухудшает

прогноз течения заболевания, далее скрытое течение заболевания (в среднем – 15,3 %), свидетельствующее о малодоступности диагностики непальпируемых опухолей молочной железы, с увеличением в динамике на 6,7 %, ошибки медицинских работников (в среднем – 10,8 %) с тенденцией к их снижению, что характеризует повышение уровня подготовленности по онкопатологии среди специалистов первичного звена. Высокий процент морфологической верификации РМЖ характеризует качество диагностики. Данный показатель по РХ (93,9 %) коррелирует с общероссийскими показателями (РФ – 91,8 %).

## ДИАГНОСТИКА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РЕСПУБЛИКЕ ХАКАСИЯ

Ю.А. ДЫХНО<sup>1</sup>, О.Н. ЧЕРНЕНКО<sup>2</sup>

*Красноярская государственная медицинская академия<sup>1</sup>  
МУЗ «Абаканская городская поликлиника»<sup>2</sup>*

Особую тревогу в мире вызывают рост заболеваемости и смертности от рака молочной железы (РМЖ). Изучение онкологической заболеваемости, ранняя диагностика и профилактика злокачественных новообразований (ЗНО) являются одним из приоритетных направлений отечественного здравоохранения.

Проблема РМЖ для Республики Хакасия (РХ), как и для многих других регионов страны, становится все более важной из-за неуклонного роста заболеваемости, увеличения его удельного веса среди других злокачественных новообразований у женщин. Анализ заболеваемости ЗНО населения Республики Хакасия за 2005–2006 гг., показал некоторое превалирование данной патологии у женщин (53,3 %), по сравнению с мужчинами. В структуре онкологической заболеваемости рак молочной железы стоит на первом месте (11,9 %), на втором – рак кожи (6,9 %), на третьем – рак шейки матки (5,1 %).

Средний показатель заболеваемости РМЖ в Республике Хакасия за 2005–2006 гг. составил – 26,5<sup>0/0000</sup>, что ниже, чем в РФ, – 58,7<sup>0/0000</sup> (Чиссов В.И., Старинский В.В., 2004). Анализ индекса накопления контингентов больных РМЖ показал колебательный восходящий тренд, с увеличени-

**Выводы.** Запущенность РМЖ в РХ обусловлена низким уровнем санитарного просвещения населения, отдаленностью населенных пунктов от медицинских учреждений, слабым техническим обеспечением. Диспансеризация больных групп риска по РМЖ остается формальной, врачи не владеют критериями формирования групп риска. Успех профилактических и лечебных мероприятий зависит от своевременного выявления злокачественных новообразований на ранних стадиях, в связи с чем необходимо совершенствовать систему ранней диагностики РМЖ.

ем с 6,2 (2001 г.) до 7,5 (2005 г.). Темп прироста составил 0,2 %. Максимальный уровень онкологической заболеваемости РМЖ отмечается в возрастной группе 45–49 лет, достигая своей кульминационной точки в возрастной группе – 50–54 года. Второй пик заболеваемости приходится на возраст старше 70 лет. Среди городского населения республики РМЖ за указанные годы встречается чаще, чем у сельских жителей, и составляет в среднем 71 %.

Уровень показателя запущенности злокачественных новообразований в РХ на протяжении 5 лет остается практически неизменным и достаточно высоким. Так, 26,6 % имели I–II стадии заболевания, в т.ч. IIb стадию – около 50 % из всех больных со II стадией, или 18,2 % от всех больных РМЖ с впервые установленным диагнозом. При профосмотрах выявлено лишь 9,1 % больных. В последние годы в связи с низким уровнем доступности бесплатной медицинской помощи почти одна треть больных РМЖ берется на учет при IV стадии процесса (36,2 %), причем 6,7 % из них не доживают до одного года с момента установления диагноза (РФ – 37,6 %).

Раннее выявление РМЖ создаёт прочную основу для выполнения органосохраняющих